



**UEPB**

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

**SUEDJA MAGNO DE LIMA**

**POLÍTICA DE SAÚDE E SERVIÇO SOCIAL: CONSIDERAÇÕES SOBRE O  
ESTÁGIO OBRIGATÓRIO NO CERAST DE CAMPINA GRANDE – PB**

**CAMPINA GRANDE - PB  
2019**

SUEDJA MAGNO DE LIMA

POLÍTICA DE SAÚDE E SERVIÇO SOCIAL: CONSIDERAÇÕES SOBRE O ESTÁGIO  
OBRIGATÓRIO NO CERAST DE CAMPINA GRANDE – PB

Trabalho de Conclusão de Curso (Artigo) apresentado ao Curso de Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharela em Serviço Social.

**Área de concentração:** Serviço Social

**Orientadora:** Profa. Thaísa Simplício Carneiro Matias

CAMPINA GRANDE - PB  
2019

É expressamente proibido a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano do trabalho.

L732p Lima, Suedja Magno de.  
Política de saúde e serviço social: [manuscrito] :  
considerações sobre o estágio obrigatório no cerast de  
campina grande PB / Suedja Magno de Lima. - 2019.  
28 p.  
Digitado.  
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço  
Social) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de  
Ciências Sociais Aplicadas , 2019.  
"Orientação : Profa. Ma. Thaisa Simplicio Carneiro Matias ,  
Coordenação do Curso de Serviço Social - CCSA."  
1. Política de saúde. 2. Saúde do trabalhador. 3. Serviço  
social. 4. Estágio obrigatório. 5. CERAST. I. Título  
21. ed. CDD 362.1

SUEDJA MAGNO DE LIMA


POLÍTICA DE SAÚDE E SERVIÇO SOCIAL: CONSIDERAÇÕES SOBRE O  
ESTÁGIO OBRIGATÓRIO NO CERAST DE CAMPINA GRANDE – PB

Artigo apresentado ao Curso de Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharela em Serviço Social.

Área de concentração: Serviço Social

Aprovada em: 28/11/2019.

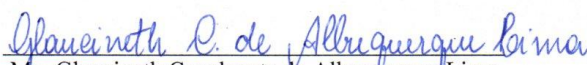
**BANCA EXAMINADORA**



Profa. Ma. Thaisa Simplicio Carneiro Matias (Orientadora)  
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Profa. Ma. Aliceane de Almeida Vieira  
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Ma. Glaucineith Cavalcante de Albuquerque Lima  
Assistente Social do Centro Regional de Reabilitação e Assistência em Saúde do  
Trabalhador (CERAST/PMCG)

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>06</b>
<b>2</b>	<b>A POLITICA DE SAÚDE NO BRASIL E A CRISE DO CAPITAL .....</b>	<b>06</b>
<b>2.1</b>	<b>A crise capitalista e os desmontes na Política de Saúde nos governos brasileiros.....</b>	<b>08</b>
<b>3</b>	<b>A INSERÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NA ÁREA DA SAÚDE .....</b>	<b>12</b>
<b>3.1</b>	<b>A Ação do Assistente Social na Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora .....</b>	<b>16</b>
<b>4</b>	<b>O ESTÁGIO OBRIGATÓRIO EM SERVIÇO SOCIAL NO CERAST – CG .....</b>	<b>18</b>
<b>4.1</b>	<b>Relato de Experiência sobre o Estágio Obrigatório no Centro Regional de Reabilitação e Assistência em Saúde do Trabalhador (CERAST) .....</b>	<b>20</b>
<b>5</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>24</b>
	<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>25</b>

# **POLÍTICA DE SAÚDE E SERVIÇO SOCIAL: CONSIDERAÇÕES SOBRE O ESTÁGIO OBRIGATÓRIO NO CERAST DE CAMPINA GRANDE – PB**

Suedja Magno de Lima\*

## **RESUMO**

O presente Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) discutirá em linhas gerais a articulação do Serviço Social na Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT), frente ao processo de desenvolvimento do sistema de saúde do Brasil. Trata-se de uma revisão crítica de literatura e é fruto da observação participativa durante o Estágio Obrigatório em Serviço Social da UEPB, realizada no Centro Regional de Reabilitação e Assistência em Saúde do Trabalhador (CERAST) no município de Campina Grande – PB, no período de agosto de 2018 a novembro de 2019. A escolha do tema foi motivada, no decorrer do Estágio Obrigatório pelo interesse em compreender o serviço de atendimento a saúde do trabalhador frente a atual conjuntura. Tem como objetivo geral analisar a experiência de Estágio em Serviço Social no CERAST e, para tanto, discutirá as transformações pelas quais passaram a Política de Saúde vinculada ao Serviço Social na viabilização da PNSTT, bem como os desafios da atuação do assistente social nesse campo. Considerando que o desenvolvimento do sistema de saúde acompanhou o processo de evolução política do Brasil, passando por regimes governamentais distintos e pela promulgação de leis e normas que regimentaram a saúde pública, mas que também afetaram diretamente a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) vigente. Procuramos considerar ainda, a atuação profissional do assistente social no campo da saúde do trabalhador, analisando as possibilidades e estratégias de articulação da autonomia profissional na efetivação dos princípios e normas que regulamentam a profissão e que pressupõe, no trabalho coletivo da saúde, a identificação das condições de enfrentamento dos problemas da realidade e a construção de estratégias que aprimorem o exercício do profissional comprometido com os direitos dos usuários do SUS, bem como pela garantia dos direitos da classe trabalhadora.

**Palavras-chave:** Política de Saúde. Saúde do Trabalhador. Serviço Social. Estágio Obrigatório. CERAST.

## **ABSTRACT**

The present Course Conclusion Paper (TCC) will discuss in general the articulation of Social Work in the National Policy of Occupational Health (PNSTT), in face of the process of development of the Brazilian health system. This is a critical literature review and is the result of participatory observation during the Compulsory Internship at UEPB Social Work, held at the Regional Center for Rehabilitation and Worker's Health Assistance (CERAST) in the municipality of Campina Grande - PB, during the period from August 2018 to November 2019. The choice of the theme was motivated during the Compulsory Internship due to the interest in understanding the worker health care service in the current conjuncture. Its general objective is to analyze the experience of Internship in Social Work at CERAST and, therefore, will discuss the transformations that went through the Health Policy linked to Social Work in enabling the PNSTT, as well as the challenges of the work of social workers in this field. Considering that the development of the health system followed the process of political

---

\* Graduanda do Curso de Bacharelado em Serviço Social na Universidade Estadual da Paraíba (UEPB). E-mail: suedja.uepb@gmail.com.

evolution in Brazil, passing through different government regimes and the enactment of laws and rules that governed public health, but also directly affected the creation of the Unified Health System (SUS). In force. We also sought to consider the professional performance of the social worker in the field of occupational health, analyzing the possibilities and strategies of articulation of professional autonomy in the implementation of the principles and rules that regulate the profession and which, in the collective work of health, presupposes the identification of conditions to face the problems of reality and the construction of strategies that improve the exercise of the professional committed to the rights of SUS users, as well as the guarantee of the rights of the working class.

**Keywords:** Health Policy. Occupational Health. Social service. Internship Required. CERAST

## **1 INTRODUÇÃO**

A constituição do setor de saúde no Brasil sofreu influências de todo um contexto político e social ao longo da formação sócio histórica do país. O sistema de saúde acompanhou o processo de evolução política do Brasil, passando por regimes governamentais distintos e pela promulgação de leis e normas que regimentaram a saúde pública, mas que também afetaram diretamente a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) vigente.

A Política de Saúde, considerada um tripé da Seguridade Social Brasileira, adquiriu um caráter universalista a partir do processo de redemocratização. O SUS é considerado uma das maiores conquistas sociais relativas à saúde desde a Constituição Federal de 1988, estabelecendo em seus princípios, a democratização do acesso às ações e serviços de saúde de forma descentralizada sendo norteadas pela equidade, universalidade e integralidade, como também a incorporação de novas tecnologias, saberes e práticas, que proporcionaram evoluções na qualidade dos serviços de saúde da população brasileira.

Entretanto, surgiram ao longo desse processo modificações intensas nas medidas de organização do trabalho na saúde, alinhadas ao contexto da crise estrutural da economia, da instabilidade e insuficiência do financiamento da saúde, dos problemas da gestão nas formas de governo, entre outros fatores que foram responsáveis, de certa forma, por uma série de violações de direitos.

Com a perspectiva de reafirmar as conquistas do SUS segundo as quais, a saúde é direito de todos e dever do Estado, considera-se que tal concepção de saúde não visa, apenas, a reduzir o número de doenças, mas promover uma vida com qualidade, e, embora a saúde seja um direito constitucionalmente garantido, um simples olhar sobre o cotidiano das práticas de saúde, revela facilmente a enorme contradição existente, entre essas conquistas estabelecidas no plano legal e a realidade vivenciada pelos usuários e profissionais do setor.

Dessa forma, o presente artigo ora apresentado, trata-se de uma revisão crítica de literatura e é fruto da observação participante durante o Estágio Obrigatório da UEPB, no período de agosto de 2018 a novembro de 2019. Apresentamos como objetivo geral, analisar a experiência de Estágio em Serviço Social no CERAST e, para tanto, discutirá as transformações pelas quais passaram a Política de Saúde vinculada ao Serviço Social na viabilização da PNSST, bem como os desafios da atuação do assistente social nesse campo.

Para tanto, abordaremos num primeiro momento, as transformações que incidiram na Política de Saúde frente a crise capitalista e o desmontes nos governos brasileiros. Procuramos ainda considerar a inserção do Serviço Social na área da saúde analisando a integração existente entre o Serviço Social e a PNSST e a atuação profissional do assistente social no campo da saúde do trabalhador. Analisaremos no segundo momento, as possibilidades e estratégias de articulação da autonomia profissional na efetivação dos princípios e normas que regulamentam a profissão e que pressupõe, no trabalho coletivo da saúde, a identificação das condições de enfrentamento dos problemas da realidade e a construção de estratégias que aprimorem o exercício do profissional comprometido com os direitos dos usuários do SUS, bem como com a garantia dos direitos da classe trabalhadora, expressos no relato de experiência do estágio obrigatório.

## **2 A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL E A CRISE DO CAPITAL**

A política de saúde brasileira sofreu intensas transformações ao longo da história adquirindo características próprias que, de acordo com Aguiar (2011, p. 17), “acompanharam as tendências políticas e econômicas de cada momento histórico”. Esse processo foi marcado pelo desenvolvimento do capitalismo internacional, numa relação de interdependência com a evolução das políticas econômicas e sociais. Nesse período, a saúde não era uma política de



Estado prioritária, sendo tratada apenas quando as epidemias ofereciam ameaça ao sistema capitalista vigente.

Em 1979 o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) formulou a primeira proposta do SUS que continha princípios e diretrizes para a sua criação onde em suma destacavam: a universalização do acesso; saúde como direito social e dever do Estado; o SUS; a descentralização das políticas de saúde e a participação popular.

Nos anos de 1980, o Brasil passou por um período de redemocratização política pós-regime militar. Nessa conjuntura, a saúde tomou dimensão política vinculada ao conceito de democracia e, de acordo com Paim (2009, p. 39) para tentar reorganizar o sistema de saúde no Brasil foi organizado um movimento social composto por segmentos populares, estudantes, pesquisadores e profissionais da saúde, que propôs a Reforma Sanitária Brasileira (RSB) e a implantação do SUS.

Outro marco importante foi a VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986, quando foi criado o Sistema Único Descentralizado de Saúde (SUDES), que mais tarde transformou-se no SUS, possibilitando avanços significativos, pois estimulou a criação do capítulo “Saúde” da Constituição.

Paim (2009, p. 54) traz a definição do SUS contida no Art. 4º da Constituição Federal, como sendo “[...] um conjunto de ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo poder público”.

A Constituição Federal garante direito à Saúde, Previdência e Assistência Social, que são o tripé da Seguridade Social brasileira. A Saúde garante acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção à proteção, prevenção e recuperação para a manutenção da saúde; a Previdência, com ações à perda e redução de renda - adotando regime contributivo e obrigatório, essa política garante proteção ao segurado e seus dependentes em caso de doença, invalidez, morte, idade avançada, desemprego e maternidade; e a Assistência Social busca a seleção, prevenção e eliminação dos riscos de vulnerabilidade sociais, das pessoas carentes, que comprovem suas necessidades, independentemente de qualquer contribuição.

Com base na concepção de seguridade social, a promessa do SUS seria uma sociedade solidária e democrática movida por valores de igualdade e equidade, sem qualquer tipo de privilégio ou discriminação.

Aguiar (2011, p. 44) sinaliza que o SUS fundamenta-se numa concepção ampla de direito a saúde e que é papel do Estado garantir esse direito, alicerçada na definição de Seguridade Social expressa no Art. 194 da Constituição Federal, “A seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social (BRASIL, 1988), de modo que a saúde passou a ser reconhecida como um direito social universal e como dever do Estado, disposta nos artigos 196 a 200.

Porém, mesmo com a Constituição, havia a necessidade de uma legislação específica que indicasse como aplicar as orientações, então foi aprovada a Lei Orgânica da Saúde (LOS), em 19 de setembro 1990 (Lei 8.080/90) que dispõe sobre essas condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde e ainda regula as ações, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

No mesmo ano, essa lei foi complementada pela Lei 8.142/90 em 28 de dezembro, que trata da participação popular na gestão do SUS e das transferências intergovernamentais de recursos financeiros. No geral, “esta lei adota uma concepção ampliada de saúde quando admitem que os níveis de saúde da população expressem a organização social e econômica do país”, os indicadores de saúde serviriam como parâmetros para avaliar o desenvolvimento do país e o bem-estar da população. (PAIM, 2009, p. 53).

Desde os anos 1990, ou seja, desde o seu nascedouro, a operacionalização do SUS vem sendo orientada pelas Normas Operacionais Básicas (NOBs) e pela Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS), que foram editadas pelo Ministério da Saúde com base em acordos entre gestores do SUS nos níveis federal, estadual e municipal, além das resoluções de conselhos de saúde nas três instâncias.

Aguiar (2011) afirma que o SUS é norteado por princípios doutrinários e organizativos. Os princípios doutrinários são valores que orientam o pensamento e as ações valorizadas nas relações sociais, incluem a universalidade, a equidade e a integralidade. Já os organizativos ou diretrizes, são orientações gerais de caráter organizacional ou técnico, que auxiliam as esferas do sistema a seguir a mesma direção e incluem a descentralização, a regionalização, hierarquização do sistema a participação e o controle social.

Esse processo organizativo da gestão do SUS pressupõe um planejamento de um sistema integrado de serviços de saúde, que ofereçam a continuidade e manutenção dos serviços oferecidos e assegurem à eficácia e eficiência do sistema de forma racional, o que é um desafio, como afirma Vasconcelos e Pasche (2006, p. 538):

Ofertar racionalidade ao sistema, incorporando interesses e necessidades dos sujeitos que disputam na política, sem subtrair princípios e diretrizes éticos-políticos que conformam a base discursiva do SUS, se apresenta como enorme desafio para a sociedade brasileira.

Ainda conforme Vasconcelos e Pache (2006) o SUS tem como objetivo principal formular e implementar a Política Nacional de Saúde, a fim de promover condições de vida saudável, prevenir riscos, doenças e agravos a saúde da população, além de ofertar o acesso equitativo ao conjunto de serviços assistenciais que buscam garantir a atenção integral a saúde. Mas, isso não foi e nem é tarefa fácil.

Apesar da implementação do SUS, por meio da Constituição Federal, ter promovido consideráveis mudanças atendendo as reivindicações propostas pela Reforma Sanitária Brasileira, esse projeto sofreu ataques ofensivos do grande capital desde o início, e ainda sofre. Um dos principais desafios se desdobra na vinculação da saúde ao mercado privado, enfatizando as parcerias com a sociedade civil e responsabilizando a mesma para assumir os custos da crise capitalista. Essa afirmação neoliberal levou a um sucateamento nas políticas sociais brasileiras e reafirma a lógica que a democratização do acesso à saúde tem sido destruída em favor do projeto privatista.

A década de 1990 foi marcada pelo redirecionamento do Estado influenciado pelo neoliberalismo, adotando o modelo de estado mínimo e sob argumentos da instabilidade institucional e escassez de financiamentos. O Estado propõe a privatização de bens e serviços, advento da política neoliberal-privatizante, responsável pela redução dos direitos sociais e trabalhistas, desmonte e sucateamento da previdência e da saúde.

A contrarreforma ou reforma conservadora, configura uma série de ataques aos direitos já conquistados desde a Constituição vigente, inclusive no que se refere às políticas de saúde, como veremos adiante no caso do Brasil.

## **2.1 A crise capitalista e os desmontes na Política de Saúde nos governos brasileiros**

O SUS torna-se refém do setor privado, de forma sistemática passando pelo governo de Fernando Henrique Cardoso (FHC), sob o discurso da necessidade de aperfeiçoamento da gestão, e, pelo governo do Partido dos Trabalhadores (PT), como uma modernização da RSB, que por outro lado, abriu mais espaço para a inserção do setor privado na saúde, até os dias em curso.

O governo de FHC revela-se favorável ao projeto político-econômico do capital financeiro internacional, colocando em pauta os princípios neoliberais. Ideologia que se esforça no plano macroeconômico para superpor o mercado ao Estado, sobrepondo à esfera privada à esfera pública.

O projeto “reformista” do governo FHC ganharia corpo institucional a partir da elaboração do Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (PDRE-1995), implementado pelo Ministro da Administração Federal Luiz Carlos Bresser Pereira, que previa ajustes fiscais, reformas econômicas internas, na previdência social e a reafirmação do estado mínimo, restringindo a ação estatal na transferência das responsabilidades do Estado para as Organizações Sociais (OS), através da Lei Nº 9.637/98 (na gestão das políticas sociais inclusive a de saúde) e para o mercado privado com a adesão as Parcerias Público-Privadas (PPP), além das privatizações dos órgãos públicos.

A Reforma do Estado estabelecida pelo PDRE representou um ataque a Constituição de 1988, principalmente ao princípio da Seguridade Social, na redução de direitos sociais.

Nos governos Luís Inácio Lula da Silva (2003-2011), podemos dizer que este não atendeu as expectativas gerais da população, apesar de ter sido um marco histórico na política brasileira, sendo a primeira vez que se elegeu um representante da classe operária. Esperava-se que no seu governo fossem adotadas medidas que rompessem com o projeto privatizante e mercadológico das políticas econômicas e sociais, porém não foi o que aconteceu (BORLINE, 2010).

As propostas defendidas pelo governo Lula apresentaram uma nova etapa da contrarreforma dando continuidade à política econômica conservadora e ao subfinanciamento da seguridade social, já iniciada no governo anterior. O que houve foi uma mudança de foco no discurso e na prática concreta, passando-se da ênfase exclusiva na implementação, onde podemos destacar a Desvinculação de Receitas da União (DRU), medida que desvincula 20% dos recursos arrecadados de impostos e contribuições sociais para o pagamento da dívida pública, elevação da política de exportação e do agronegócio, além do aumento da arrecadação da União e o alto pagamento de juros, amortizações e encargo da dívida (BRAVO; MENEZES, 2008).

Esses impactos na economia influenciaram diretamente as políticas sociais, que se mantiveram focalizadas em deturpação da lógica do direito e da seguridade social universalizada. É interessante destacar que no governo Lula, segundo Bravo e Menezes (2008), a Política de Saúde foi apresentada “como direito fundamental e explicita-se o compromisso de garantir acesso universal, equânime e integral as ações de saúde”. Entretanto, o que se percebeu foi um agravamento da disputa entre o Projeto da Reforma Sanitária e o Projeto Privatista. Por um lado, enfatizou-se a reforma sanitária, mas não houve financiamento para viabilizá-la, e por outro, investiu-se em políticas focais, centralizadas, onde a universalização dos direitos foi sendo bloqueada pela não viabilização da Seguridade Social e a crescente investida do mercado privado.

Houve ainda uma ampliação das Parcerias Públicas Privadas (PPP), através das OS, da Organização da Sociedade Civil de Interesse Privado (OSCIPs), da Fundação Estatal de Direito Privado (FEDEP) e da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), como “novos modelos de gestão” (SILVA, 2017). Foram adotados como marcos de governo três programas: Brasil Sorridente, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e Farmácia Popular. Os dois primeiros partiram de iniciativas prévias, e o terceiro introduziu no SUS o co-pagamento por medicamentos adquiridos em farmácias estatais ou privados. Como elemento de continuidade, destaque-se a expansão da cobertura do Programa de Saúde da Família, que passou a ser enfatizada como estratégia de reestruturação do modelo de atenção básica a saúde.

Ao final de 2010, Lula deixou o governo com altíssima aprovação nacional e reconhecimento internacional, conseguindo eleger sua sucessora após uma acirrada disputa eleitoral. Dilma Rousseff, ex-ministra das Minas e Energia e da Casa Civil, que havia coordenado grandes projetos de investimentos do governo, foi à primeira mulher eleita Presidente no país, tendo em sua chapa como Vice-presidente Michel Temer.

No governo Dilma (2011-2016) a Política de Saúde, por sua vez, novamente foi marcada por continuidades em algumas áreas (atenção básica, vigilâncias) e pela adoção de programas específicos como marcos de governo, sem que problemas estruturais do sistema fossem adequadamente enfrentados. Adotaram-se como marcos governamentais a expansão das Unidades de Pronto-Atendimento (UPA) e o Programa Mais Médicos.

Durante o primeiro governo questões-chave para o setor, como o financiamento e a regulação do setor privado, não foram enfrentadas de forma apropriada. Ainda em 2014, uma medida sustentada pelo governo foi à abertura do setor saúde ao capital estrangeiro, inclusive na prestação de serviços, o que foi vastamente criticado pelos defensores do SUS.

Em 2015, sob a intensificação da crise política, novos episódios refletiram negativamente sobre a saúde como a identificação da epidemia de Zika vírus e sua associação com a microcefalia e distúrbios neurológicos em bebês (na infecção contraída pela gestante), configurando-se como uma nova emergência em saúde pública.

Em 2016, a política de saúde imergiu em uma nova fase de imprecisões e instabilidades com o adensamento da crise política, que culminou com o afastamento temporário da Presidenta Dilma Rousseff em maio e a confirmação do seu *impeachment* pelo Senado Federal em agosto do mesmo ano. Todo esse processo não pôs fim à crise, pelo contrário, agravou-a ainda mais. Mesmo diante das tentativas do parlamento, do judiciário e da mídia empresarial em mascarar-lo com aparência de legalidade e institucionalidade, o golpe jurídico-parlamentar já estava blindado e em andamento, com total apoio de grande parte da elite (DEMIER, 2017).

Sobre o Golpe, é importante ressaltar que desde 2013, houve um ciclo de manifestações e protestos nas ruas que já indicavam o esgotamento do modelo de transição democrática com a conciliação entre forças políticas executivas e os setores do congresso, na troca de “favores” que lhes garantia uma maioria parlamentar e uma consequente blindagem executiva, onde nos governos Lula teve seu auge na redução da pobreza sem enfrentamento à ordem, numa conciliação de classes. Esse modelo de esgotamento atrelou-se aos impactos de uma prolongada crise econômica global, onde mais uma vez o governo petista se enfraqueceu, não conseguindo rearticular totalmente sua base de apoio social, mantendo a política conciliatória com escolhas econômicas duvidosas (FREIXO; MACHADO, 2019).

Em 2014, com a reeleição de Dilma Rousseff, houve uma tentativa de recomposição de sua governabilidade, mas sem sucesso, motivando uma insatisfação geral e adoção de políticas de austeridade econômica que iam à contradição as promessas de governo, o que levaram a presidenta a um isolamento contínuo, intensificado pela Operação Lava Jato, desarticulando denúncias sobre o pagamento de propinas e outras irregularidades na Petrobras. Esse episódio culminou em uma série de manifestações quase que diretamente contra o PT em 2015, e, de acordo com Freixo e Machado (2019), mesmo incidindo com uma grave corrupção generalizada do sistema político, o descontentamento e indignação canalizada pelos líderes dos movimentos passavam por uma blindagem midiática e por uma disseminação de narrativas de grandes colonistas conservadores da imprensa, alavancadas pela força das redes sociais e aplicativos de mensagens como o WhatsApp.

No início de 2016, a crise política se agravou ainda mais, sob “o discurso recorrente do PT como o ‘partido mais corrupto da história do Brasil’” (FREIXO; MACHADO, 2019, p. 13), culminando no afastamento definitivo da Presidenta da República Dilma Rousseff, como já sinalizamos, que foi substituída pelo seu vice, Michel Temer.

Em resumo, o período de 2011 a 2016, foi marcado por instabilidade política, sinalizando barreiras e precipitações de retrocessos para as políticas sociais e de saúde, democraticamente falando. Entretanto, é necessário sinalizar ainda que mesmo diante de tantos impasses de cunho econômico-político, os governos do PT expressaram esforços de mudança no modelo de desenvolvimento econômico-social, tendo as políticas trabalhistas e sociais contribuído de forma expressiva para a redução da pobreza, das desigualdades de renda e para a ascensão de parte da população trabalhadora<sup>1</sup>.

No governo ilegítimo de Michel Temer (2016 - 2017) com a ocorrência do golpe, a contrarreforma do Estado Brasileiro, a política de saúde continua a sofrer mais ataques. O movimento do golpe a partir da crise é uma investida da luta de classes capitalista contra as classes trabalhadoras. Majoração da exploração do trabalho, financeirização da previdência social e privatização são seus marcos imediatos (MASCARO, 2019, p. 26).

Nesta conjuntura traçada no movimento de eclosão da crise brasileira e do golpe que é conduzida pelos interesses do capital, e, que através da política executa suas estratégias de expropriação, manifesta-se uma dinâmica de contradições delineadas pelo alinhamento político do governo brasileiro com os Estados Unidos. O descontentamento contra o PT que gerou o impeachment deflagrou a oportunidade de Temer em conduzir uma regressão econômica e social, aumentando a exploração do capital sobre a classe trabalhadora, situação que só aumentou no atual governo de Bolsonaro, alargando as regressões de direitos e de desmonte institucional. O governo Temer tratou-se de uma

restauração conservadora de um projeto político ultra neoliberal, assumidamente pró-capital, que visa resolver os impasses de acumulação e favorecer os interesses da classe dominante do país e aprofundar sua dependência junto ao capital internacional. (BRAVO; PELAEZ; PINHEIRO 2018, p. 12).

Nessa perspectiva, tem-se a expansão da destruição dos direitos dos trabalhadores pelas propostas de contrarreformas estruturais, a exemplo da Trabalhista, da Previdência Social, da Terceirização e do Novo Regime Fiscal que congela por 20 anos os gastos públicos incluindo para as políticas sociais.

Temos então uma aceleração dos processos de contrarreforma e continuação do processo de privatização, incluindo a área da saúde com a investida dos planos de saúde acessíveis, retrocessos na política de saúde mental e mudanças substanciais na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), além da ativa articulação com o setor privado (BRAVO; PELAEZ; PINHEIRO, 2018, p. 13).

Assim, sucederam-se várias manifestações e ataques aos direitos sociais, evidenciadas pelo processo de instrumentalização do Estado brasileiro, em detrimento dos interesses do capital de forma geral e precisamente da saúde, sem ater-se aos interesses da classe trabalhadora, mantendo o compromisso do governo com as grandes corporações econômicas privadas de saúde. A saúde foi uma das áreas mais defasadas e conseqüentemente, os trabalhadores são os mais prejudicados com o desmonte que se instaura, pois evidenciam cerca de 75% da população usuária do SUS, de acordo com Teixeira (2018).

Dando seguimento as regressões dos direitos, ao aprofundamento da contrarreforma e ao desmonte das políticas públicas e universais, temos no governo Bolsonaro (2019), o incremento de regressões de direitos civis e de desmonte institucional. O mercado financeiro

---

<sup>1</sup> Através de um círculo virtuoso entre promoção à demanda interna e desempenho econômico através dos Programas Sociais como o Bolsa Família, que é um programa de transferência direta de renda, direcionado às famílias em situação de pobreza e de extrema pobreza em todo o País, de modo que consigam superar a situação de vulnerabilidade. O programa busca garantir a essas famílias o direito à alimentação e o acesso à educação e à saúde. Seria um erro não sinalizar esse benefício.

brasileiro abre um leque de alternativas para a mercantilização privada de atividades, serviços e bens até então parcialmente estatais nas áreas da previdência social, educação e saúde.

Advindo de bases militares de extrema direita, Bolsonaro direcionou seu governo a partir dos mesmos projetos neoliberais, apresentando-se como uma liderança antissistema na sombra do desmonte estatal e de submissão aos Estados Unidos. Tanto os governos de Temer quanto o de Bolsonaro sustentaram sua política sob cautela das frações do capital dominante, pelos meios de comunicação em massa, pelo sistema jurídico-judiciário e pelas forças armadas.

Com relação à saúde, o modelo proposto por Bolsonaro nos seus primeiros meses de governo aponta uma série de ameaças ao principal pilar do SUS – a universalidade do serviço. A política de saúde está em risco, frente a um governo que privilegia a iniciativa privada. O projeto é reduzir ao máximo a atenção básica em saúde, para que todos sejam induzidos a buscar atendimento no mercado privado. A situação crônica de subfinanciamento do sistema, agravada desde a aprovação da Emenda Constitucional 95 evolui agora para um quadro de “desfinanciamento”. Além disso, medidas tomadas em outras áreas do governo agravam ainda mais a situação, como a liberação de novos agrotóxicos, a flexibilização do acesso às armas e o fim de políticas como o Mais Médico, ressaltando as últimas medidas adotadas pelo governo Bolsonaro, por sinal, contraditórias, em relação à saúde do trabalhador, que foram a extinção do Ministério o Trabalho e a negação que o acidente de trajeto ou percurso se configure como acidente de trabalho. A cada dia vemos os direitos do trabalhador sendo engolidos pela lógica capitalista de governos sem compromisso com a classe trabalhadora.

Com as modificações no mundo do trabalho, modificam-se também os objetivos das lutas sociais e reivindicações que se fragmentam, alterando a forma de como são formuladas as mobilizações das entidades que representam as categorias dos trabalhadores da saúde, para tentar restaurar a capacidade de organização e resistência contra os desmontes e regressões de direitos, tanto na saúde como em outras áreas.

Frente a essas afirmações, atentamos para a necessidade de mobilização de toda a sociedade em defesa do SUS, em manifesto ao agravamento da crise da saúde que coloca em risco a vida da população brasileira.

As ações no sentido da mercantilização da Política de Saúde, todas as dificuldades de efetivação do SUS e as propostas de retirada dos direitos sociais em geral e do direito à saúde em específico resultaram, de forma dialética, no surgimento de novos mecanismos de luta, como os Fóruns de Saúde e a Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde. Trata-se de uma luta que é fundamentalmente contra as relações sociais capitalistas que reproduzem a desigualdade social e a exploração dos trabalhadores e estão na raiz da determinação social da saúde e da doença (BRAVO; PELAEZ; PINHEIRO, 2018, p. 19).

Desse modo, a crise do sistema de saúde vai se agravando. A criação do SUS foi o principal avanço para a deliberação das políticas de assistência à saúde, todavia, “o maior desafio continua sendo o de promover mudanças na organização dos serviços e nas práticas assistenciais para assegurar acesso e melhorar a qualidade do atendimento em todos os níveis” (VASCONCELOS; PASCHE, 2006, p. 558).

Nesse contexto, a inserção do assistente social nas políticas sociais também sofre consequências que transitam e marcam a profissão historicamente, contudo, no uso de suas atribuições e competências regimentadas por lei, a categoria pode fortalecer, no exercício da profissão, estratégias que corroborem com perspectiva da democratização do acesso aos serviços de saúde.

### **3 A INSERÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NA ÁREA DA SAÚDE**

Para pensar o Serviço Social como profissão inserida no setor de serviços é necessário levar em consideração tanto os elementos internos como os externos que estão ligados à sua inserção na divisão social do trabalho, tema que vem sendo bastante discutido em virtude das diversas interpretações convergentes sobre a gênese do Serviço Social, que Montañó (2007) evidencia a análise de duas teses, a perspectiva endogenista e a perspectiva histórico crítica.

A primeira tese sustenta que a origem do Serviço Social advém de um processo de evolução, organização e profissionalização das antigas formas da caridade e de filantropia, atrelada à questão social. Considerando o serviço social como possuidor de uma função autônoma, que presta serviço ao povo, numa ação evolucionista da assistência ligada à Igreja, quando a pobreza era vista como questão moral, sem levar em consideração a compreensão da gênese e a especificidade da profissão ligada à realidade social, econômica e política e nem considerar as lutas sociais da classe proletária. Montañó (2007) considera essa perspectiva equivocada, visto que não enxerga a ruptura em termos de funcionalidade, significado e legitimação da atuação do assistente social como trabalhador assalariado e das práticas filantrópicas.

A segunda tese entende o Serviço social como resultado dos projetos político-econômicos que se desenvolveram a partir de estratégias da classe burguesa no contexto capitalista. O assistente social desempenha um papel de cunho político, de acordo com a sua posição diante da conjuntura a qual se insere.

Iamamoto (2011) apresenta implicações políticas da prática profissional que devem ser consideradas. As determinações históricas da prática profissional, como condições objetivas vinculadas a uma atividade socialmente determinada pelas circunstâncias sociais, como o tipo de vínculo empregatício, a infraestrutura do local de trabalho, as relações presentes nesses espaços, que determinam e condicionam a ação do profissional, impedindo que, as condições subjetivas se efetivem. Essas condições aparecem enraizadas na forma como o profissional responde as demandas da realidade a qual se integra e trabalha, levando em consideração o que propõe o discurso teórico-ideológico da profissão.

A supracitada autora destaca ainda, que o processo de institucionalização está vinculado ao processo de ampliação das instituições estatais e paraestatais, período marcado pelo desenvolvimento do modelo corporativista e da industrialização, a burguesia adquire supremacia no poder do Estado e este por sua vez, busca legitimação incorporando reivindicações do proletariado.

O Serviço Social se configura e reconfigura no âmbito das relações entre o Estado e sociedade, como afirma Mattos (2017, p. 57) “é uma profissão que se particulariza na divisão social e técnica do trabalho pelo seu trato com a questão social [...]” e que vem instituindo limites e possibilidades ao exercício profissional, à medida que, a institucionalização do Serviço Social como profissão na sociedade capitalista surge no contexto contraditório de um conjunto de processos sociais, políticos e econômicos, que caracterizam as relações entre as classes sociais, na consolidação do capitalismo monopolista. Assim, a institucionalização da profissão de uma forma geral, está associada à progressiva intervenção do Estado nos processos de regulação social.

A criação de legislações sociais e sindicais emergiam com grande força nesse período, porém o Estado ganha controle do trabalho e os sindicatos transformam-se em agências de colaboração do poder público, tornam-se centros ligados à previdência, a partir de recursos do próprio trabalhador, dessa forma mantêm-se a estrutura corporativista do Estado. Em consequência, ocorre um esvaziamento dos sindicatos e o estado começa a intervir na regulamentação do trabalho e também no controle das políticas sociais, daí surgem as grandes instituições e com elas ampliação do poder do estado, fazendo com que o Serviço Social se enquadre no mercado de trabalho rompendo, de certa forma, com suas bases e tornando-se uma profissão legitimada pelo Estado.

O Serviço social deixa de ser um mecanismo de distribuição de caridade privada das classes dominantes para se transformar em uma das engrenagens de execução das políticas sociais do estado e setores empresariais, que se tornam seus maiores empregadores (IAMAMOTO, 2011, p. 94).

A supracitada autora afirma que é impossível desvincular o significado social da profissão das formas de enfrentamento das expressões da questão social e destacam esses dois aspectos como fundamentais: primeiro, a institucionalização e legitimação do Serviço Social como profissão, quando o Estado centraliza a política assistencial através da prestação de serviços sociais pelas grandes instituições; e segundo, a questão social como base primária desse processo de institucionalização, já que o ingresso da classe operária na cena política por meio de lutas e reivindicações de reconhecimentos como classe e direitos, alavancou a criação dessas políticas, emergindo a necessidade de um profissional que execute essas políticas sociais.

Netto (2007) reforça numa perspectiva teórico-metodológica que é na intercorrência do conjunto de processos econômicos, sociopolíticos e teórico-culturais que se criam as condições histórico-sociais que possibilitaram a emergência do Serviço Social como profissão. Porém, numa relação de continuidade,

porque um novo agente profissional, no marco da reflexão sobre a sociedade ou da intervenção sobre os processos sociais, não se cria do nada. A constituição de um tal agente começa por refuncionalizar referências e práticas preexistentes [...] (NETTO, 2007, p. 71).

Entretanto, segue coexistindo com uma relação de ruptura. Aos poucos esses profissionais começaram a desempenhar funções executivas em projetos de intervenção cuja lógica e estratégia final não depende apenas da sua intencionalidade, determinados pela lógica do mercado, objetivando a condição do agente e o significado social da sua ação, como afirma Netto (2007, p. 72) “o Serviço Social se constitui como profissão, inserindo-se no mercado de trabalho, com todas as consequências daí decorrentes (principalmente com o seu agente tornando-se vendedor da sua força de trabalho)”.

Para o supracitado autor, a questão social por si só não determina a gênese do Serviço Social, mas atribui uma sustentação para a emergência da profissão quando a transforma em objeto de intervenção do Estado burguês, instrumentalizada pelas políticas sociais. Na medida em que as políticas sociais se apresentam como mecanismos utilizados para responder ao agravamento das expressões da questão social na sociedade, são privilegiadas como instrumentos de trabalho dos assistentes sociais, pois, como já vimos, esses são profissionais inseridos na divisão social e técnica do trabalho, responsáveis então pela sua formulação e implementação.

Mota (2013) no artigo intitulado Serviço Social brasileiro: profissão e área do conhecimento, publicado pela Revista Katálasis em 2013, analisa a discussão que o Serviço Social brasileiro adensa sua intervenção na realidade com a construção de uma cultura intelectual, de matriz teórico-metodológico crítico, através de uma redefinição da sua representação intelectual e social no exercício profissional, numa perspectiva de ampliação do âmbito de atuação da profissão na sociedade, feita por meio da formação de uma massa crítica, responsável pela produção de conhecimento no campo da resistência, teórico-político e ideológico. A autora defende uma unidade entre as dimensões, numa perspectiva de totalidade que através de uma operação intelectual, contribua com a mediação para a transformação e compreensão da realidade. Assim, “a instrumentalidade teórico-metodológica dá-se em prol da luta emancipatória e não da reiteration da ordem” (MOTA, 2013, p. 19).



A autora conclui sua análise ressaltando que o Serviço Social brasileiro construiu uma cultura profissional a partir do contexto do exercício profissional num processo ampliado de reprodução social, e,

[...] o Serviço Social ampliou sua função intelectual, construindo uma massa crítica de conhecimentos, tributaria da formação de uma cultura que se contrapõe a hegemonia dominante, protagonizada pela esquerda marxista no Brasil, e o faz sem perder a relação de unidade com o exercício profissional, mas expondo uma distinção entre o significado do Serviço Social enquanto área do conhecimento e profissão voltada para a intervenção direta na realidade (MOTA, 2013, p. 24).

É nesse sentido que a categoria se insere na política de saúde, num direcionamento democrático, buscando a construção de uma sociedade mais justa que possibilite acesso público e igualitário aos serviços garantidos ao cidadão enquanto direito constituído, dentro de suas possibilidades.

A profissão do Serviço Social é regulamentada pela Lei nº 8.662/93, sendo o seu exercício profissional regido pelo Código de Ética Profissional dos Assistentes Sociais, resolução do Conselho Federal de Serviço Social. É a profissão que atua no campo das Políticas Sociais com o compromisso de defesa e garantia dos Direitos Sociais da população, usando o fortalecimento da democracia e atua em diversas áreas como saúde, assistência, previdência, justiça, docência, entre outras.

Considera-se que o Código de Ética da profissão apresenta ferramentas imprescindíveis para o trabalho dos assistentes sociais na saúde em todas as suas dimensões: na prestação de serviços diretos à população, no planejamento, na assessoria, na gestão e na mobilização e participação social.

As competências e atribuições dos assistentes sociais, com base na Lei de Regulamentação da Profissão, requisitam do profissional algumas competências gerais que são essenciais à concepção do contexto sócio histórico em que posiciona sua intervenção, a saber:

Apreensão crítica dos processos sociais de produção e reprodução das relações sociais numa perspectiva de totalidade;  
Análise do movimento histórico da sociedade brasileira, apreendendo as particularidades do desenvolvimento do capitalismo no país e as particularidades regionais;  
Compreensão do significado social da profissão e de seu desenvolvimento sócio histórico, nos cenários internacional e nacional, desvelando-se as possibilidades de ações cotidianas na realidade;  
Identificação das demandas presentes na sociedade, visando formular respostas profissionais para o enfrentamento da questão social, considerando as novas articulações entre o público e o privado (ABEPSS, 1996).

Essas competências permitem que o profissional consiga posicionar-se criticamente em sua análise da realidade para que possa responder as demandas sociais do cotidiano, estabelecendo estratégias que facilitem o acesso dos usuários aos direitos sociais e contribua para o exercício do controle social e da organização política desses usuários.

Assim sendo, cabe aos assistentes sociais da área da saúde o exercício de suas atribuições mediante o exposto nos Parâmetros para Atuação do Assistente Social na Política de Saúde (2010), e, segundo o documento, os profissionais são direcionados pelo projeto privatista a fazer seleções de usuários de acordo com situação socioeconômica, em ações fiscalizatórias e de assistencialismo individuais, e, em contrapartida, o projeto de Reforma Sanitária apresenta como demandas do serviço social na saúde questões como: “democratização do acesso às unidades e aos serviços de saúde; estratégias de aproximação

das unidades de saúde com a realidade; ênfase nas abordagens grupais; acesso democrático às informações e estímulo à participação popular” (CFESS, 2010, p. 26).

Para uma prática profissional coerente, a categoria deve assim levar em consideração o conceito ampliado de saúde, não mais compreendida enquanto ausência de doença, mas sim, enquanto fruto das relações sociais e destas com o meio físico, social e cultural. O trabalho com os aspectos sociais que determinam o processo saúde-doença exige do profissional o conhecimento e visão generalistas do sujeito em sua totalidade.

Dessa forma, uma atuação competente do Serviço Social na Saúde pressupõe que o profissional esteja em permanente articulação ao movimento dos trabalhadores e de usuários que lutam pela real efetivação do SUS; tenha conhecimento das condições de vida e trabalho dos usuários, bem como os determinantes sociais que interferem no processo saúde-doença; atue como facilitador do acesso de todo e qualquer usuário aos serviços de saúde e aos direitos sociais, bem como não submeter à operacionalização de seu trabalho aos rearranjos que descaracterizam a proposta original do SUS de direito; atue em equipe, tendo em vista a interdisciplinaridade da atenção em saúde; estimule a intersetorialidade, realizando ações que fortaleçam a articulação entre as políticas de seguridade social, superando a fragmentação dos serviços e do atendimento às necessidades sociais; construa e/ou efetive espaços nas unidades que garantam a participação popular e dos trabalhadores de saúde nas decisões a serem tomadas; elabore e participe de projetos de educação permanente sobre temáticas relacionadas à saúde; e assessorie movimentos sociais e/ou conselhos, a fim de potencializar a participação dos sujeitos sociais contribuindo no processo de democratização das políticas sociais, ampliando os canais de participação da população na formulação, fiscalização e gestão das políticas de saúde, visando ao aprofundamento dos direitos conquistados (CFESS, 2010, p.30).

É evidente a importância do trabalho do Assistente Social para consolidação do SUS, afirmando o que estabelece ao exercício e condições de trabalho do assistente social na saúde, destacando dentre outras resoluções, como a Resolução CFESS nº383/99, de 29/03/1999, que caracteriza o assistente social como profissional da saúde; e a Resolução CFESS nº 493/2006 de 21 de agosto de 2006 – que dispõe sobre as condições éticas e técnicas do exercício profissional do assistente social.

Diante do exposto, o desafio consiste em conseguir articular os princípios preconizados pela profissão e as possibilidades concretas postas pela realidade social. O assistente social precisa considerar a saúde como um espaço de contradições entre o capital e o trabalho compreendendo sua construção histórica, política e social, para que assim possa entender a realidade social e direcionar sua ação profissional para promover saúde enquanto um direito social e inalienável.

### **3.1 A ação do Assistente Social na Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora**

A saúde do trabalhador vem se destacando como uma importante área de atuação do assistente social. De acordo com os Parâmetros para Atuação dos Assistentes Sociais na Saúde (2010), essa perspectiva se desenvolve em decorrência da:

dimensão social e histórica do trabalho que ganha relevância nos determinantes das condições de saúde do trabalhador com a complexidade da realidade atual, marcada pela precarização das condições de trabalho, aumento do trabalho informal, flexibilização das relações de trabalho e restrição de direitos. (CFESS, 2010, p. 40).

Baptista (2007) aponta que Getúlio Vargas iniciou em seu governo, uma política de proteção ao trabalhador para garantir uma mão de obra aliada ao projeto de Estado, mantendo

sua base decisória na estrutura estatal centralizada e atendendo aos seus interesses econômicos, mas, que mesmo assim, marcou o início de uma trajetória de expansão de direitos.

Saúde do Trabalhador refere-se a um processo que compreende as relações entre o trabalho e o processo saúde/doença, considerando a saúde e a doença como processos articulados com os modos do desenvolvimento produtivo ao longo do tempo. O trabalho é a condição fundante do ser social, dos seus aspectos cognitivos, sociais, psicológicos, espirituais e garante condições materiais para a sua existência, mas também é responsável por um crescente quadro de adoecimento, sofrimento e até morte dos trabalhadores. O trabalho também contribui de forma direta e indireta nos quadros de adoecimento dos trabalhadores, a depender da atividade que exercem e/ou das condições adversas em que esse trabalho é realizado.

A Portaria Nº 1.823, de 23 de agosto de 2012, institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora e vale destacar:

Art. 2º A Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora tem como finalidade definir os princípios, as diretrizes e as estratégias a serem observados pelas três esferas de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), para o desenvolvimento da atenção integral à saúde do trabalhador, com ênfase na vigilância, visando a promoção e a proteção da saúde dos trabalhadores e a redução da morbimortalidade decorrente dos modelos de desenvolvimento e dos processos produtivos.

Art. 3º Todos os trabalhadores, homens e mulheres, independentemente de sua localização, urbana ou rural, de sua forma de inserção no mercado de trabalho, formal ou informal, de seu vínculo empregatício, público ou privado, assalariado, autônomo, avulso, temporário, cooperativados, aprendiz, estagiário, doméstico, aposentado ou desempregado são sujeitos desta Política.

Parágrafo único. A Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora alinha-se com o conjunto de políticas de saúde no âmbito do SUS, considerando a transversalidade das ações de saúde do trabalhador e o trabalho como um dos determinantes do processo saúde-doença. (BRASIL, 2012)

A atuação do Assistente Social nessa política se refere ao atendimento dos trabalhadores, de forma individual ou coletiva, na pesquisa, no assessoramento e na mobilização, compondo equipes multiprofissionais, na defesa de condições objetivas de trabalho e no acesso aos direitos do cidadão. Intervindo para contribuir com uma melhor qualidade de vida, levando em consideração os diversos determinantes, inclusive os sociais.

Grande parte das ações do Serviço Social no âmbito da saúde do trabalhador está relacionada à prevenção, assessoramento e articulada aos ambientes de trabalho, nas instituições, como também, nos serviços de assistência e reabilitação à saúde do trabalhador, no que se refere ao atendimento social, jurídico, nos tratamentos de saúde, reabilitação social e física entre outros.

Nesse sentido, um dos desafios permanentes do assistente social é justamente analisar a saúde do trabalhador em sua totalidade, entendendo a relação saúde e doença, como situação também vinculada aos processos da dimensão da vida social como um todo, e dessa forma, compreender os determinantes desse processo para além das barreiras da empresa, mas de forma geral, nas condições de habitação, alimentação, educação, transporte, remuneração, saneamento básico entre outros, e a partir daí, viabilizar o acesso as política de saúde no âmbito de sua integralidade.

Entretanto, o sentido da conquista do direito a saúde no trabalho corre o risco de se perder, diante nos arranjos organizacionais do trabalho impostos pela ordem mundial da globalização econômica, frente à flexibilização dos direitos trabalhistas, a diminuição dos

direitos e a exacerbação de mecanismos exploratórios, a exemplo da terceirização. Cada dia mais os trabalhadores são expostos a condições precárias de trabalho em detrimento do processo de acumulação do capital e submetido a condições de exploração inacreditáveis, pressão psicológica, assédio moral, social e muitas vezes até sexual.

Tendo em vista as transformações na sociedade, houve uma reorganização e intensificação do ritmo do trabalho, que obriga o trabalhador a vender com sua força física e intelectual de trabalho, e, nesse processo de apropriação da força produtiva, as doenças decorrentes do trabalho e os acidentes de trabalho são cada vez mais recorrentes.

O trabalho é um meio necessário e torna-se cada dia mais indispensável para manutenção e sobrevivência do homem, e diante dessa necessidade, os trabalhadores se submetem a intensas jornadas de trabalho, condições inapropriadas para realização das atividades, acúmulo de funções, maior exposição a fatores de riscos para a saúde, descumprimento de regulamentos de proteção à saúde e segurança, rebaixamento dos níveis salariais e aumento da instabilidade no emprego, e para, além disso, sofrem a todo instante pressão do mercado, com a intensificação do desemprego e o aumento exacerbado do exército industrial de reserva, situações que a curto e/ou em longo prazo, se manifestam contrárias a qualidade de vida e a saúde desse trabalhador com o desenvolvimento de doenças ocupacionais (BRASIL, 2001).

Entre as principais doenças que modificam o perfil de adoecimento e sofrimento dos trabalhadores temos,

[...] as Lesões por Esforços Repetitivos (LER), também denominadas de Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (DORT); o surgimento de novas formas de adoecimento mal caracterizadas, como o estresse e a fadiga física e mental e outras manifestações de sofrimento relacionadas ao trabalho. Configura, portanto, situações que exigem mais pesquisas e conhecimento para que se possa traçar propostas coerentes e efetivas de intervenção (BRASIL, 2001, p. 19).

Assim sendo, a PNSTT tem como objetivo, fortalecer a Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT), estabelecendo conforme afirma Caixeta (2014), uma reestruturação da Rede Nacional de Atenção Integral a Saúde do Trabalhador (RENAST), que em articulação com as equipes dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), possam promover ações para melhorar as condições de trabalho e qualidade de vida dos trabalhadores, capacitação dos profissionais da saúde, para a identificação e monitoramento dos casos de acidente e adoecimento que tem relação com o trabalho.

Por exemplo, o CEREST, conta com uma equipe técnica para realizar o atendimento e o diagnóstico do estado de saúde do trabalhador e poder encaminhá-lo a outras unidades da rede SUS, se for constatado a relação da doença com o trabalho. O assistente social nesse sentido é um profissional qualificado e comprometido com a classe trabalhadora, que faz parte dessa equipe, tem compreensão acerca da realidade e lida com os rebatimentos das contradições do modo de produção capitalista, sabendo que essa relação saúde e doença se configuram como parte inerente desse processo e se apresenta como expressões da questão social, preexistentes a sociedade vigente.

Portanto, discutir a PNSTT implica também compreender a extensão da Política de Saúde em todas as suas interfaces, não bastando identificar os problemas e propor soluções técnicas, mas colocar em prática meios de prevenção efetivos que contribuam para a promoção da saúde física e mental dos trabalhadores e trabalhadoras, tanto nos ambientes de trabalho, quanto na sua vida social.

#### **4 O ESTÁGIO OBRIGATÓRIO EM SERVIÇO SOCIAL**

A partir da concepção definida pela Política Nacional de Estágio da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS), a temática do estágio na formação profissional deve constituir-se em aprofundamento permanente no interior do debate acadêmico, como elemento constituinte e constitutivo da formação profissional e de competência das unidades de ensino no processo formativo. Nessa direção, o estágio supervisionado curricular em Serviço Social é uma etapa significativa e indispensável no processo de formação e capacitação para o exercício profissional, devendo proporcionar ao aluno discussões e esclarecimentos sobre a prática do Assistente Social, identificando desafios e possibilidades de intervenção frente às demandas profissionais atuais e futuras.

O estágio se constitui num instrumento fundamental na formação da análise crítica e da capacidade interventiva, propositiva e investigativa do estudante, que precisa apreender os elementos concretos que constituem a realidade social capitalista e suas contradições, de modo a intervir, posteriormente como profissional, nas diferentes expressões da questão social, que vem se agravando diante do movimento mais recente de colapso mundial da economia, em sua fase financeira, e de desregulamentação do trabalho e dos direitos sociais.

Os princípios norteadores do estágio supervisionado baseiam-se nos valores assumidos pelo Projeto Ético-Político da profissão e se referem à liberdade como valor ético central rompendo com o conservadorismo e elegendo como princípios, a democracia, os direitos humanos, a cidadania, a equidade, a justiça social e o pluralismo. Esta opção direciona o projeto profissional vinculado à construção de uma nova sociedade, sem dominação de classe, etnia e gênero articulando-se com os movimentos e categorias profissionais na luta dos trabalhadores e comprometendo-se em garantir qualidade nos serviços prestados à população, exercendo o serviço social sem ser discriminado ou discriminar (OLIVEIRA, 2004).

Além dos valores ético-político profissionais, outros princípios devem nortear a realização do estágio no Serviço Social, na perspectiva de preservar importantes dimensões do processo formativo. Um desses princípios refere-se à indissociabilidade entre as dimensões teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa, que acontece no trato da realidade social e suas dimensões de universalidade, particularidade e singularidade, viabilizando uma capacitação teórico-metodológica e ético-política, como requisito fundamental para o exercício de atividades técnico-operativas, buscando a apreensão crítica dos processos sociais numa perspectiva de totalidade. A garantia da ética como elemento transversal para a formação do assistente social deve ser ressaltada com importância e prioridade no processo do estágio supervisionado.

Outro princípio diz respeito à articulação entre Formação e Exercício Profissional, expressa e potencializada por meio da interlocução entre estudantes, professores e assistentes sociais dos campos de estágio. Possibilita, portanto, a identificação e análise das demandas, desafios e respostas mobilizadas no cotidiano de trabalho dos assistentes sociais e promove a construção/socialização de conhecimentos e reflexões, bem como o desenvolvimento de competências profissionais.

Destacamos, ainda, o princípio que prevê a indissociabilidade entre estágio e supervisão acadêmica e de campo, onde o estágio, enquanto atividade didático-pedagógica implica a supervisão acadêmica e de campo, numa ação conjunta, integrando planejamento, acompanhamento e avaliação do processo de ensino-aprendizagem e do desempenho do estudante, na perspectiva de desenvolvimento de sua capacidade de investigar, apreender criticamente, estabelecer proposições e intervir na realidade social (RESOLUÇÃO 533/2008).

Outro princípio fundamenta-se na articulação entre universidade e sociedade, uma vez que o estágio se constitui como um elemento potencializador desta relação, promovendo o conhecimento acerca da realidade e contribuindo na identificação e construção de respostas às demandas.

A unidade teoria-prática deverá ser perseguida, na medida em que o estágio, como atividade acadêmica, a corrobora como processo dialético entre dimensões que não se equalizam, mas são indissociáveis. A interdisciplinaridade, tendo em vista que o estágio supervisionado se efetiva por meio da inter-relação das diversas áreas de conhecimento trabalhadas ao longo da formação profissional, bem como com a vivência, no espaço sócio institucional, compartilhada com diferentes categorias profissionais, num mesmo processo coletivo de trabalho. Esses princípios promovem uma permanente articulação e complementaridade que o estagiário fará entre os conteúdos teóricos, éticos, políticos e culturais na intervenção nos processos sociais (ABEPSS, 2010).

E, por fim, o princípio da articulação entre ensino, pesquisa e extensão que o estágio possibilita na sua efetivação, nos diversos espaços de intervenção profissional. Essas atividades se articulam entre si, porém, cada uma tem uma função específica. A pesquisa, no campo universitário é o ponto chave e da sustentação as demais atividades, sendo ponto de partida para a construção do conhecimento. O ensino aparece como o estabelecimento do diálogo em sala de aula com o objetivo de formar consciência crítica no aluno para apreender os processos. E a extensão seria a ligação entre a universidade e a comunidade, para que de alguma forma através de intervenções e troca de experiências, o aluno contribua para a transformação da realidade social e vice-versa.

[...] o estágio supervisionado é um “divisor de águas” no processo de formação profissional, um momento onde se descortina ao estagiário novas possibilidades de entender a dinâmica do trabalho profissional. Seu estudo e compreensão se configuram como um desafio constante para que de fato seja o “locus” de construção da identidade profissional do aluno (OLIVEIRA, 2004, p. 78).

Nesse sentido, o estágio em Serviço Social é um espaço que capacita o acadêmico a uma postura crítica e reflexiva, constituindo um momento único para a formação profissional. Ele proporciona ao estudante a inserção na prática profissional, possibilitando entrar em contato com uma realidade concreta a qual fará parte.

Destacaremos a seguir algumas considerações sobre o Estágio Obrigatório no Centro Regional de Reabilitação e Assistência em Saúde do Trabalhador no município de Campina Grande - PB.

#### **4.1 Relato de Experiência sobre o Estágio Obrigatório no Centro Regional de Reabilitação e Assistência em Saúde do Trabalhador (CERAST)**

O Centro Regional de Reabilitação e Assistência em Saúde do Trabalhador (CERAST) José Fernandes Filho, localizado na Av. Dinamérica Alves Correia, Santa Rosa, Campina Grande - PB, CEP: 58416-440.

Configura-se em uma instituição pública que oferece atendimento aos usuários com doenças relacionadas ao trabalho e tratamento de sequelas de acidentes de trabalho, com o objetivo de reabilitar e assistir promovendo a (re) inserção do trabalhador ao mercado de trabalho e a vida social.

Antes de o CERAST ser inaugurado, os serviços eram ofertados na Unidade Municipal de Fisioterapia de Campina Grande (UFM), fundada em 1994, que funcionava na antiga Casa de Saúde, na Rua Siqueira Campos, nº 650, no bairro da Prata e que além da fisioterapia desenvolvia outros serviços de saúde. Esse serviço de saúde prestava atendimentos, de forma integrada como Centro de Referência em Atenção ao Portador de Necessidades Especiais (CRANESP), as demandas locais e também das cidades circunvizinhas.

Após vinte anos de sua fundação, em maio de 2014, o serviço foi transferido para o Hospital Dr. Edgley passando a ser chamado de Serviço Municipal de Fisioterapia, onde permaneceu num período de dois anos.

O serviço de fisioterapia passa por mais uma mudança e em 11 de julho de 2016 ganhou uma sede própria, sendo então transferido para o endereço citado acima e sendo denominado por CERAST.

Para a construção, o Ministério Público do Trabalho (MPT) - PB destinou R\$ 1,6 milhões, recursos provenientes de multas de uma ação trabalhista contra o Banco do Brasil. O prédio foi construído no bairro Dinamérica, em um terreno de 3.067m<sup>2</sup> e possui 1.290m<sup>2</sup> de área construída. O projeto foi realizado em parceria com a Prefeitura Municipal de Campina Grande (PMCG), que investiu R\$ 600 mil na obra e mais R\$ 250 mil em equipamentos.

O CERAST atende trabalhadores da área urbana e rural, do mercado formal e informal, com carteira assinada ou não, funcionários do setor público e/ou privado, acima de 18 anos e também aqueles que se encontram na condição de jovem aprendiz. Em parceria com a Prefeitura Municipal de Campina Grande, o CERAST oferece, gratuitamente, um serviço especializado e multiprofissional aos trabalhadores que são vítimas de acidentes de trabalho e/ou doenças ocupacionais e tratamento de sequelas desses.

A instituição possui uma equipe multiprofissional que engloba assistentes sociais, enfermeiro, fisioterapeutas, fonoaudiólogo, ortopedista, psicólogo, técnica em segurança do trabalho, diretores, sendo, administrativo e técnico e pessoal de apoio. A instituição ainda recebe estagiários de universidades públicas e privadas, dos cursos de fisioterapia, psicologia e serviço social. No que se refere ao quadro do Serviço Social especificamente a instituição conta com duas assistentes sociais que se dividem durante a semana para prestar os atendimentos individuais e atividades coletivas e atualmente o Serviço Social conta com três estagiárias da UEPB.

Possui uma infraestrutura física bem adaptada composta por 40 salas sendo divididas entre: recepção, serviço social, espaços especializados para fisioterapia, psicologia, enfermagem, fonoaudiologia, ortopedia, copa, auditório, refeitório, cozinha, sala de estudos, sala de reuniões, piscina, área de convivência, vestiários e 18 sanitários. Uma estrutura bem articulada e de com acessibilidade. Recebe encaminhamentos feitos por clínicas gerais, Ortopedistas e Neurologistas das Unidades Básicas de Saúde de Campina Grande e região e de clínicas particulares.

O CERAST ainda não possui uma regulamentação efetivada, mas está em processo de constituição, a cargo da Secretaria Municipal de Saúde de Campina Grande, vale destacar a existência de uma Política Municipal de saúde do Trabalhador que também está em fase de conclusão. O regimento interno também está em fase de construção, sendo realizadas reuniões semanais, a cargo da direção técnica e administrativa em conjunto com os profissionais da instituição.

Com relação ao fluxograma do CERAST, após passar pelo atendimento na recepção para realizar o preenchimento da ficha de cadastro, o usuário é direcionado a sala do serviço social onde recebe atendimento social. Esse atendimento é realizado através de uma entrevista social em forma de acolhimento, onde a assistente social colhe informações acerca dos dados pessoais, da doença do trabalhador e faz o encaminhamento para o atendimento solicitado de acordo com a especificidade do problema descrito. Como dizemos, o Serviço social é a porta de entrada, onde assistente social realiza a escuta do usuário, apresenta a instituição e suas regras ao mesmo, numa conversa informativa. Através dessa escuta ao usuário é possível ser realizado diversos tipos de encaminhamentos, a depender a real situação e do problema que o usuário apresenta.

De acordo com dados quantitativos dos atendimentos, obtidos em levantamentos internos do CERAST, no período compreendido entre janeiro a junho de 2018, foram

realizados um total de 4.129 atendimentos, incluindo todas as especialidades ofertadas, numa média de 688 atendimentos mensais.

No que se refere aos atendimentos do Serviço Social, no ano de 2018, foram contabilizados cerca de 620 atendimentos. Já em 2019, no período de janeiro a novembro, foram somados uma média de 560 atendimentos, entre entrevistas sociais, atendimentos sociais, encaminhamentos e remanejamentos, internos e externos.

O MPT, no uso de suas atribuições preconiza que o atendimento do CERAST seja disponibilizado apenas aos trabalhadores portadores das chamadas doenças ocupacionais, elencadas como acidente de trabalho, adoecimento do trabalho ou acidente de percurso ou trajeto. Porém, essa referência não é atendida em exclusividade, devido à demanda elevada e a dificuldade de atendimento em outros serviços do município em virtude da escassez de vagas.

Quanto ao perfil dos usuários do CERAST, traçamos alguns aspectos norteadores. Em linhas gerais são atendidos trabalhadores, inseridos no mercado de trabalho, formal ou informal, mas também atende trabalhadores desempregados, idosos e aposentados, mesmo fora da referência. Dentre as profissões que mais aparecem destacamos doméstica, agricultor, motorista, moto-taxistas, auxiliar de linha de produção, pedreiro, atendentes de telemarketing, estudantes, entre outros. Além de usuários já amparados ou não pela Previdência Social.

O Serviço Social no CERAST atua de acordo com a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, no âmbito do SUS, complementando o atendimento multiprofissional que a instituição oferece. É um campo de estágio riquíssimo, que proporciona ao estagiário um ambiente tranquilo, acolhedor e oportuniza um contato direto com diversas demandas, enriquecendo o processo de aprendizagem.

Durante o período do Estágio Obrigatório (agosto de 2018 a novembro de 2019) podemos vivenciar experiências enriquecedoras, participando ativamente da programação da instituição na condição de estagiária, o que tornou o período de estágio bem mais interessante e instigante. A possibilidade da troca de experiências, tanto com os profissionais, quanto com os usuários, e a aproximação com a realidade da prática profissional cotidiana, bem como com os instrumentos de trabalho, foram extremamente relevantes nesse processo de aquisição de conhecimento.

Desde o período de observação, tivemos o contato direto com o usuário durante a entrevista social na sala do serviço social e essa etapa de escuta é uma das mais importantes na ação profissional na instituição. É o momento que o assistente social se depara com as dificuldades vividas pelo usuário contidas nos relatos chocantes, mas que nos levam a uma reflexão constante da realidade da sociedade atual, do quão difícil é a viabilização de um direito, onde no caso estamos falando do direito à saúde, que é perante lei garantido, mas que muitas vezes é negado ao trabalhador e que isso atinge em maior gravidade os trabalhadores de menor poder aquisitivo, ou seja, quem mais necessita.

No decorrer do estágio, com a maior aproximação com os instrumentos de trabalho do assistente social no cotidiano do CERAST, foi possível perceber a importância da relação e articulação no que se refere às dimensões técnico-operativa, teórico-metodológica e ético-política da profissão, já discutidos anteriormente. Os conhecimentos prévios advindos da academia possibilitam ao aluno estagiário uma maior percepção e reflexão acerca da realidade vivenciada e, conseqüentemente, um ágil entendimento das demandas que ali se apresentam e que são determinadas pelas necessidades individuais de cada usuário ou pela coletividade, resultados da conjuntura social atual do mundo do trabalho, determinadas pelas variações socioeconômicas existentes. E a partir disso, poder realizar os devidos encaminhamentos em conformidade com o que preconiza os Parâmetros para Atuação dos Assistentes Sociais na Saúde sobre a função social da profissão na divisão social e técnica do trabalho,



[...] na área da saúde passa pela compreensão dos determinantes sociais, econômicos e culturais que interferem no processo saúde-doença e na busca de estratégias político-institucionais para o enfrentamento dessas questões. O exercício profissional do assistente social não deve desconsiderar as dimensões subjetivas vividas pelo usuário [...] (CFESS, 2010, p. 28-29).

Para além da observação sistemática, o Estágio Obrigatório no CERAST permitiu participar de ações integradas no serviço e fora dele. A este respeito, destacamos que as ações que se referem ao Serviço Social não se limitam apenas ao atendimento social na sala do Serviço Social, são realizadas também ações socioassistenciais e socioeducativas que abrangem os usuários e profissionais, com a discussão de temas pertinentes aos direitos e a saúde do trabalhador, por meio de ações individuais e/ou coletivas como salas de espera, palestras, dinâmicas, e campanhas, além dos atendimentos sociais.

Nesse contexto, o setor de Serviço Social se mobiliza junto com os demais profissionais e realizam eventos direcionados as temáticas da área da saúde, como por exemplo, as ações preventivas e campanhas, como: Abril Verde, Setembro Amarelo, Outubro Rosa, Novembro Azul, Dia do Trabalhador, Mês da mulher, além de atividades que se referem diretamente aos atendimentos do CERAST, onde tivemos a oportunidade de contribuir para a socialização dos direitos dos trabalhadores através da exposição oral, de realização de dinâmicas nos eventos e na socialização de projeto de intervenção sobre a PNSTT, o qual trataremos adiante.

Ainda tivemos a oportunidade de participar de atividades extras, ligadas da área da saúde e assistencial, com a supervisão e indicação da nossa supervisora de campo, como acompanhamento das Reuniões do Conselho Municipal de Saúde de Campina Grande, participação no IV Encontro de Pessoas com Doença Falciforme da Borborema, Assembleias na Câmara Municipal de Vereadores, Capacitação NR32 - Saúde e Segurança no Trabalho, Programação alusiva ao Dia do Assistente Social, Conferência Municipal de Saúde, Conferência Municipal da Pessoa Idosa e do Curso de Formação Política em Saúde, entre outras palestras locais, que foram essenciais e enriquecedoras para subsidiar a aquisição de conhecimento no percurso do estágio.

Durante todo o período do estágio observamos que muitos usuários não são conhecedores da PNSTT, tanto os que já são atendidos, quanto os que vêm em busca de atendimento, encaminhados ou não por algum serviço da rede. Nesse sentido, elaboramos o projeto de intervenção intitulado Socializando a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora no CERAST, que foi aplicado com sucesso e se justificou pela necessidade de subsidiar e propagar informações acerca da PNSTT para estes usuários, à medida que o Serviço Social atua na instituição de forma interdisciplinar, promovemos a socialização da PNSTT, destacando a Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), um dos documentos indispensáveis para a aquisição de benefícios após um acidente de trabalho, tendo em vista os dados alarmantes das subnotificações.

O projeto de intervenção acima citado, tem o objetivo geral de desenvolver estratégias de viabilização e disseminação de informações acerca da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, junto aos usuários no CERAST. A intervenção foi realizada através da metodologia de salas de espera, enriquecidas com dinâmicas e materiais pedagógicos, confeccionados especificamente para estes momentos, como cartazes e flip chart, além de folders, entregues no encerramento do projeto com material explicativo sobre os temas abordados, que foram: o perfil do usuário atendido no CERAST, contemplando o que é um acidente de trabalho, um acidente de trajeto e as doenças ocupacionais; as Ações em Saúde do Trabalhador nos três níveis de atenção à saúde do SUS, e enfatizamos a CAT, e, a partir disso, subsidiamos o debate sobre a importância do trabalho desenvolvido pelo CERAST e do usuário conhecer seus direitos.

A intervenção foi desenvolvida de forma dinâmica e teve uma ótima participação dos usuários do CERAST durante os turnos manhã e tarde, contemplando maior parte do público atendido. Entendemos que o projeto foi executado com êxito, visto as avaliações positivas dos próprios usuários e as reflexões que puderam ser feitas ao longo da aplicação. Destacamos ainda a participação de vários usuários, que após as salas de espera relataram a importância da realização de ações como essa, puderam refletir sobre a importância do SUS na vida cotidiana e na assistência e reabilitação do trabalhador, que é o foco do CERAST. Alguns usuários também deram depoimentos sobre situações já vivenciadas no trabalho e uma das coisas que nos chamou mais a atenção, foi à falta de conhecimento da grande maioria a respeito da CAT, que por sinal, foi nossa problemática inicial na construção do projeto.

A CAT é um dos documentos imprescindíveis para a aquisição de benefícios junto a Previdência Social em caso de necessidade afastamento de serviço e também como proteção do trabalhador junto à empresa. Ao serem interrogados se tinham conhecimento sobre a CAT, nenhum usuário afirmou que conhecia, durante a sala de espera surgiram muitas dúvidas, que foram sendo esclarecidas no decorrer da conversa, o que possibilitou a análise do quanto foi e é importante tratar de temas como esse junto aos usuários. Vale destacar que só tem direito a emissão da CAT os trabalhadores formais, que tem carteira de trabalho assinada, e muitos usuários, mesmo sofrendo acidentes de trabalho e sendo portadores de doenças relacionadas ao trabalho, já com benefícios advindos e deferidos pela Previdência Social, não sabiam afirmar se a CAT havia sido emitida no seu caso.

Ressaltamos, dessa forma, que as ações do projeto de intervenção atenderam o objetivo geral do projeto, que foi a viabilização e disseminação de informações acerca da PNSTT, junto aos usuários do CERAST, colaborando para a melhoria dos atendimentos prestados ao usuário de forma integral.

## **5 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O projeto neoliberal confronta diretamente os princípios do SUS e o ataca, através das investidas declaradas do poder privado, como por exemplo, o sucateamento dos serviços públicos e a privatização da saúde em nome da lógica do capital. Apesar do avanço das políticas públicas e da garantia dos direitos sociais, trabalhistas e políticos pós Constituição Federal, observamos na conjuntura atual o desmonte exacerbado dos direitos do cidadão em ações marcadas pela focalização e fragmentação, sobretudo na assistência à saúde.

A Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, enquanto parte integrante da política pública para o setor saúde está submetida a um movimento real e concreto de forças sociais e econômicas, cuja expressão se intensifica na dinâmica das variáveis conjunturais presentes na relação Estado e sociedade civil.

Faz-se necessário incorporar e construir uma nova concepção de saúde, capaz de compreender o indivíduo no contexto da coletividade e dos problemas que dela emana. Esse desafio remete a questão da formação profissional e de novas práticas sociais.

Consideramos que o assistente social é um profissional que atua no campo de diversas políticas sociais, viabilizando a população usuária, direitos e acesso a essas políticas. Suas atribuições e competências são determinadas pelos princípios e valores contidos no Código de Ética e na Lei de Regulamentação da Profissão, e tem como princípios norteadores da prática profissional, a defesa dos direitos humanos, a liberdade, a democracia, a equidade e justiça social, entre outros, que o define como profissional que atua nas expressões da questão social.

Refletir a inserção do Serviço Social no contexto do trabalho coletivo na área da saúde pressupõe a identificação das condições de enfrentamento dos problemas da realidade e a construção de estratégias que aprimorem o exercício do profissional comprometido com os direitos dos usuários do SUS.

Faz-se necessário ressaltar também, a importância da experiência de Estágio Obrigatório para a formação profissional em Serviço Social. O CERAST é um campo de estágio muito rico, que possibilita que o estagiário possa vivenciar várias situações que complementam a formação da academia, desde a observação sistemática, a experiência da relação interprofissional, a análise crítica constante da realidade social, a aproximação com o fazer profissional na realidade cotidiana até as respostas dadas as demandas habituais e espontâneas. É um conjunto de vivências, que só o estágio consegue oferecer ao discente, enquanto profissional em formação, que precisa de elementos concretos que favoreçam a reflexão da sua futura abordagem profissional, da sua ação prática.

Nesse processo de aprendizagem, o estagiário se depara com características essenciais para a prática profissional dos assistentes sociais, que se destacam em suas ações cotidianas. Esse profissional apresenta a linguagem como elemento primordial, é um agente intelectual, e, na maioria das vezes é a porta de entrada dos usuários dos serviços nas instituições públicas e privadas. É através da linguagem que o profissional se aproxima e conhece a realidade dos sujeitos, bem como expõe suas respostas às demandas. Outra característica importante é a habilidade que o assistente social tem de planejar e operacionalizar as ações, viabilizar os serviços sociais (por assumir o papel de agente executor de políticas sociais) e pela sua capacidade de apreensão da realidade, das necessidades e do entendimento crítico dos processos de trabalho e das relações sociais.

Nesse processo de atuação, o profissional tem autonomia na execução de sua prática, porém, muitas vezes o profissional é levado a executar determinadas ações induzidas por elementos objetivos no processo de trabalho, que relativamente condicionam suas respostas às demandas existentes, fato que pode distanciá-lo dos princípios teórico-ideológicos da profissão.

Dessa forma, o desafio do exercício profissional dos assistentes sociais na saúde segue uma linha de resistência, exige um profissional que possua uma leitura crítica da realidade aliada à defesa intransigente dos direitos dos cidadãos, que lute para que a classe trabalhadora tenha acesso aos serviços, públicos e de qualidade, aproximando-se cada dia mais efetividade da universalidade do acesso à saúde ampliada.

## REFERÊNCIAS

- ABEPSS. Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social. **Política Nacional de Estágio (PNE)**. 2010. Disponível em: [http://www.cfess.org.br/arquivos/pneabepss\\_maio2010\\_corrigida.pdf](http://www.cfess.org.br/arquivos/pneabepss_maio2010_corrigida.pdf). Acesso em: 10 de jun. 2019.
- AGUIAR, Z. N. **SUS – Sistema Único de Saúde: antecedentes, percurso, perspectivas e desafios**. São Paulo: Martinari, 2011.
- BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria. História das Políticas de Saúde no Brasil: a trajetória do direito à saúde. In: Matta, Gustavo Corrêa. Pontes, Ana. Lucia de Moura. **Políticas de Saúde: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.
- BORLINI, L. M. Há pedras no caminho do SUS: os impactos do neoliberalismo na saúde do Brasil. In: **Textos e Contextos**: Porto Alegre v. 9, n. 2, p. 321-333, ago/dez.2010.
- BRASIL. **Código de ética do/a assistente social. Lei 8.662/93 de regulamentação da profissão**. 10. ed. Brasília: Conselho Federal de Serviço Social, 2012.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Diário Oficial da União, Poder Legislativo, Brasília, DF, 5 out. 1988. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm). Acesso: 05 jun. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012**. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Saúde legis: sistema de legislação da saúde. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823\\_23\\_08\\_2012.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html). Acesso em: 14 ago. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da saúde no Brasil. **Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde**. Elisabeth Costa Dias (org.) et al. – Brasília: 2001. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/doencas\\_relacionadas\\_trabalho\\_manual\\_procedimentos.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/doencas_relacionadas_trabalho_manual_procedimentos.pdf). Acesso em: 13 de out. de 2019.

BRAVO, M. I. S.; MENEZES, J. S. B. de. Política de saúde no governo Lula. In: BRAVO, Maria Inês; PEREIRA, Débora de Sales; MENEZES, Juliana Souza Bravo de; OLIVEIRA, Mariana Maciel do Nascimento. **Política de saúde na atual conjuntura: modelos de gestão e agenda para a saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: Rede Sirius/Adufrj-SSind, 2008.

BRAVO, Maria Inês de Souza. PELAEZ, Elaine Junger. PINHEIRO, Wladimir Nunes. As contrarreformas na política de saúde do governo Temer. In: **Argumentum**, Vitória, v. 10, n. 1, jan/abril. 2018, p. 9-23.

CAIXETA, Natalia Pereira. **O Serviço Social no campo da saúde do trabalhador: uma análise da atuação profissional**. Brasília: 2014.

CFESS. Conselho Federal de Serviço Social. **Código de Ética Profissional dos Assistentes Sociais**. Disponível em: [http://www.cfess.org.br/arquivos/CEP\\_CFESS-SITE.pdf](http://www.cfess.org.br/arquivos/CEP_CFESS-SITE.pdf). Acesso em: 20 set. 2019.

\_\_\_\_\_. Conselho Federal de Serviço Social. **Legislação e Resoluções sobre o trabalho do/a assistente social**. Brasília: CFESS, 2011.

\_\_\_\_\_. Conselho Federal de Serviço Social. **Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Saúde**. Brasília, 2010.

\_\_\_\_\_. Conselho Federal de Serviço Social. **Resolução 533/2008**. Regulamenta a supervisão direta de estágio no Serviço Social. Brasília, 2008.

DEMIER, Felipe. **Depois do Golpe: a dialética da democracia blindada no Brasil**. 1. Ed. Rio de Janeiro: Mauad X, 2017.

FREIXO, Ariano de. PINHEIRO-MACHADO, Rosana. Dias de um futuro (quase) esquecido: um país em transe, a democracia em colapso. In: FREIXO, Adriano; PINHEIRO-MACHADO, Rosana. **Brasil em transe: bolsonarismo, nova direita e desdemocratização**. Rio de Janeiro: Oficina Raquel, 2019, p. 9-24.

IAMAMOTO, Marilda V. O Serviço Social na divisão do trabalho. In: IAMAMOTO, Marilda V. **Renovação e conservadorismo no Serviço Social: ensaios críticos**. 11. ed. São Paulo: Cortez, 2011, p. 87-112.

MASCARO, Alysson Leandro. Dinâmica da crise e do golpe: de Temer a Bolsonaro. **Revista Boitempo**, n. 32, 2019.

MATTOS, Maurílio Castro de. **Serviço social, ética e saúde**: reflexões para o exercício profissional. – 2. ed. – São Paulo: Cortez, 2017.

MONTAÑO, Carlos. **A natureza do serviço social**: um ensaio sobre sua gênese, a “especificidade” e sua reprodução. São Paulo: Cortez, 2007.

MOTA, A. E. **Serviço Social brasileiro: profissão e área do conhecimento** R. Katál., Florianópolis, v. 16, n. esp., p. 17-27, 2013.

NETTO, José Paulo. **Capitalismo monopolista e serviço social**. 6. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

OLIVEIRA, Cirlene Aparecida Hilário da Silva. O estágio supervisionado na formação profissional do assistente social: desvendando significados. In: **Serviço Social e Sociedade**. São Paulo: Cortez, 2004.

PAIM, Jairnilson Silva. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

SILVA, Alessandra Ximenes da. A contrarreforma na política de saúde e a função dos intelectuais coletivos. In: SILVA, Alessandra Ximenes da; NÓBREGA, Mônica Barros; MATIAS, Thaísa Simplício Carneiro. **Contrarreforma, intelectuais e serviço social**: as inflexões na política de saúde. Campina Grande: EDUEPB, 2017.

SOARES, Raquel Cavalcante. Governo Temer e contrarreforma na política de saúde: a inviabilização do SUS. In. **Argumentum**, Tema: Reformas regressivas e política de saúde. V.10, n.1, Vitória, 2018, p.24-32.

TEIXEIRA, Mary Jane de Oliveira. A urgência do debate: as contrarreformas na política da saúde no governo Temer. In. **Argumentum**, Tema: Reformas regressivas e política de saúde. V.10, n.1, Vitória, 2018, p.33-50.

VASCONCELOS, A. M. de. **A prática do serviço social**: cotidiano, formação e alternativas na área da saúde. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2003.

VASCONCELOS, C. M.; PASCHE, Dario Frederico. O Sistema Único de Saúde. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; MINAYO, Maria Cecília de Souza; AKERMAN, Marco; JÚNIOR, Marcos Drumond; CARVALHO, Yara Maria de. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. (p.531-559).

## **AGRADECIMENTO**

**Agradeço a Deus pelo dom da vida, a minha família e amigos pela compreensão nas ausências, aos professores que contribuíram para a minha formação acadêmica.**