



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL

BIANCA SANTIAGO CARMO

O TRABALHO DE ASSISTENTES SOCIAIS NO
HOSPITAL SÃO RAFAEL S.A.:
UMA ANÁLISE A PARTIR DA CATEGORIA PROCESSO DE TRABALHO

Salvador
2019

BIANCA SANTIAGO CARMO

**O TRABALHO DE ASSISTENTES SOCIAIS NO
HOSPITAL SÃO RAFAEL S.A.:
UMA ANÁLISE A PARTIR DA CATEGORIA PROCESSO DE TRABALHO**

Trabalho de conclusão de curso de graduação em Serviço Social, Instituto de Psicologia, Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção do grau de Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Prof^a. Me. Jakeline Gonçalves Bonifácia Sena.

Salvador
2019

BIANCA SANTIAGO CARMO

**O TRABALHO DE ASSISTENTES SOCIAIS NO
HOSPITAL SÃO RAFAEL S.A.:
UMA ANÁLISE A PARTIR DA CATEGORIA PROCESSO DE TRABALHO**

Trabalho de conclusão de curso apresentado como requisito para obtenção do grau de Bacharel em Serviço Social, Instituto de Psicologia, Universidade Federal da Bahia.

Aprovado em ____ de _____ de 2019

Banca Examinadora

Jakeline Gonçalves Bonifácio Sena – Orientadora

Mestra em Serviço Social pela Universidade Federal do Rio de Janeiro
Universidade Federal da Bahia

Ana Cláudia Caldas Mendonça _____
Mestra em Desenvolvimento e Gestão Social pela Universidade Federal da Bahia
Universidade Federal da Bahia

Cristiana Mercuri de Almeida Bastos _____
Doutora em Ciências Sociais pela Universidade Federal da Bahia
Universidade Federal da Bahia

AGRADECIMENTOS

Chegou a hora de olhar para trás, reconhecer o que foi conquistado até aqui e ser grata a todos/as que contribuíram, direta e indiretamente, para a concretização desse momento. Nenhum caminho se percorre sozinho. Por isso, desculpem se aqui eu me estender, mas a minha caminhada foi construída por muitas pessoas e, nesse momento, não posso deixar de demonstrar a minha gratidão.

Indispensavelmente eu começo agradecendo ao meu Deus, pois todo o resto não existiria sem o cuidado d'Ele com a minha vida. Ao longo desses anos, em meio a tantos momentos de confusão, desespero e abalo o Senhor foi a minha fortaleza e o meu sustento. Obrigada pelo discernimento que Teu Santo Espírito me concedeu nessa vivência na Universidade e, principalmente, pela Tua misericórdia em minha vida. Sentir, em cada escolha, cada conquista e em cada passo dado o Teu cuidado.

Aos meus pais, primeiramente, agradeço pela vida e por se dedicarem cotidianamente para me oferecer da melhor forma a possibilidade de estudar e concluir mais uma etapa. Mas obrigada, principalmente, por serem meus intercessores aqui na Terra, por cuidar de mim por meio de cada prece que elevam a Deus; e por todo cuidado, amor, preocupação e apoio ao longo desse percurso. Mãe, à senhora dedico esse humilde trabalho, como forma de gratidão por toda sua doação.

Aos meus avós, meu eterno carinho e gratidão pelo cuidado, preocupação e aconchego de sempre.

A minha irmã, Amanda Santiago, por ser uma grande amiga, por me entender tão bem e nos momentos certos me ofertar palavras que revigoraram a minha alma. Amo-te muito!

A toda minha família, de modo especial as minhas tias, por sempre acreditarem em mim e por todo apoio, desde o princípio, para que eu pudesse me dedicar aos estudos da melhor forma.

Aos meus tios, Núbia e Raimundo, meu muito obrigada pelo acolhimento. Muito mais que uma casa, vocês me deram um lugar aconchegante para conviver ao longo desses anos da vida acadêmica. Além disso, o amor, o cuidado, e o carinho diário foram suportes fundamentais para caminhar com leveza. A minha eterna gratidão por tudo que fizeram por mim nesse percurso.

Aos meus primos, Lucas e Camilly, obrigada pela companhia diária, por fazerem com que eu me sentisse tão bem no espaço de vocês. A Milly, minha gratidão pelas conversas, pela amizade e pelas trocas e desabafos das particularidades da vida de estudante. A Luquinhas, meu eterno “Bê”, obrigada pela sua sensibilidade e por trazer alegria ao meu coração diariamente.

A querida Marijane, agradeço pelo cuidado, pela paciência, pela preocupação e por nos momentos de maiores inseguranças me fazer acreditar em mim mesma.

Ao meu noivo, amor, companheiro e amigo, Luiz Henrique, obrigada pela paciência ao longo de todos esses anos, por demonstrar o seu amor na compreensão das minhas escolhas. Você foi indispensável nesse processo, me ofereceu colo nos momentos mais difíceis. Me fez acreditar em mim e me mostrou lugares e possibilidades que os meus olhos não conseguiam enxergar. Você fez a caminhada ser muito mais leve!

Aos colegas e as colegas de turma, agradeço por dividirem comigo os aprendizados, as angústias e alegrias dessa caminhada.

A Jessyca Lorena meu muito obrigada pelo laço de amizade que criamos nesse percurso, por estar lado a lado nessa fase comigo. Apesar das nossas tantas diferenças, foram as nossas semelhanças que nos uniram e nos fortaleceram nessa caminhada tão cheia de dificuldades e confrontos pessoais. Você foi a resposta de uma oração a Deus no início do curso, foi o cuidado d'Ele comigo nessa etapa. “É melhor ter companhia do que estar sozinho, porque maior é a recompensa do trabalho de duas pessoas. Se um cair, o amigo pode ajudá-lo a levantar-se. Mas pobre do homem que cai e não tem quem o ajude a levantar-se!” (Eclesiastes, 4: 9-12).

As docentes do curso de Serviço Social minha gratidão pelos ensinamentos e pelos laços construídos.

A todos os servidores e servidoras da UFBA, agradeço pelo trabalho coletivo que desempenham para proporcionar que este seja um espaço rico para construir conhecimento.

As assistentes sociais do HSR minha gratidão pela participação nesse estudo e, também, pela contribuição na minha formação ao longo do estágio; e minha admiração pelas profissionais que são.

A Cristiana Mercuri, meu muito obrigada pela oportunidade de participar do grupo de pesquisa Serviço Social, Saúde, Conhecimento e Trabalho, através da minha inserção na iniciação científica, espaço que me proporcionou um grande amadurecimento teórico e que contribuiu diretamente para a escolha do objeto de estudo desse trabalho.

A Geyse, minha orientadora do TCC I, minha admiração pela pessoa que és. Obrigada por toda contribuição nesse processo de TCC e, principalmente, pela amizade e paciência.

A Jakeline Bonifácio, orientadora desse estudo, obrigada pela paciência e por todo cuidado ofertado na construção desse trabalho. A sua orientação ultrapassou a dimensão técnica do papel de orientadora, buscou conhecer-me melhor, para assim conduzir com leveza essa fase da minha formação, contribuindo para a minha autoconfiança e equilíbrio emocional nesse processo muitas vezes sofrido.

A Ana Cláudia Mendonça, minha gratidão por aceitar meu convite em participar da banca examinadora desse trabalho.

Aos amigos e amigas e a minha querida sogra, obrigada por estarem sempre por perto. O incentivo, as palavras de carinho e as boas risadas me ajudaram muito nessa caminhada.

A Andréa, profissional que me acompanha há 4 (quatro) anos, obrigada por, através do seu conhecimento, ser instrumento que me ajudou a olhar para dentro de mim e, assim, conseguir avançar emocionalmente na perspectiva de desbravar lugares inimagináveis.

Enfim, minha gratidão por todos que estavam e estão ao meu lado nessa caminhada. Tudo foi construído com a ajuda e o apoio de todos vocês.

Não vês que somos viajantes?
E tu me perguntas:
Que é viajar?
Eu respondo com uma palavra: é
avançar!
Experimentais isto em ti
Que nunca te satisfaças com aquilo
és
Para que sejas um dia aquilo que
ainda não és.
Avança sempre! Não fique parado
no caminho

Santo Agostinho

CARMO, Bianca Santiago. O Trabalho de Assistentes Sociais no Hospital São Rafael S.A: uma análise a partir da categoria processos de trabalho. Trabalho de conclusão de curso de graduação em Serviço Social - Instituto de Psicologia, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2019.

RESUMO

O presente trabalho apresenta uma análise sobre o trabalho de assistentes sociais no Hospital São Rafael S.A a partir da categoria de análise processos de trabalho, a qual engloba a compreensão sobre o objeto de trabalho profissional, os instrumentos e meios profissionais e as atividades realizadas pelas profissionais. Desse modo, através dos objetivos traçados a investigação buscou-se compreender de que modo o novo modelo de gestão instituído na instituição desde 2018 tem trazido repercussões para a organização do trabalho das assistentes sociais. Para alcançar os resultados desejados, foram realizadas pesquisas bibliográficas, análise documental e entrevistas com as assistentes sociais, a fim de melhor compreender a particularidade da organização do trabalho na instituição investigada. O conhecimento sobre o trabalho profissional em um espaço particular é uma possibilidade para refletir sobre os desafios, limites e possibilidades da atuação do assistente social em meio a sua condição de trabalhador assalariado. Nesse sentido, os resultados alcançados indicam que a mudança de uma gestão filantrópica para uma gestão com finalidade lucrativa, no contexto do Hospital São Rafael, ocasionou em uma mudança na organização do trabalho das assistentes sociais que se vinculam a instituição, resultando em uma redução de aproximadamente 75% do quadro de profissionais e consequentemente, em uma alteração na rotina de trabalho das profissionais, as quais tiveram sua atuação restringida a atividades imediatas, majoritariamente no âmbito do atendimento por demanda espontânea.

Palavras-chaves: Trabalho do Assistente Social. Processos de Trabalho. Modelo de gestão.

CARMO, Bianca Santiago. The Work of Social Workers at São Rafael S.A Hospital: an analysis from the work processes category. Final work of undergraduate course in Social Work - Institute of Psychology, Federal University of Bahia, Salvador, 2019.

ABSTRACT

This paper presents an analysis of the work of social workers at Hospital São Rafael SA from the work process analysis category, which encompasses the understanding of the object of professional work, the instruments and professional means and the activities performed by professionals. Thus, through the objectives set out the investigation sought to understand how the new management model instituted in the institution since 2018 has had repercussions for the work organization of social workers. To achieve the desired results, bibliographical research, document analysis and interviews with the social workers were performed in order to better understand the particularity of the work organization in the institution under investigation. Knowledge about professional work in a particular space is a possibility to reflect on the challenges, limits and possibilities of the social worker's performance in the midst of his salaried worker status. In this sense, the results achieved indicate that the change from a philanthropic management to a profit-oriented one, in the context of São Rafael Hospital, led to a change in the work organization of social workers who are linked to the institution, resulting in a reduction of approximately 75% of the workforce and, consequently, a change in the work routine of professionals, whose activities were restricted to immediate activities, mostly in the context of spontaneous demand care.

Keywords: Social Worker Work. Work processes. Management model.

LISTA DE SIGLAS

CAP's - Caixa de Aposentadorias e Pensões
CF- Constituição Federal
CFESS - Conselho Federal de Serviço Social
CIHDOTT - Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante
CLT - Consolidação das Leis Trabalhistas
CRAS – Centro de Referência em Assistência Social
HSR- Hospital São Rafael
IAP's- Institutos de Aposentadorias e Pensões
MRSB – Movimento da Reforma Sanitária Brasileira.
NOB – Norma Operacional Básica
RSB – Reforma Sanitária Brasileira
SUS- Sistema Único de Saúde
TFD-Transporte Fora do Domicílio
UFBA- Universidade Federal da Bahia

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	11
2. O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NO CONTEXTO DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL.....	14
2.1. O ASSISTENTE SOCIAL INSERIDO EM PROCESSOS DE TRABALHO: UMA ANÁLISE A PARTIR DAS DETERMINAÇÕES SOCIAIS E INSTITUCIONAIS PARA A PROFISSÃO.....	14
2.2. A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL ENQUANTO CAMPO DE DISPUTA.....	20
2.3. AS PARTICULARIDADES DOS PROCESSOS DE TRABALHO QUE INSCREVEM OS ASSISTENTES SOCIAIS NA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL.....	30
3. PARTICULARIDADES DOS PROCESSOS DE TRABALHO NOS QUAIS ESTÃO INSERIDAS AS ASSISTENTES SOCIAIS DO HOSPITAL SÃO RAFAEL S.A.....	36
3.1. HOSPITAL: UM ESPAÇO SOCIOCUPACIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL.....	36
3.2. O HOSPITAL SÃO RAFAEL: DO MONTE TABOR A REDE D'OR	41
3.3. A ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO DE ASSISTENTES SOCIAIS NO HOSPITAL SÃO RAFAEL S.A. E O SIGNIFICADO SOCIAL DA PROFISSÃO NESSE ESPAÇO OCUPACIONAL.....	52
3.4. AS IMPLICAÇÕES DA NOVA GESTÃO DO HOSPITAL SÃO RAFAEL – REDE D'OR PARA A ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO DAS ASSISTENTES SOCIAIS.....	65
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	72
REFERÊNCIAS.....	75
APÊNDICE A – Roteiro de Entrevista.....	79

1. INTRODUÇÃO

Neste trabalho pretende-se traçar uma discussão acerca do trabalho profissional do assistente social a partir de um espaço ocupacional específico. Assim, foi assumido como objeto de estudo o trabalho de assistentes sociais no Hospital São Rafael S.A, tendo como principal objetivo analisar as implicações do novo modelo de gestão instituído no referido hospital desde 2018 para a organização do trabalho das assistentes sociais que a ele se vinculam. Aqui assumimos a compreensão que a atividade do assistente social se caracteriza como trabalho e, portanto, está inserido em processos de trabalho diversos que dão particularidades a atuação desses profissionais. Desse modo, nessa discussão torna-se indispensável realizar as mediações necessárias entre os diversos determinantes que se conectam ao trabalho cotidiano desses profissionais na instituição na qual ele se desenvolve.

Para tanto, por o trabalho do assistente social nesse estudo ser compreendido a partir de uma visão histórica, materialista e dialética, foi necessário relacioná-lo com todos os condicionantes sociais e institucionais que lhe dão condições concretas de ser realizado. Assim, a própria dinâmica social, a política de saúde e o hospital como espaço ocupacional do assistente social são elementos interligados e que ao serem analisados de modo articulado revelam as particularidades que o trabalho do assistente social apresenta diante de outras realidades possíveis.

A escolha do objeto de estudo se deu, inicialmente, através do Componente Curricular de Estágio I, II e III em Serviço Social, no período compreendido entre maio de 2018 a junho de 2019, da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Ao longo dos três períodos de desenvolvimento do estágio, após ser inserida no cotidiano das atividades desenvolvidas pelas assistentes sociais do Hospital São Rafael, foi possível identificar que a partir do segundo semestre do ano de 2018 o hospital passou a sofrer uma série de mudanças referente ao seu modelo de gestão e ao seu quadro de pessoal. E sendo o Serviço Social parte da instituição, também, teve sua organização alterada. Esse processo levantou grandes reflexões acerca do trabalho profissional do assistente social, colocando como questão para ser refletida as implicações que um novo modelo de gestão pode trazer para o desenvolvimento das atividades e serviços prestados pelos assistentes sociais.

Paralelo a isso, a participação em iniciação científica pelo programa PIBIC voltada para a área do trabalho de assistentes sociais na saúde, possibilitou uma compreensão teórica metodológica, a partir da visão de Iamamoto (2000, 2012, 2014), sobre a análise do trabalho profissional de modo que impulsionou a necessidade de se aprofundar em estudos referentes

ao universo do trabalho profissional, encontrando assim, no campo de estágio, o objeto que possibilitaria analisar uma realidade empírica a partir do que a teoria já havia vindo revelando.

Assim, as questões que foram suscitadas ao longo dessas duas experiências acadêmicas e que balizaram toda investigação do trabalho desenvolvido foram: De que modo está organizado o trabalho das assistentes sociais no HSR a luz do novo modelo de gestão? Quais as principais características do atual modelo de gestão do HSR e o que lhe diferencia do modelo anterior? Quais as implicações que esse novo modelo trouxe para a organização do trabalho profissional e de que modo essas profissionais compreendem o contexto no qual estão inseridas?

Para responder essas problemáticas a metodologia utilizada, inicialmente, foi a revisão bibliográfica sobre o tema que se pretendeu pesquisar, bem como o estudo aprofundado sobre as principais categorias que abarcam o trabalho profissional de assistentes sociais em seus diversos espaços sociocupacionais. Além disso, também foram realizadas pesquisas sobre temáticas que envolvem o trabalho do assistente social no espaço que aqui foi investigado: a história da política de saúde no Brasil, a implementação do modelo neoliberal no Brasil e as ações do capital e do Estado na política de saúde; e a abertura do capital estrangeiro no campo da saúde no Brasil.

A pesquisa de cunho qualitativo, classificada na modalidade de estudo de caso, além da revisão bibliográfica contou com a técnica da entrevista semiestruturada e a análise documental de relatório de atividades anuais desenvolvidas pelas assistentes sociais referente ao ano de 2017 (período anterior ao novo modelo de gestão) e o relatório de estágio¹ resultante da observação participante durante o Estágio Supervisionado em Serviço Social I.

O trabalho está organizado em dois capítulos:

No primeiro, tratamos sobre a inserção do assistente social na saúde. Inicialmente fazemos uma discussão de modo mais amplo sobre o trabalho do assistente social e as principais categorias sociais que o explicam, bem como o seu significado social na sociedade vigente. Em seguida trazemos a história da política de saúde no Brasil como um campo de disputa para a atuação de projetos com finalidades divergentes, para, assim, compreender as particularidades dos processos de trabalho que inscrevem os assistentes sociais e os requisitam nessa política de social, tenho em vista que o trabalho aqui estudado se desenvolve em uma unidade hospitalar privada, marcada por especificidades e determinada pelos desdobramentos políticos e sociais da política referida.

¹ Este relatório foi utilizado apenas no capítulo II, tópico 2.2, especificamente, na parte que retrata sobre a história do Hospital São Rafael quando este ainda estava sob gerência do Monte Tabor.

No segundo, após entender de forma macro as determinações políticas e sociais que incidem sobre trabalho do assistente social, nos propomos a conhecer as particularidades dos processos de trabalho nos quais se inserem os assistentes sociais no HSR, começando pelas especificidades do hospital como um espaço ocupacional do assistente social, bem como as características que dão dimensões específicas para a organização do trabalho coletivo em saúde e, portanto, os dos profissionais do Serviço Social. Em seguida fizemos uma caracterização histórica da instituição na qual o trabalho se desenvolve, para assim melhor compreender as mudanças operadas ao longo dos anos e as principais repercussões que aquelas trouxeram para a organização do trabalho do assistente social.

Vale indicar, como limites desse estudo, que tendo em vista o pouco tempo que o hospital São Rafael Monte Tabor foi vendido para a Rede D'OR, são insuficientes as informações desse fenômeno.

Contudo, a pretensão maior aqui é que a discussão traçada sirva para desvelar os processos mais amplos que caracterizam, moldam, determinam e desafiam cotidianamente o trabalho profissional do assistente social no espaço onde ele se desenvolve. O desenvolvimento de pesquisas no campo do trabalho profissional contribui para ampliar a compreensão acerca de uma atuação particular, a partir do “sentido social da operação e a significância da área no conjunto da problemática social” (NETTO, 1996, p.126). Além disso, enriquece o debate teórico acerca da necessidade de consolidar uma formação de assistentes sociais com capacidade teórico-crítica, capazes de “identificar a significação, os limites e as alternativas da ação” (NETTO, 1996, p.126) desenvolvida, independente do espaço onde se desenvolva o trabalho.

2. O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NO CONTEXTO DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL

Para dar início à temática proposta e buscar atender os objetos traçados, a discussão desse capítulo se propõe a compreender o exercício profissional do assistente social a partir das categorias trabalho e processo de trabalho, assumindo, assim, a perspectiva analítica de que o trabalho do assistente social só pode ser analisado e entendido na medida em que este é situado nas relações sociais nas quais está inserido. A compreensão sobre os diversos processos de trabalho nos quais se inscrevem os assistentes sociais nos leva a entender que antes mesmo de analisar o trabalho – a atividade em si, desenvolvida em sua qualidade/utilidade - é preciso compreender o âmbito das relações de trabalho abstrato e os processos de trabalho em dimensões macros que determinam, particularizam e dão significado ao trabalho do assistente social na instituição a qual ele se vincula. Noutros termos, é preciso percorrer o caminho de conhecer a história e os desdobramentos da política de saúde no Brasil juntamente com os modelos hegemônicos responsáveis pela intervenção nessa área; e, portanto, entender a inserção do trabalho do assistente social nessa política social, uma vez que nesse estudo o trabalho desses profissionais está inserido em uma unidade hospitalar, parte das instituições responsáveis pela prestação de serviços de saúde.

2.1 O ASSISTENTE SOCIAL INSERIDO EM PROCESSOS DE TRABALHO: UMA ANÁLISE A PARTIR DAS DETERMINAÇÕES SOCIAIS E INSTITUCIONAIS PARA A PROFISSÃO²

O Serviço Social, na perspectiva teórica adotada³, é compreendido a partir de uma visão histórica e materialista, o que supõe, segundo Iamamoto (2014), que o trabalho do assistente social só pode ser entendido ao ser situado na dinâmica sócio-histórica tanto em seus traços conjunturais como estruturais. Destarte, ao compreender que na sociedade vigente “o Capital é a relação social determinante que dá a dinâmica e a inteligibilidade de todo o processo da vida social” (IAMAMOTO; CARVALHO, 2014, p. 37), o serviço social

² Texto em versão revisada do relatório anual PIBIC 2018/2019 do projeto de pesquisa “Trabalho de Assistentes Sociais nos Hospitais de Ensino da Universidade Federal da Bahia no Contexto de Implantação da EBSERH: o caso do Complexo Hospitalar Universitário Professor Edgard Santos”, sob orientação da docente Cristiana Mercuri de Almeida Bastos.

³ IAMAMOTO, M; CARVALHO, R.de. **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil: esboços de uma interpretação teórico-metodológica**, 41 ed. São Paulo: Cortez, 2014.

encontra-se mergulhado nas contradições que permeiam o modo de produção capitalista. “As condições que peculiarizam o exercício profissional são uma concretização da dinâmica das relações sociais vigentes na sociedade, em determinadas conjunturas históricas” (IAMAMOTO; CARVALHO, 2014, p. 81). É nessa relação social que está inserido o Serviço Social, como uma expressão das necessidades históricas, mais precisamente uma necessidade da sociedade capitalista. Tal profissão se afirma como uma especialização do trabalho coletivo inscrito na divisão sócio técnica do trabalho. Considerando que

[...] o desenvolvimento das forças produtivas e as relações sociais engendradas nesse processo determinam novas necessidades sociais e novos impasses que passam a exigir profissionais especialmente qualificados para o seu atendimento, segundo os parâmetros de “racionalidade” e “eficiência” inerentes à sociedade capitalista. (IAMAMOTO; CARVALHO, 2014, p. 83, grifo das autoras).

Os assistentes sociais são profissionais chamados a intervir nas expressões da questão social, a qual segundo a concepção de Iamamoto e Carvalho configura-se como “[...] expressões do processo de formação e desenvolvimento da classe operária e de seu ingresso no cenário político da sociedade, exigindo seu reconhecimento como classe por parte do empresariado e do Estado” (2014, p. 84). A questão social é a base de justificação da atuação profissional do assistente social. Ao compreender que a dinâmica da sociedade capitalista gera riqueza aos donos dos meios de produção, na mesma proporção que gera pobreza para a classe operária, pelo processo de apropriação do trabalho excedente, compreende-se que essa relação desigual entre as classes produz um tensionamento por parte da classe trabalhadora ao Estado e ao empresariado através de reivindicações por melhores condições de sobrevivência.

Neste sentido, o assistente social, por meio das conquistas da classe trabalhadora expressas nos direitos sociais ratificados na legislação social e trabalhista, intervém “[...] na criação de condições favorecedoras da reprodução da força de trabalho, através da mediação dos serviços sociais [...]” (IAMAMOTO; CARVALHO, 2014, p. 101).

O trabalho desses profissionais, segundo Iamamoto e Carvalho (2014, p. 101), ao mesmo tempo que atende interesses da classe trabalhadora através da viabilização de serviços sociais promovendo condições de subsistência para estes sujeitos; pela mesma atividade, atende interesses da classe burguesa, promovendo a reprodução da força de trabalho que reproduz o sistema capitalista e as suas formas de dominação.

Diante disso, analisar o trabalho do assistente social a partir da categoria processos de trabalho, proposta desse estudo, implica, em primeira ordem, compreender de que modo à

atuação desse profissional se configura como trabalho e quais as dimensões que lhe caracterizam de tal modo. De acordo com Marx (2013), existem alguns requisitos que particularizam uma atividade como sendo trabalho ou não. Para este autor, para ser trabalho a ação deve estar organizada a partir de um objeto, meios de trabalho e a própria atividade desenvolvida.

O trabalho como categoria fundante do ser social, é caracterizado como a atividade distintiva entre o homem e a natureza. “O trabalho é a atividade própria do ser humano, seja ela material, intelectual ou artística. É por meio do trabalho que o homem se afirma como um ser que dá respostas prático-conscientes aos seus carecimentos, às suas necessidades” (IAMAMOTO, 2000, p.59).

O Serviço Social, compreendido aqui como uma profissão inscrita na divisão sócio-técnica do trabalho, se configura como um tipo de trabalho especializado no âmbito do trabalho coletivo, que contribui para a “reprodução das relações de classes e do relacionamento contraditório entre elas” (IAMAMOTO; CARVALHO, 2014, p.77). Ao eleger a categoria trabalho para pensar o exercício profissional, extrapola-se a ideia de uma prática isolada do assistente social, desconectada de todos os outros elementos a sua volta. O trabalho constitui-se de elementos- objeto, instrumentos e a própria atividade - que o inscreve em um processo de trabalho que está conectado a toda dinâmica social e institucional na qual essa atividade é desenvolvida. Dessa forma, como trabalhador o assistente social está inserido em processos de trabalho comuns a qualquer outro. Portanto, constitui todos os elementos componentes do processo de trabalho defendidos por Marx: 1) a atividade adequada a um fim, isto é, o próprio trabalho; 2) a matéria a que se aplica o trabalho, o objeto de trabalho; 3) os meios de trabalho, o instrumental de trabalho (seja ele material e/ou intelectual) (MARX, 2013, p. 212).

O objeto de trabalho do assistente social, nessa perspectiva teórica, como já sinalizado, é a questão social, refratada em suas múltiplas expressões (IAMAMOTO, 2000). Os instrumentos de trabalho são as técnicas, abordagens, e tudo aquilo que se coloca entre o assistente social como meio para a intervenção nas expressões da questão social, estando entre eles o conhecimento teórico acadêmico, as bases teóricas metodológicas, as legislações, entre outros. E o trabalho é justamente as atividades desenvolvidas pelos assistentes sociais em seu espaço de trabalho, as quais possuem características específicas diante das atividades desenvolvidas por outros trabalhadores.

No entanto, vale destacar que ao ser considerado como trabalho o exercício profissional do assistente social, como ficou explícito na perspectiva teórica acima, não está

inserido apenas em um processo de trabalho, mas em diversos processos de trabalho distintos. A depender do espaço institucional de trabalho, as expressões da questão social – objeto de trabalho- podem ter particularidades muito específicas, tanto por conta da delimitação que a instituição possa fazer sobre quais expressões atuar, como pelos próprios limites instituídos pela política operacionalizada, e pelas demandas e condições de vida do público atendido. Ademais, boa parte do instrumental, dos meios e condições de trabalho é ofertada pela instituição empregadora, a qual pode variar a depender do seu modelo de gestão, sua natureza jurídica, seu status social e seus recursos financeiros.

Desse modo, pode-se dizer que ao considerar a prática do assistente social como trabalho compreende-se que este está inserido em processos que lhe dão dimensões específicas para pensar o exercício profissional, entre elas a noção de trabalho concreto e trabalho abstrato e as particularidades dos processos de trabalho que envolve a atuação profissional.

[...] não existe apenas um único processo de trabalho no Serviço Social, assim como não existe um único trabalho operário. Os diferentes processos de trabalho – o trabalho concreto e o trabalho abstrato – exigem de cada trabalhador conhecimentos, objetos de trabalho e instrumentais particulares (GRANEMANN, 2000, p.163).

Grannemann (2000) contribui para essa discussão ao identificar que a dimensão de trabalho concreto e trabalho abstrato ganham particularidades nos diversos processos de trabalho que envolve o exercício profissional do assistente social. A dimensão do trabalho concreto que configura a utilidade e especificidade do trabalho do assistente social pode ganhar características específicas a depender do espaço ocupacional e do contexto no qual ele se insere. As atividades desenvolvidas por uma assistente social de um hospital são diferentes das atividades desenvolvidas pela assistente social de um CRAS, por exemplo. Assim, como são diferentes as expressões da questão social sobre o qual essa atividade vai incidir e os instrumentais disponibilizados pela instituição e acionados pelo profissional.

O trabalho abstrato, por sua vez, o qual insere o trabalho do assistente social na relação de compra e venda dessa força de trabalho no mercado, também se estabelece de forma distinta nos diferentes espaços de atuação. Ao vender a sua força de trabalho para o empregador em troca de um salário, o assistente social, como indica Iamamoto (2012, p. 422), dar a ele “o direito de consumo dessa força de trabalho durante um período determinado de tempo, equivalente a uma jornada de trabalho, segundo parâmetros estabelecidos pelos

contratantes, consoante normas institucionais e acordos formalizados no contrato de trabalho”. Assim, um assistente social concursado, por exemplo, tem nessa relação de assalariamento tensionamentos diferentes de um assistente social contratado em uma empresa privada. Nesse sentido, a correlação de forças que se estabelece no espaço de trabalho, através do tipo de contrato, das normas institucionais, da natureza jurídica da instituição, determina de que modo esse trabalho vai se desenvolver, uma vez que é a instituição contratante a responsável por estabelecer as prioridades, o modo como as atividades vão ser operadas e os recursos que poderão ser acionados etc. (Iamamoto, 2012).

E é por tudo isso que a análise das particularidades dos espaços institucionais nos quais se inserem o assistente social torna-se elemento fundamental para a compreensão do trabalho desse profissional.

[...] O caráter e a natureza (privada ou públicas) são determinações fundamentais para a compreensão dos contornos e das potencialidades reais, das demandas e das respostas possíveis presentes no cotidiano do trabalho profissional. Decifrar a dimensão institucional faz parte do conhecimento objetivo do empregador, das relações de poder e do tipo de trabalho – produtivo e/ou improdutivo – que se solicita ao assistente social. É, portanto, indispensável ao equacionamento dos processos de trabalho no Serviço Social, posto que diferentes tipos de instituições – Estados, empresas, ONGS demanda diferentes processos de trabalho ao assistente social. (GRANEMANN, 2000, p. 165)

É nesse sentido que se torna indispensável nessa discussão a inclusão da compreensão sobre a importância da instituição no trabalho do assistente social, uma vez que é ela quem organiza os processos de trabalho nos quais se inserem esses profissionais. De acordo com Iamamoto, a instituição empregadora “[...] não é um condicionante a mais do trabalho do assistente social. Ela organiza o processo de trabalho do qual ele participa” (IAMAMOTO, 2000, p. 62-63).

Como já dito linhas acima, os instrumentos, meios e recursos necessários para a realização do trabalho do assistente social, em grande medida, estão concentrados nas instituições empregadoras. A condição de trabalho assalariado insere o assistente social em uma relação de compra e venda da sua força de trabalho, bem como “molda a sua inserção socioinstitucional na sociedade brasileira” (IAMAMOTO, 2000, p. 62). Destarte, ainda que esse profissional tenha relativa autonomia no desenvolver das atividades, a sua condição de trabalhador assalariado o subordina aos ditames do empregador. Embora ao longo da história o Serviço Social brasileiro tenha sido regulamentado como profissão liberal, dispondo de

relativa autonomia na condução do exercício profissional, sendo os estatutos legais e éticos instrumentos que dão suporte legal a autonomia desse profissional (IAMAMOTO, 2012), a sua condição de assalariamento não lhe dá todos os recursos necessários para o desenvolvimento do seu trabalho de acordo com o projeto profissional expresso no Código de Ética da categoria. E é neste sentido que Iamamoto afirma que:

Essa autonomia é tensionada pela compra e venda dessa força de trabalho especializada a diferentes empregadores: o Estado (e suas distintas esferas de poder), o empresariado, as organizações de trabalhadores e de outros segmentos organizadores da sociedade civil. O significado social do trabalho profissional do assistente social depende das relações que estabelece com os sujeitos sociais que o contratam, os quais personificam funções diferenciadas na sociedade [...] Os empregadores determinam as necessidades sociais que o trabalho do assistente social deve responder; delimitam a matéria sobre a qual incide esse trabalho; interferem nas condições em que se operam os atendimentos assim como os seus efeitos na reprodução das relações sociais (IAMAMOTO, 2012, p.215).

De acordo com a autora, para analisar o Serviço Social, como parte da divisão social do trabalho inscrita em processos de trabalho específicos é necessário ultrapassar a dimensão do trabalho útil, o qual tem características específicas; e pensar em uma “divisão que supõe relações capitalistas de propriedade” (IAMAMOTO, 2012, p. 216), onde uns possuem os meios de produção e outros não, sendo estes últimos “obrigados” a vender a sua força de trabalho por um salário. Nessa perspectiva, sendo o Serviço Social um tipo de trabalho que atende necessidades sociais, este se insere no âmbito da troca, da força de trabalho específica por um equivalente geral (o salário), o qual se dá por meio do tempo socialmente necessário à produção de seu produto (no caso do assistente social, a produção e reprodução da classe trabalhadora através da viabilização dos serviços sociais).

O assistente social, ao ingressar no mercado de trabalho – condição para que possa exercer a sua profissão como trabalhador assalariado-vende a sua força de trabalho: uma mercadoria que tem um valor de uso, porque responde a uma necessidade social e um valor de troca expresso no salário. O dinheiro que ele recebe expressa a equivalência do valor de sua força de trabalho com todas as outras mercadorias necessárias à sua sobrevivência material e espiritual, que podem ser adquiridas no mercado de trabalho até o limite quantitativo de seu equivalente – o salário ou proventos -, que corresponde a um trabalho complexo que requer formação universitária [...] Nesse processo de compra e venda de sua força de trabalho especializada, o assistente social entrega ao seu empregador o valor de uso específico de sua força de trabalho qualificada. (IAMAMOTO, 2012, p. 217-18).

O valor de uso do trabalho do assistente social se expressa pelas especificidades das atividades que este profissional desenvolve através da orientação de conhecimentos e princípios éticos. Além disso, o trabalho concreto do assistente social está relacionado à demanda social de uma profissão que “intervém [...] na criação de condições favorecedoras da reprodução da força de trabalho, através da mediação dos serviços sociais [...]” (IAMAMOTO, 2014, p.101). Desse modo, a saúde enquanto política pública e direito social se configura historicamente como um campo de atuação do profissional de serviço social, nessa política o assistente social efetiva sua atuação nas expressões da questão social que se apresenta nas condições de vida e saúde da população, bem como nas formas de acesso que são oferecidas pela própria formatação da política de saúde no contexto nacional.

Para Iamamoto (2000) as políticas sociais, entre elas a de saúde, são respostas privilegiadas a questão social, sendo um dos elementos necessários para a efetivação do trabalho profissional. Desse modo, nesse estudo, compreender a política de saúde em termos de formação histórica, tensões e disputas estabelecidas na dinâmica da relação social, e a forma como ele está configura atualmente no cenário nacional, é parte fundamental para em seguida entender a inserção do assistente social nesse campo e, posteriormente em uma instituição específica da rede de assistência à saúde.

2.2 A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL ENQUANTO CAMPO DE DISPUTA

A discussão neste tópico fará uma breve retrospectiva histórica sobre o desenvolvimento da política de saúde no contexto nacional. A ideia central é compreender a formação e as particularidades dos dois projetos – privatistas e o da saúde pública - que convivem no campo da saúde historicamente no Brasil. Contudo, se dará uma ênfase maior a partir do contexto da Ditadura Militar, período que marca de forma incisiva a presença e predominância da saúde privada em detrimento da saúde pública. A intenção de resgatar alguns acontecimentos e fazer algumas análises da política de saúde nesse contexto é para compreender o trabalho do assistente social que, tem também, nesse campo um espaço socio ocupacional e, nesta monografia, de modo particular, será analisado em um hospital privado, parte da rede suplementar de saúde da cidade de Salvador.

Ao longo dos diferentes governos e períodos históricos a política de saúde brasileira foi ganhando forma e configurando-se em consonância com as conjunturas políticas e econômicas do país. Se formos fazer uma análise dessa política a partir do início do século

XX vamos entender que até os anos de 1920 pouco havia ação estatal no campo da saúde. Nesse período a medicina alcançava poucas pessoas da sociedade. Os pobres eram atendidos pelos curandeiros e pelas Santas Casas de Misericórdia que foram instaladas em alguns estados do Brasil. Os problemas de saúde nessa época estavam muito relacionados a epidemias de doenças contagiosas, assim, as maiores intervenções eram feitas no âmbito da saúde sanitária, nos grandes centros e com interesses econômicos. O acesso à saúde em seu aspecto curativo e assistencialista era muito escasso para as populações mais carentes. Segundo Bravo (2008), até o século XX a “prática médica era pautada na filantropia e na prática liberal” (p. 89), a primeira, em grande medida destinada aos pobres, e a segunda, aos que tinham condições de pagar pelos serviços prestados.

Bravo (2008) identifica que a saúde só passa a ser reconhecida como “questão social”, ou seja, como expressão do momento histórico, político e econômico que atingia as condições de vida da população devido aos novos fenômenos que emergiam, como o processo de urbanização e industrialização no país, a partir do século XX. Junto com a emergência do trabalho assalariado surgem também as reivindicações por parte dos operários por melhores condições de saúde. Em resposta a esse movimento, a partir de 1920 algumas importantes iniciativas foram surgindo por parte do Estado, as Caixas de Aposentadoria e Pensões marcam a primeira ação estatal de maior visibilidade nessa área. “Além das aposentadorias e pensões, os fundos proviam os serviços funerários, médicos, conforme explicitado no artigo 9º da Lei Eloy Chaves” (POLIGNANO, 2001, p. 08). Contudo, vale destacar que nesse período, a assistência à saúde ficou restrita àqueles que estavam regulamentados no mercado de trabalho formal, “Numa concepção de cidadania regulada, restrita ao mundo do trabalho formal, os desempregados, subempregados e trabalhadores rurais estavam à margem das ações de assistência à saúde do Estado” (ESCOREL; TEIXEIRA, 2008 apud POLIGNANO, 2001)

Por conseguinte, nos anos de trinta as CAP's foram substituídas pelos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAP's), os quais eram organizados por categoria profissionais e não por empresas como acontecia no período anterior. Nessa direção, começa a crescer a assistência médica, especialmente, através da compra de serviços do setor privado. Quanto maior a categoria, melhor era a assistência médica. Nessa época passou a surgir, também, as empresas médicas, as quais tinham uma abordagem a partir da medicina previdenciária. Foi, portanto, nesse período, que o setor privado de saúde ganhou subsídios para se desenvolver.

É a partir principalmente da segunda metade da década de 50, com o maior desenvolvimento industrial, com a consequente aceleração da urbanização, e o assalariamento de parcelas crescente da população, que ocorre maior

pressão pela assistência médica via institutos, e viabiliza-se o crescimento de um complexo médico hospitalar para prestar atendimento aos previdenciários, em que se privilegiam abertamente a contratação de serviços de terceiros (POLIGNANO, 2001, p. 11).

Nessa direção, desenvolve-se “o aparecimento de um setor capitalista produtor de material e equipamentos médicos” (VIANNA, 2002, p.379), possibilitando a acumulação de capital em grandes empresas na área de produção de medicamentos e de equipamentos médicos. Isso resulta também em mudanças na prática médica, estando essa mais voltada para uma abordagem curativa, individual e mais especializada.

O setor prestador de serviços médicos também se adaptou rapidamente aos novos tempos. Novas práticas e especialidades foram abertas. Uma “boa medicina” já não mais podia ser exercida sem o auxílio de equipamentos de última geração e da solicitação de uma grande quantidade de exames complementares. A saúde tornou-se uma mercadoria para ser vendida e comprada, normalmente a um custo elevado (VIANNA, 2002, p.379).

Entretanto, apesar da prevalência do setor privado, Bravo (2008) sinaliza que a política da saúde era organizada em dois subsetores: o de saúde pública e o de medicina previdenciária. O primeiro atuava no âmbito da criação de condições sanitárias, voltada para a prevenção; e o segundo pautava-se em práticas mais curativas e individuais, atuando, principalmente, na assistência médica e farmacêutica aos trabalhadores contribuintes e beneficiários da previdência. Esse último passou a ganhar ainda mais predominância no cenário nacional a partir de 1966 (BRAVO, 2008, p. 91). A partir dos anos 1960, com a entrada do governo Militar no País, os IAP's tiveram como objetivo garantir para todos os trabalhadores urbanos formais e seus dependentes os benefícios da previdência social. Assim, os IAP's, até então divididos por categorias, em 1960 foram unificados através da promulgação da lei 3.807, denominada Lei Orgânica da Previdência Social, tornando-se um único sistema para todos os trabalhadores, exceto “os trabalhadores rurais, os empregados domésticos e naturalmente os servidores públicos e de autarquias e que tivessem regimes próprios de previdência” (POLIGNANO, 2001, p. 12). Contudo, essa unificação só entra em vigor de fato em 1967 com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS).

Ao unificar o sistema previdenciário, o governo militar se viu na obrigação de incorporar os benefícios já instituídos fora das aposentadorias e pensões. Um deles era o da assistência médica, que já era oferecido por vários IAP,

sendo que alguns desses já possuíam serviços e hospitais próprios. (POLIGNANO, 2001, p. 15)

Naquele momento duas coisas aconteciam na previdência social, aumentava-se o número de contribuintes, o que possibilitou uma grande capitalização de recursos financeiros por parte do Estado; e a segunda, era o aumento consequente de beneficiários dos serviços ofertados pela vinculação a previdência. Desse modo, o governo deveria escolher para onde alocar os recursos arrecadados e, no final das contas, fez a escolha política de ampliar o sistema através da alocação de recursos “para a iniciativa privada, com o objetivo de cooptar o apoio de setores importantes e influentes dentro da sociedade e da economia” (POLIGNANO, 2001, p. 15).

Desta forma, foram estabelecidos convênios e contratos com a maioria dos médicos e hospitais existentes no país, pagando-se pelos serviços produzidos, o que proporcionou a estes grupos se capitalizarem, provocando um efeito cascata com o aumento no consumo de medicamentos e equipamentos médico-hospitalares, formando um complexo sistema médico-industrial (POLIGNANO, 2001, p.15)

Por conseguinte, no final da década e 1970 foi criado o Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS), o qual possibilitou o crescimento e desenvolvimento do sistema privado de saúde no Brasil. Através desse fundo, os hospitais privados foram beneficiados com empréstimos, o que possibilitou uma ampliação dessas instituições no país, chegando a um crescimento de aproximadamente “500% no número de leitos hospitalares privados no período 69/84, de tal forma que subiram de 74.543 em 69 para 348.255 em 84” (POLIGNANO, 2001, p.15).

Apesar de nesse período ter se criado a lei nº 200 (1967), a qual estabelece as competências do Ministério da Saúde, o que de fato acontece é que a medicina curativa, de responsabilidade do Ministério da Previdência, prevalece sobre a saúde pública de responsabilidade do ministério da saúde. Desse modo, evidencia-se um fortalecimento e desenvolvimento do sistema privado de saúde no Brasil, inclusive com contribuições do Estado por parte das decisões políticas. Polignano (2001) denuncia, nesse sentido, que nessa época houve pouco investimento por parte do Estado no Ministério da Saúde, fazendo assim, com as ações no campo da saúde pública fossem poucos significativas.

Mais adiante, na década de setenta para a década de oitenta, com o declínio do governo militar, diversos movimentos organizados da sociedade civil se organizam em prol de

questões de grande relevância naquele momento de redemocratização do país. Nesse período, o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira atuou na luta por melhores condições de vida e saúde da população, através de um projeto que visava um novo modelo de sociedade, como também um sistema de saúde unificado e universal. Essas mobilizações também aconteceram por ocasião da 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) que estava para acontecer em 1986, a qual sintetizou os princípios da RSB e criou base para a construção do Sistema Único de Saúde.

Contudo, vale lembrar, que o processo de construção da nova Constituição Federal em 1988 foi marcado por fortes disputas dos diversos setores da sociedade civil. E no campo da saúde isso não ocorreu de forma diferente. De acordo com Bravo (2008), nesse período, a saúde deixa de ser uma questão técnica e corporativa e passa a ser uma questão política e social, tornando-se interesse dos diversos segmentos da sociedade. Segundo Bravo,

A Assembleia Constituinte, com relação à Saúde, transformou-se numa arena política em que os interesses se organizaram em dois blocos polares: os grupos empresariais, sob a liderança da Federação Brasileira de Hospitais (setor privado) e da Assembleia de Indústria Farmacêutica (Multinacionais), e as forças propugnadoras da Reforma Sanitária [...] (BRAVO, 2008, p. 97).

Nesse contexto, algumas importantes conquistas foram galgadas pelo MRSB. Em 1988, com a promulgação da Constituição Federal, a saúde passa a ser instituída como dever do Estado e direito de todo cidadão brasileiro a qual também amplia o conceito de saúde levando em consideração os determinantes sociais como elementos essenciais para a promoção, proteção e recuperação da saúde⁴. Além disso, a CF/88 regulamentou um sistema único para todo território nacional, o qual é organizado, regionalizado e hierarquizado. O SUS surge com o papel de corrigir as históricas injustiças sociais acumuladas secularmente no campo da saúde, resgatando o compromisso do Estado para com o bem-estar social, através de um modelo voltado as necessidades da população. Por conseguinte, em 1990, o SUS foi regulamentado através da lei 8080, a qual define o modelo operacional do SUS, propondo sua forma de organização e de funcionamento. Além disso, também em 1990, é instituída a lei nº 8141, a qual tem como finalidade a institucionalização da participação social na política e gestão de saúde e o regulamento financeiro.

⁴ BRASIL. **Constituição (1988). Constituição** da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado **Federal**: Centro Gráfico, 1988.

Contudo, apesar dos avanços de 1988 em relação ao período anterior no campo da Saúde, a materialização do SUS não acontece em sua integralidade, encontrado diversos entraves, como o modelo neoliberal que se instala no Brasil a partir dos governos de Fernando Collor de Mello e Fernando Henrique Cardoso, respectivamente, na década de 1990. “O setor médico privado que se beneficiou do modelo médico-privatista durante quinze anos a partir de 64, tendo recebido neste período vultosos recursos do setor público e financiamentos subsidiados, cresceu, desenvolveu e “engordou” (POLIGNANO, 2001, p. 21). E desse modo, com a ajuda do ideário neoliberal que adentrava o governo brasileiro, o setor privado da saúde teve forças suficientes para paralisar a concretização do SUS de forma integral e ganhar mais espaço no cenário brasileiro.

Nessa perspectiva, um importante fato que deve ser mencionado nesse contexto é a possibilidade que a Constituição Federal dar em seu Artigo 199 § 1º à participação da iniciativa privada no sistema de saúde nacional. “A assistência à saúde de forma livre à iniciativa privada” e a participação das instituições privadas de forma complementar ao sistema único de saúde, tendo preferência às entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos (BRASIL, 1988). Apesar de a Lei dar preferência para entidades sem fins lucrativos, esta é uma “brecha” importante para a permanência de o modelo privatista continuar em disputa com a saúde pública e universal idealizada pelo MRSB e iniciada na institucionalização do SUS.

A partir da década de noventa, o Estado passa a atuar de forma mínima nas políticas sociais. Neste período o governo começa a editar as chamadas NOB (já mencionadas acima) com o objetivo de regular a transferências de recursos financeiros da união para o Estado e Municípios, como também o planejamento das ações em saúde e os mecanismos de controle social, dentre outros. Foi nesse período, com muita dificuldade, ressalta Polignano (2001), que foram formuladas as Normas Operacionais Básicas do SUS. O privilegiamento pela privatização e diminuição do Estado para a área social afetou diretamente a consolidação do Sistema Único de Saúde instituído na CF/88.

Outras medidas foram tomadas nessa mesma direção. Em 1998 foi sancionada a lei nº 9656/98, a qual dispõe sobre a regulamentação dos planos de saúde. De acordo com Polignano (2001) “Se por um lado houve uma limitação, [através dessa medida], nos abusos cometidos pelas empresas, por outro a regulamentação oficializa o universalismo excludente, na medida em que cria quatro modelos diferenciados de cobertura de serviços” (2009, p.32). Os modelos criados variam suas mensalidades de acordo com os serviços prestados. Sendo os mais baratos com menor cobertura. Dessa forma, a saúde passa a ser configurada, pela lógica

do mercado, podendo acessar que tem condições para pagar pelos serviços; ou seja, um sistema totalmente divergente do modelo de saúde defendido pelo MRSB.

Mais recentemente, no ano de 2015, mais uma medida é tomada por parte do governo, que, também, privilegia o fortalecimento da saúde privada no Brasil. Em 19 de janeiro de 2015, foi sancionada a Lei 13.097/2015 (BRASIL, 2015) que altera a Lei 8.080 (BRASIL, 1990), permitindo, entre outras coisas “a participação direta ou indireta, inclusive controle, de empresas ou de capital estrangeiro na assistência à saúde através da assistência médica-hospitalar [...]” (BRASIL, 2015). A abertura ao capital estrangeiro para as iniciativas em saúde é uma clara decisão política sobre o direcionamento que se quer dar a política de saúde no Brasil. Compreendendo que o investimento de capital estrangeiro no setor saúde aqui tem como finalidade a arrecadação de lucro, a lógica de assistência, promoção e proteção a saúde vai se dar via mercado, o que, conseqüentemente, vai desfavorecer a consolidação do Sistema Único de Saúde do modo universal, equânime e integral.

Infelizmente, a abertura do mercado ao capital externo na saúde é o estabelecimento institucional de cuidados primários para os pobres e a exploração das doenças das classes média e alta, as quais proporcionarão o lucro buscado pelo investimento externo. Ou o investimento externo é feito sem interesse de retorno? Ingenuidade seria crer que o capital externo investido não será igualmente retornado, com juros, correção e lucro. E o será à custa do SUS, dos bolsos e, muito provavelmente, da saúde de boa parte dos brasileiros (FILIPPON, 2015, p. 1135).

O advento neoliberal no Brasil cria condições para o avanço da saúde na perspectiva privada através da redução do papel do Estado na consolidação de uma saúde pública de qualidade e com capacidade operacional para atender a totalidade da população.

As políticas neoliberais comportam algumas orientações/condições que se combinam, tendo em vista a inserção de um país na dinâmica do capitalismo contemporâneo, marcada pela busca de rentabilidade do capital por meio da reestruturação produtiva e da mundialização: atratividade, adaptação, flexibilidade e competitividade (BEHRING, 2000, p. 04).

Assim, compreende-se que, de fato, a política de saúde não pode ser pensada descolada da conjuntura política, econômica e social, a qual lhe dão direcionamentos e condições concretas muito específicas. Desde a entrada do modelo neoliberal no país, o SUS tem sofrido por um subfinanciamento, consequência das escolhas políticas dos governantes, agravando, assim, na operacionalização do sistema, principalmente, no que se refere ao

atendimento hospitalar. E, desse modo, o projeto privatista tem ganhado muito espaço nessa política no âmbito nacional.

Desde o período do regime militar, a saúde já era um campo de disputa ideo-político, contudo, segundo Bravo (2008), após a promulgação da CF/88 e a posterior entrada da lógica neoliberal no Estado, esta política social passa a ser um campo ainda mais forte de disputa de dois projetos, claramente antagônicos: o da Reforma Sanitária Brasileira e o Projeto Privatista. O primeiro está ancorado na concepção de que a saúde deve ser compreendida e promovida baseada em princípios democráticos, tendo na figura do Estado o principal responsável pela operacionalização dessa política. O segundo, entretanto, está fundamentado em uma lógica mercadológica, compreendendo, assim, a promoção, prevenção e assistência à saúde como uma mercadoria como qualquer outra, capaz de gerar altas taxas de lucro. Desse modo, o projeto pensado pela RSB se baseava, no âmbito da saúde, em uma gestão social. Enquanto o projeto privatista tem como primícias uma gestão gerencial, pautada em metas de desempenho, quantidade de serviços prestados e lucro.

O que se percebe através desses dados e acontecimentos históricos da política de Saúde no Brasil é que essa sempre foi campo de lutas e tensões de dois projetos distintos que convivem historicamente em disputa. E, apesar dos avanços na Saúde pública e das relevantes conquistas, o que compreende-se a partir da leitura histórica acima é que a saúde privada sempre esteve em vantagem. Esta criou bases no período do regime militar e vem dando altos saltos desde então, ganhando cada vez mais espaço no cenário brasileiro. E o receituário neoliberal se constituiu como elemento fundamental para a concretização e sustentação da predominância do projeto privatista. Com a ausência do Estado no campo das políticas sociais, a iniciativa privada vem ganhando espaço para atuar nas políticas sociais e atribuir a essas as características mercadológicas típica do sistema capitalista. Atualmente o sistema de saúde no Brasil convive com as principais expressões do projeto privatista e do neoliberalismo: a dominância financeira; integração público-privada (crescimento de planos privados, desigualdade na oferta de serviços, subsídios ao setor privado por parte do Estado através de renúncia fiscal referente às deduções de gastos em saúde, etc) e o subfinanciamento do SUS. (MARQUES; MENDES, 2009; SANTOS; UGÁ; PORTO, 2008; SESTELO, 2018)

Dessa forma, Marques e Mendes (2009) apontam como principal obstáculo para o desenvolvimento efetivo do SUS a predominância do capital financeiro “e seus efeitos no corte dos recursos para a área social, em geral, e para a saúde, em particular” (MARQUES; MENDES, 2009, p. 842). Apesar da Constituição Federal de 1988 ter regulamentado grandes avanços para o campo da saúde, tornando esta um direito de todos, em contrapartida, a partir

dos anos 1990 no Brasil é introduzido o receituário neoliberal e, o capital, já não é mais industrial, mas financeiro. “[...] o capital produtivo impôs diminuição dos níveis salariais e defendeu a eliminação dos encargos sociais e redução substantiva dos impostos, elementos constitutivos do financiamento da proteção social de diversos países” (MENDES; MARQUES, 2009, p. 844).

Nesse sentido, a implantação do SUS e, conseqüentemente, seu financiamento tem sofrido diversas tensões entre dois projetos de interesses distintos: o primeiro a luta pelo caráter universal desse sistema único de saúde; e o segundo o princípio da contenção de gastos, “[...] uma reação defensiva da racionalidade econômica, na qual a diminuição das despesas públicas é o instrumento-chave para combater o déficit público, propiciado por uma política fiscal contracionista, e a manutenção de alto superávit primário em todas as esferas estatais” (MENDES, MARQUES, 2009, p. 845). As autoras consideram que esse segundo princípio faz parte das medidas neoliberais articuladas ao capital financeiro que vêm sendo tomadas no Brasil desde a década de 1990.

Nessa mesma direção, Santos, Ugá e Porto (2008) vão indicar que apesar dos avanços constitucionais em 1988, na realidade já existia um setor privado bastante consolidado no país o que dificultou ainda mais a concretização de um sistema de saúde de acesso universal.

[...] No que diz respeito ao caso brasileiro, o processo iniciado pelo movimento da reforma sanitária, que culminou com as teses defendidas e aprovadas na VIIIª Conferência Nacional de Saúde, de 1986, resultou, na Constituição Federal de 1988, na opção por um modelo inspirado nos sistemas nacionais de saúde de acesso universal e integral. Entretanto, na realidade, já existia um setor privado robusto, tanto no campo da prestação de serviços (com um parque hospitalar predominantemente privado), como no que tange ao seguro privado (por meio de seguradoras e operadoras de planos privados de saúde, que detêm nada menos que 45,9 milhões de clientes (março de 2007) (SANTOS; UGÁ; PORTO, 2008, p. 1432)

Assim, a particularidade da configuração do Sistema de Saúde brasileiro, formado pela imbricação do público e o privado e ao mesmo tempo pelos objetivos divergentes entre estes vem resultando em uma expressiva desigualdade na oferta de saúde entre o SUS e o setor privado de serviços de saúde (SANTOS; UGÁ; PORTO, 2008). Segundo Santos, Ugá e Porto (2008), entre os diversos subsídios que o Estado oferece ao setor privado no âmbito da saúde estão:

[...] o “gasto tributário”, isto é os recursos tributários que o Estado deixa de arrecadar, mediante as desonerações fiscais. Eles atuam como incentivo fiscal aos prestadores e operadoras de planos de saúde filantrópicos e, também, como indutores à compra de serviços e de planos privados, uma vez que o gasto deles proveniente é deduzido da base sobre a qual é calculado o imposto de renda devido por pessoas físicas e jurídicas (SANTOS; UGÁ; PORTO, 2008, p. 1437).

Outro elemento que a autora traz para demonstrar essa relação do SUS com o setor privado no âmbito dessa oferta de subsídios do primeiro em relação ao segundo é o que ela vai chamar de subsidio cruzado, o qual se caracteriza pela “ “dupla porta de entrada” de hospitais privados” (SANTOS; UGÁ; PORTO, 2008, p. 1438), os quais segundo a autora, muitas vezes estabelecem uma relação promiscua. Nesse sentido, ela denuncia que muitas vezes serviços que não são cobertos por planos de saúde são prestados a beneficiários desses planos em hospitais/unidades privados (filantrópicos) com financiamento do SUS.

Desse modo, a autora constata que apesar de que a totalidade dos gastos do setor privado não sejam subsidiados pelo SUS, pode-se considerar que uma boa parte sim, levando em consideração que “a base sobre a qual é calculado o Imposto de Renda são deduzidos os gastos privados em serviços e planos de saúde” (SANTOS; UGÁ; PORTO, 2008, p.1438). Desse modo, pode-se inferir que o desenvolvimento e as particularidades do atual sistema de saúde brasileiro estão subordinados à dinâmica de acumulação do capital. As diferentes conjunturas políticas e econômicas caracterizaram essa política de forma diferente, se em um momento da história avanços foram alcançados através da institucionalização de um Sistema Único de Saúde, em muitos outros a ação estatal tomou medidas que privilegiaram a consolidação de um projeto de saúde privada através, principalmente, de influências dos valores neoliberais para o campo das políticas sociais.

A política de saúde, portanto, pode ser entendida aqui como uma expressão da questão, ao mesmo tempo em que se configura como uma resposta para os problemas relacionados às condições de vida e saúde da população, para o capital é um campo de investimento para a acumulação do lucro. Dessa forma, estabelece-se uma disputa entre os interesses antagônicos, o que afeta diretamente na forma de acesso aos serviços e bens dela proveniente. Assim, é um campo que exige a atuação de um conjunto de profissionais que sejam capazes, além de intervir sobre a relação saúde/doença, possa compreender as relações sociais que determinam as condições de vida e acesso a saúde da população e, assim, fazer as mediações necessárias para que direitos sejam garantidos nessa direção. Desse modo, em 1998, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) institui que o assistente social fazia parte do

coletivo de trabalhadores, tendo em vista que é este o profissional que atua nas manifestações da questão social, viabilizado através dos direitos sociais, melhores condições de vida a classe trabalhadora.

Tendo em vista os objetivos desse estudo, em compreender o trabalho do assistente social em uma unidade responsável por prestar assistência à saúde, cabe agora entender como o campo dessa política social, tanto em seu âmbito público como no privado, tem determinado e caracterizado a atuação do assistente social. Ao entender essa relação, mais a frente, será possível compreender de que forma o trabalho dos assistentes sociais no HSR se conectam com as determinações sociais, expressas na conformação das políticas e dos espaços institucionais.

2.3 AS PARTICULARIDADES DOS PROCESSOS DE TRABALHO QUE INSCREVEM OS ASSISTENTES SOCIAIS NA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL

Segundo Netto (1992), “uma profissão não se constitui para criar um dado espaço na rede sócio ocupacional, mas é a existência deste espaço que leva à constituição profissional” (p. 68). Tomando por referência a perspectiva teórica apresentada no primeiro tópico, o trabalho do assistente social não se desenvolve isolada e separadamente das relações históricas e sociais que moldam a sua inserção nos diversos processos de trabalho (ABESS apud COSTA, 2008, p. 306). Para entender a inserção do assistente social na política de saúde - é prioritariamente necessário - compreender as necessidades sociais que foram estabelecidas para a requisição de um profissional do Serviço Social nessa política social, e qual o seu significado social dentro desse universo formado por particularidades específicas.

Apesar de o assistente social ter uma formação acadêmica generalista, este é um profissional que ao ser inserido em uma determinada política social ganha no desenvolver do seu trabalho particularidades ao considerar os processos de trabalho que o inscrevem. Analisar o trabalho do assistente social na política de saúde implica em considerar duas questões importantes: a primeira se refere às determinações social e institucional a que este trabalhador está submetido através da condição de assalariado; e a segunda, não dissociada da primeira, refere-se às particularidades das demandas e das atividades desenvolvidas, cujas características têm haver tanto com estatuto legal da profissão e seu significado social, quanto, com os recortes que a instituição e a política fazem para a atuação desse profissional (IAMAMOTO, 2012).

[...] a atividade do profissional do Assistente Social, como tantas outras profissões, está submetida a um conjunto de determinações sociais inerentes ao trabalho na sociedade capitalista, quais sejam: o trabalho assalariado, o controle da força de trabalho e a subordinação do conteúdo do trabalho aos objetivos e necessidades das entidades empregadoras. A rigor, “o exercício do trabalho do assistente social ao se vincular à realidade como especialização do trabalho, sofre um processo de organização de suas atividades (ABESS, 1996, p. 24 apud COSTA, 2008, p. 306). “Neste caso, em função da sua inserção no processo de trabalho desenvolvido pelo conjunto dos trabalhadores da área saúde” (COSTA, 2008, p. 306, grifo da autora).

A política de saúde ao longo da história brasileira fora transpassada por diferentes conjunturas políticas e econômicas que alteraram o seu conceito e, portanto, seu direcionamento de atendimento e o seu corpo de profissionais. Nesse sentido, a partir de 1948, a saúde tem como foco de atuação os aspectos biopsicossociais, o que ocasionou na requisição de profissionais diferentes dos tradicionais para atuar no setor, entre eles os do Serviço Social (BRAVO, MATOS, 2009). A partir de então, o assistente social tornou-se um profissional que também fazia parte do coletivo de trabalhadores da política de saúde, sendo esta a política que mais absorveu os assistentes sociais no período. Nessa época, entretanto, o assistente social tinha sua intervenção voltada para atividades educativas, com a finalidade modificar as práticas da população em relação aos hábitos de saúde e higiene. (BRAVOS, MATOS, 2008)

Contudo, cada momento histórico brasileiro marcou a atuação desse profissional na saúde de forma distinta. A ditadura, com um novo rearranjo político, econômico-social configurou uma nova dinâmica para o país. Por conseguinte, nesse período, de acordo com Bravo (2009), “o setor saúde precisava assumir as características capitalistas” (2009, p. 93), e por isso, consequentemente, “a saúde pública teve um declínio e a medicina previdenciária cresceu”. Já na década de 1980 um novo cenário invade a sociedade brasileira, em processo de redemocratização, após um logo período de ditadura no país, no campo da saúde se instaura amplos debates junto a sociedade civil sobre as condições de vida da população brasileira e ganha força o Movimento de Reforma Sanitária (MRS), o qual visava a melhoria da saúde através de um conjunto de mudanças sociais.

Nesse sentido, a “saúde assumiu uma dimensão política, estando estritamente vinculada a democracia” (BRAVO, 2009, p. 95); o que culminou na promulgação da Constituição Federal de 1988. A partir de então a saúde é inaugurada como política pública de

direito de todo cidadão e dever do Estado. Integrada ao tripé da Seguridade Social, a saúde tem em termos legais seu conceito ampliado para além da definição da ausência de doença.

Os determinantes e condicionantes: alimentação, saneamento básico, meio ambiente, renda, moradia, educação, atividade física, transporte, lazer e acesso a bens de serviços essenciais também fazem parte da condição para a garantia do bem-estar físico, mental e social do indivíduo ou grupo (BRASIL, 1988). Essa ampliação no conceito de saúde abre mais espaço para a atuação do assistente social nesse campo.

Contudo, vale destacar que a década de 1980 no Brasil se caracteriza, para o Serviço Social, como um período de grande mobilização interna da profissão. Após o período da ditadura militar e toda a conjuntura econômica que atravessa o país (“de crise do Estado brasileiro, de falência da atenção à saúde e do movimento de ruptura com a política de saúde vigente e construção de uma reforma sanitária brasileira” (BRAVO, MATOS, 2008, p. 203)), o Serviço Social buscava ampliar o seu debate teórico através das principais ideias da teoria marxista. Todavia, Bravo e Matos (2008) reiteram que, apesar de nesse período o Serviço Social viver um processo de renovação da profissão, a dimensão técnico operativa, ainda fica muito aquém do que foi alcançado em termos teóricos. Desse modo, esse processo de ruptura do Serviço Social com as bases conservadoras se deu, praticamente, sem articulação com os demais movimentos da sociedade que, também naquele período, “buscavam a construção de práticas democráticas, como o movimento pela reforma sanitária” (BRAVO, MATOS, 2008, p.204).

Assim, pode-se considerar que, apesar da ampliação no conceito de saúde no texto da Constituição Federal de 1988 ter aberto espaço para a atuação do assistente social nessa política, a pouca articulação do Serviço Social com o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, e o déficit interventivo que ficava na profissão, mesmo depois da adesão da teoria social crítica de Marx, faz com que o Serviço Social chegue na década de 90 na Saúde “com uma incipiente alteração da prática institucional” (BRAVO, MATOS, 2008, p. 2005).

Contudo, apesar desses limites internos da profissão, o reconhecimento dos determinantes sociais da saúde como elementos que interferem no processo saúde e doença, e os ganhos teóricos na década de 1980 para o Serviço Social, fez com que o assistente social fosse requisitado a atuar nessa política a partir uma leitura da sociedade e do indivíduo social, tendo como referência uma percepção histórica e totalizante das condições de saúde da população. Ao compreender a necessidade de um profissional que atuasse nesse campo com esse conhecimento específico, o Conselho Nacional de Saúde, em reunião ordinária, reconhece através da Resolução nº 218 o assistente social como profissional da saúde. A

direção que a profissão dava a partir daquele momento tendo em vista os avanços constitucionais e legais, além da perspectiva teórica que passava a balizar a atuação profissional, indicava que o assistente social deveria ter como pressuposto para a atuação a percepção da divisão da sociedade em classes sociais e dos diversos marcadores sociais que condicionam a vida dos sujeitos, e por tanto determinavam sua condição de vida, de saúde e de acesso aos bens e serviços produzidos socialmente. Atuar a luz dessa leitura de sociedade possibilita a

[...] capacidade de identificação das condições materiais de vida, identificação das respostas existentes no âmbito do Estado e da sociedade civil, reconhecimento e fortalecimento dos espaços e formas de luta e organização dos(as) trabalhadores(as) em defesa de seus direitos; formulação e construção coletiva, em conjunto com os(as) trabalhadores(as), de estratégias políticas e técnicas para modificação da realidade e formulação de formas de pressão sobre o Estado, com vistas a garantir os recursos financeiros, materiais, técnicos e humanos necessários à garantia e ampliação dos direitos. (CFESS, 2009, p. 17).

O (a) assistente social, na concepção de Iamamoto (2014), tem por finalidade no seu trabalho garantir a produção e a reprodução da classe trabalhadora por meio da mediação dos serviços sociais; sendo estes “[...] expressão de conquistas da classe trabalhadora em sua luta por melhores condições de trabalho e de vida, que são consubstanciadas e ratificadas através da legislação social e trabalhista” (IAMAMOTO, 2014, p. 99). A saúde enquanto política pública e direito social faz parte do campo de atuação do profissional de serviço social, considerando que, o

[...] Assistente Social atua no campo social a partir de aspectos particulares da situação de vida da classe trabalhadora, relativos à saúde, moradia, educação, relações familiares, infraestrutura urbana etc. É a partir dessas expressões concretas das relações sociais no cotidiano da vida dos indivíduos e grupos que o profissional efetiva sua intervenção. (IAMAMOTO, 2014, p. 123)

Contudo, a partir da década de 1990 com o advento do neoliberalismo no Brasil, mesmo com a política de saúde instituída como dever do Estado e direito de todo cidadão, o modelo privatista tem grandes avanços. Bravo aponta que nesse período, houve “o descumprimento dos dispositivos constitucionais e legais e uma omissão do governo federal na regulamentação e fiscalização das ações de saúde em geral” (BRAVO, 2008, p.100). Desse modo, o SUS inscrito na CF/88 passa a sofrer dificuldades para ser operacionalizado, uma vez

que os governos da década de 1900 têm como princípios de gestão os valores neoliberais pautados na redução o papel do Estado nas políticas sociais. Assim, de forma ainda mais expressiva, a política de saúde passa a ser norteadas a partir de dois projetos distintos, o privatista e do Movimento da Reforma Sanitária, o primeiro direcionado pela lógica do mercado; e o segundo tem como premissa a saúde como direito social e dever do Estado.

[O Projeto de Reforma Sanitária] tem como uma de suas estratégias o Sistema Único de Saúde (SUS) [...] Sua preocupação central é assegurar que o Estado atue em função da sociedade, pautando-se na concepção de Estado democrático e de direito, responsável pelas políticas e, por conseguinte, pela saúde. [...] O projeto saúde, articulado ao mercado, ou a reatualização do modelo médico assistencial privatista, está pautado na Política de Ajuste, que tem como principais tendências a contenção dos gastos com racionalização da oferta e a descentralização com isenção de responsabilidade do poder central (BRAVO, 2008, p. 101).

Diante dessas duas direções, o Serviço Social, apesar do seu pouco envolvimento com o fervor do Movimento de Reforma Sanitária Brasileira na década de 1980, tem em seu projeto ético político valores e princípios convergentes com aqueles que defendidos pelo MRSB. A saúde, desse modo, para ambos, é vista como um direito de todo cidadão e dever do Estado, tendo com princípios básicos a universalidade, a equidade e a integralidade.

De acordo com os parâmetros de atuação do assistente social na área da saúde, construído pelo Conselho Federal de Serviço Social referenciado nas atribuições e competências gerais e valores éticos-políticos que regularizam a profissão (Lei 8662/93), a atuação do assistente social na Política de Saúde deve se dar de forma articulada e sintonizada com os movimentos populares de trabalhadores e usuários do SUS que defendem o Sistema (CFESS, 2010, p. 30-31). Os profissionais devem ainda “[...] conhecer as condições de vida e trabalho dos usuários, bem como os determinantes sociais que interferem no processo saúde-doença; [...]” (CFESS, 2010, p. 30-31), facilitar o acesso da população à rede de serviços e aos direitos sociais, em consonância com os princípios do Movimento da Reforma Sanitária, defendendo assim a interdisciplinaridade voltada à integralidade e da intersetorialidade no enfrentamento da fragmentação dos serviços sociais, além de contribuir para o desenvolvimento da educação permanente, o que inclui a dimensão investigativa da profissão.

Contudo, a esfera privada de saúde impõe desafios para a materialização dos parâmetros no cotidiano institucional. Partindo da condição de assalariamento destes profissionais, os quais não possuem todos os meios e recursos necessários para a realização do seu trabalho, ele encontra-se muitas vezes condicionado à lógica da instituição na qual

trabalha, tendo sua autonomia tensionada pelo projeto ético-político profissional e pelo projeto institucional, como reitera Iamamoto (2012, p. 215)

O significado social do trabalho profissional do assistente social depende das relações que estabelece com os sujeitos que o contratam, os quais personificam funções diferenciadas na sociedade [...] o significado social de seu processamento não é idêntico nas diferenciadas condições em que se realiza esse trabalho porquanto envolvido em relações sociais distintas.

É partindo desses pressupostos que o trabalho de muitos assistentes sociais que trabalham em instituições na esfera da saúde geridas pela lógica privatista vem se dando em torno da “[...] seleção socioeconômica dos usuários, atuação psicossocial por meio de aconselhamento, ação fiscalizatória aos usuários dos planos de saúde, assistencialismo por meio da ideologia do favor e predomínio de práticas individuais” (CFESS, 2010). “[...] a cultura do “gerencialismo” da empresa privada [...] esvazia os conteúdos mais criativos do trabalho, desencadeando o desgaste criado pela atividade mecânica, repetitiva, que não instiga a reflexão” (RACHELIS, 2011, p.432).

Tomando como base as formulações de Alencar e Granemann (2009), as mudanças oriundas do ideário neoliberal na natureza da política social no Brasil, nesse caso específico, na de saúde, influencia diretamente na organização dos processos de trabalhos nos quais se inscrevem os assistentes sociais, determinando em alguma medida, “as condições em que o trabalho profissional se realiza quanto requisições, normatização, delimitação de funções e atribuições e normas contratuais (salário, jornada de trabalho)” (IAMAMOTO, 2007 apud ALENCAR; GRANEMANN, 2009, p.166). Destarte, a organização de trabalho se dá de modo mais específico através da instituição empregadora, assim, o trabalho do assistente social além de estar situado nas relações macros que dão dinâmica a sociedade vigente e determinam o rumo das políticas sociais, deve também ser compreendida a partir da organização dos processos de trabalho a luz da instituição empregadora – no caso desse estudo um hospital privado, instituição ligada diretamente à política de saúde e, portanto, condicionada ao processo de formação histórico dessa.

3. PARTICULARIDADES DOS PROCESSOS DE TRABALHO NOS QUAIS SÃO INSERIDOS OS ASSISTENTES SOCIAIS DO HOSPITAL SÃO RAFAEL S.A.

Neste capítulo, faremos uma análise sobre as particularidades dos processos de trabalho nos quais se inserem as assistentes sociais de uma unidade hospitalar privada da cidade de Salvador/BA- Hospital São Rafael. Para tanto, inicialmente, será investigado o contexto hospitalar como um espaço socioocupacional do assistente social, cujo trabalho está determinado, também, pela forma como essa instituição é estruturada. Em seguida, para atender o objetivo principal deste estudo, analisar as implicações do novo modelo de gestão instituído no Hospital São Rafael desde 2018 para a organização do trabalho de assistentes sociais, serão identificadas as principais características tanto da gestão anterior ao ano de 2018 como a gestão atual da unidade hospitalar, para assim, compreender quais as mudanças operadas na organização do trabalho das assistentes sociais e como atualmente este trabalho está organizado e qual o seu significado social neste contexto.

3.1 HOSPITAL: UM ESPAÇO SOCIOCUPACIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL

Neste tópico faremos uma breve discussão sobre o papel e o desenvolvimento da organização hospitalar na política de saúde, como parte das instituições responsáveis pela prestação de assistência. Ademais, de modo sucinto faremos algumas colocações sobre o hospital como um espaço sociocupacional do assistente social. Esse tópico tem por objetivo desvelar as relações históricas que configuram esse espaço de trabalho dos assistentes sociais e as suas principais formas de organização do trabalho tendo em vista que o estudo realizado se deu em um hospital privado da cidade de Salvador/BA e visa compreender as particularidades dos processos de trabalho nos quais estão inseridos os assistentes sociais após uma mudança no modelo de gestão.

A unidade hospitalar compõe o conjunto das instituições, atualmente, responsável pela prestação de serviços e bens relacionados a promoção e recuperação da saúde. Ao longo dos anos essas instituições sofreram as determinações da própria dinâmica das relações sociais e o

desenvolvimento das tecnologias, como da formação da política de saúde no cenário nacional. Cada conjuntura política, norteadas por uma lógica de governo, pelas correlações de forças no âmbito da sociedade civil, e pelas decisões governamentais no campo da saúde pública, determinou as formas de organização institucionais e os modelos de atenção à saúde. Desse modo, os hospitais, segundo Carvalho (2003), caracterizados como uma organização complexa, onde as atividades são desenvolvidas a partir de um conjunto de profissionais especializados, é permeado por interesses diferentes em relação à sua estrutura e modelo de atenção, tendo em vista as determinações da política de saúde.

De acordo com Matos (2013), o atendimento assistencial à saúde até a década de 1920 se dava principalmente por meio do atendimento domiciliar para aqueles que pudessem pagar por este serviço; e por meio das Santas Casas e práticas similares para os pobres. Contudo, a partir da década de 1940 os Institutos de Aposentadoria e Pensão criam um número considerável de hospitais, que configuram-se como novas organizações de saúde, que alteram a prática médica e dão origem à consolidação do “trabalho coletivo em saúde”, o qual se desenvolvia a partir de um modelo clínico, curativo, com foco na doença e com o poder centrado na figura do médico (MATOS, 2013).

Por conseguinte, tomando como base a história da política de Saúde no Brasil, a partir da década de 1950 e mais incisivamente na década de 1970 foi formado um complexo médico hospitalar que teve suas bases nos subsídios ofertados pelo governo militar para a saúde de iniciativa privada. De acordo com Maia (s/d, p. 02), nesse período, houve um “rápido processo de assalariamento dos médicos e demais profissionais, o crescimento de estabelecimentos privados de caráter lucrativo, a diminuição da importância dos estabelecimentos filantrópicos e beneficentes dominantes até então e a constituição lenta de uma ideologia empresarial no setor saúde [...]

Nessa direção, Vianna (2003) ressalta que a consolidação do complexo médico é resultante do próprio desenvolvimento da política de saúde, sendo esse fenômeno uma das respostas ao papel que a medicina desempenha no mundo moderno, com também uma resultante do papel que a tecnologia assume “na forma como se estabelecem as relações de produção e as trocas entre os componentes do setor, em particular após o advento da revolução tecnológica ocorrida nas indústrias farmacêutica e de equipamentos médicos, após a II Guerra Mundial” (VIANNA, 2003, p. 379). Segundo o autor citado, o desenvolvimento tecnológico no campo da saúde e as descobertas de novos medicamentos na década de 1950 influenciaram diretamente na prática médica e, portanto, no conjunto dos outros trabalhadores do campo da saúde, de modo especial os do hospital.

[...] Médicos e pacientes tinham agora à sua disposição um quantitativo surpreendente de novas drogas que ofereciam a promessa de resolver “velhos” problemas de saúde. O impacto sobre as condições de saúde dos indivíduos foi extremamente forte e o imaginário coletivo resultante passou a aceitar os medicamentos produzidos pela indústria farmacêutica como uma das grandes conquistas da Humanidade. Associado a esse crescimento, a partir da década de 60, um novo fator vai mudar a prática médica e a estrutura do setor prestador de serviços médicos – o aparecimento de um setor capitalista produtor de material e equipamentos médicos. Como consequência, não só a velocidade e a taxa de renovação de novos produtos tiveram grande inflexão, como também existiu a necessidade de se criar novas especialidades e especialistas, que pudessem utilizar os novos equipamentos e atender à demanda dos usuários de forma eficiente (VIANNA, 1995b apud VIANNA, 2002, p. 379).

A partir dessa organização a atenção a saúde passa a ser concentrada na finalidade curativa, e as intervenções se davam, prioritariamente, na realização de exames e no uso de medicamentos farmacêuticos, dessa forma a atenção a saúde passa a acontecer a partir, não mais da escuta e do acolhimento, mas principalmente, através dos novos produtos tecnológicos, os quais em sua maioria eram administrados pelo médico. De acordo com as formulações de Carvalho (2003), esse modelo de assistência está voltado para uma característica biologista da saúde, na qual o corpo é o objeto principal do processo curativo. As outras dimensões – sociais, psicológicas etc. – são apenas complementares a prática médica. O uso de tecnologias e medicamentos para tratar a saúde restringe a atuação voltada para a escuta e o acolhimento do paciente, dessa forma, profissionais como assistentes sociais, psicólogos e entre outros, acabam tendo menos visibilidade no processo do cuidado no ambiente hospitalar. Nessa direção, o assistente social, profissional inserido no contexto hospitalar a partir da década de 1940 (MATOS, 2013), tem a sua atuação nessas instituições denominado de Serviço Social Médico, tendo suas funções exercidas com a finalidade de “facilitar” a prática médica. (BRAVO, 2013), a partir, principalmente de atividades que visavam “preservação da saúde, o tratamento da doença ou retardam a convalescença” (BRAVO, 2013, 164).

Atualmente, ainda que o modelo de saúde pensado pelo MRSB tenha, em partes, sido concretizado através do SUS, o qual objetiva uma política de saúde pautada, principalmente, na prevenção e na promoção a saúde, levando em consideração toda dinâmica social que interfere no processo saúde/doença da população, os hospitais foram formados sobre bases

que se sustem até os dias atuais, o que ainda dificulta uma atuação interdisciplinar entre o conjunto dos trabalhadores.

Costa (2000) já chamou a atenção para este aspecto, ao afirmar que o “modelo médico hegemônico secundariza e desqualifica as ações e atividades profissionais que não se constituem objeto de práticas privilegiadas por esse modelo assistencial, como é o caso das ações de educação em saúde e das atividades de categorias profissionais, como: assistentes sociais, nutricionistas, sociólogos e, em certa medida, psicólogos (2000, p.63 apud MATOS, 2013, p.52).

Como sinaliza Carvalho (2003), apesar de que quando o doente dirige-se ao hospital, “não o faz por aspectos sociais, fá-lo geralmente pelo mal-estar ou sofrimento [físico]” (p.30), é na relação que esse paciente estabelece com o médico ou com outros profissionais que surge a necessidade de um atendimento de um profissional do âmbito social. E é neste sentido que o assistente social participa do trabalho coletivo em saúde, atuado, principalmente nas condições de vida e saúde que interferem no acesso a direitos, na promoção e recuperação da saúde.

A instituição hospitalar colocou-se na modernidade como uma máquina de resolver problemas de saúde. Todos no campo hospitalar atuam com a finalidade de desenvolver estratégias para fazer viver, ampliar a sobrevida, retirar a população que lhe demanda de uma condição de sofrimento, que na maior parte das vezes trata-se de um sofrimento físico ou psicológico (SODRÉ, 2010, p. 466).

Dessa forma, a atuação do assistente social nessa instituição com características tão específicas, marcada por configurações históricas, deve ser pensado a partir dos “condicionantes políticos- institucionais que limitam suas escolhas” (VASCONCELOS, 2008, p. 253). Em determinados períodos da história a atuação do assistente social, no âmbito hospitalar, se deu, segundo Matos (2013) em uma perspectiva individualista, tendo como finalidade, “construir um elo da instituição com a família e com o usuário, visando seu tratamento após a alta [...]” (p. 57). Além disso, o assistente social usava como metodologia para desenvolver seu trabalho o Serviço Social de caso, buscando no indivíduo os problemas que interferiam no seu processo saúde/doença. Apesar de hoje o assistente social ser orientado pelos valores éticos e políticos da profissão a intervir a partir da mediação entre o indivíduo e as relações sociais que determina a sua condição saúde/doença, a própria dinâmica hospitalar

e a seu modelo de atenção impõe limites para o desenvolvimento das atividades desse profissional em uma perspectiva menos imediata e multiprofissional.

Além disso, Vasconcelos (2008), em uma pesquisa realizada sobre o Serviço Social e práticas em saúde sinaliza que apesar dos avanços na compreensão sobre saúde, trazidos pelo MRSB e pelos valores éticos e políticos do assistente social, este ainda tem sua ação muito volta para os plantões, o que reduz a ação do assistente social a atividades imediatas e sem muito planejamento. Contudo, isso não pode ser pensado isoladamente das condições concretas que dão condições para a realização do trabalho profissional, seja na dimensão da atual configuração da política de saúde ou pela própria organização das instituições responsáveis pela prestação de serviços de saúde.

Assim, de acordo com as formulações de Vasconcelos (2008) e o desenvolvimento da pesquisa aqui realizada, o trabalho do assistente social em hospitais se dá de forma expressiva pelo plantão. A autora caracteriza essa atividade como um trabalho que se desenvolve a partir de demandas espontâneas do usuário e/ou da instituição e o conjunto dos outros profissionais (VASCONCELOS, 2008). “O plantão não se constitui assim, num serviço ou uma atividade pensada, planejada, organizada, reduzindo-se a ação isolada desenvolvida pelo assistente social para resolver o(s) problema (s) do usuário” (VASCONCELOS, 2008, p. 248). Desse modo, o campo hospitalar, coloca diversos desafios para uma atuação mais continuada por parte do assistente social. A própria imediatividade que exige a dinâmica dos hospitais, tendo em vistas que estes são espaços onde os “usuários caracterizam-se por pessoas doentes” buscando por um atendimento que resolva a sua condição de sofrimento físico ou psicológico (SODRÉ, 2010, p. 465), limita a atuação do assistente a ações pautadas nas demandas que chegam até esse profissional, seja pelos próprios usuários, ou por encaminhamento de outros profissionais e/ou serviços de saúde (VASCONCELOS, 2008).

Ademais, tendo em vista o objetivo de compreender mais a frente as particularidades dos processos de trabalho nos quais se inserem os assistentes sociais em uma unidade hospitalar atualmente privada, vale destacar uma discussão imputada de Matos sobre o contexto histórico dos hospitais. De acordo com o autor, e como já sinalizado acima, o hospital é uma instituição que surge a partir do desenvolvimento capitalista, sendo um espaço que se caracteriza pela “livre venda dos serviços médicos, regulamentada pelo mercado” (MATOS, 2013, p.44). Nessa direção, pensar os hospitais privados é pensar em uma particularidade específica, que se molda a partir de uma relação de compra e venda de serviços de saúde que envolve três agentes interdependentes e ao mesmo tempo com interesses divergentes. Sendo eles, as operadoras de planos de saúde, os clientes ou beneficiários e as prestadoras de

serviços de saúde (nesse caso, o hospital). As operadoras de planos de saúde podem ser compreendidas como os agentes que estabelecem um intermédio entre o cliente e a prestadora de Serviço. O cliente é aquele que paga as operadoras de planos de saúde para ter acesso aos serviços prestados pelos hospitais, por exemplo. E os hospitais (prestadores de serviços) são os que prestam o serviço para o cliente, mas que recebem a remuneração das operadoras dos planos de saúde (CAMPOS, 2004). Assim, o que se pode concluir dessa relação é que ao mesmo tempo em que ambos os agentes dependem um dos outros, cada um possui um interesse que se confronta com o interesse do outro.

O conflito de interesses surge fundamentalmente pelo fato de que eventos que representam custo para a operadora representa receita para os prestadores de serviços de saúde. Semelhante o que representa custo para os beneficiários “as mensalidades”, essas representam receitas para as operadoras de planos de saúde. Deste modo, o conflito de interesses caracteriza-se nas relações contratuais das operadoras com os prestadores de serviços de saúde e beneficiários à medida que as ações estratégicas que administram estes contratos possuem sentidos opostos (WANICK, 2000 apud CAMPOS, 2004, p. 34).

A partir dessa relação compreendemos que a saúde torna-se mais uma mercadoria no capitalismo, onde o mercado regula as formas de acesso a esse bem. E o assistente social, parte do coletivo de trabalhadores dos hospitais privados, estão inseridos nessa relação de tensão que se estabelece entre esses agentes, muitas vezes sendo o profissional procurado pelos usuários para o esclarecimento de dúvidas frente aos conflitos enfrentados com os planos de saúde, ou até mesmo para buscar “ajuda” referente a procura de outros prestadores de serviços de saúde compatível com a cobertura oferecida pelo seu operador de plano de saúde. Diante disso, de acordo com a compreensão que o trabalho do assistente social não se autodetermina, mas é determinando pelas condições sociais e institucionais que o requisitam, a intervenção desse profissional depende do modo como a instituição organiza os processos de trabalho no qual ele se insere. Isto é, a forma como a instituição compreende a atenção a saúde e as possibilidades e limites que ela oferece para o trabalho do assistente social.

Desse modo, entender as particularidades da história e estrutura do Hospital São Rafael, bem como as mudanças no modelo de gestão após a venda da unidade hospitalar de uma empresa filantrópica para uma empresa capitalista é condição *sine qua non* para desvelar as repercussões que esse novo modelo trouxe para a organização do trabalho das assistentes sociais e a seu significado social nesse novo contexto.

3.2 O HOSPITAL SÃO RAFAEL: DO MONTE TABOR A REDE D'OR

De acordo com a concepção aqui adota “[...] não se pode pensar a profissão no processo de reprodução das relações sociais independentes das organizações institucionais a que se vincula, como se a atividade profissional se encerrasse em si mesma e seus efeitos sociais derivassem, exclusivamente, da atuação profissional” (IAMAMOTO, 2014, p. 86). Tendo em vista que a instituição empregadora é a responsável por organizar os processos de trabalho nos quais se inserem os assistente sociais e que boa parte dos recursos necessários para a realização das atividades desses profissionais se encontram concentrados na mão do empregador, a estrutura da instituição, a natureza jurídica, o público que atende, os serviços que se dispõe a prestar a população e os recortes que faz das políticas sociais a qual se vincula, são elementos determinantes para entende de que modo o trabalho do assistente social está organizado e quais as possibilidades de oferecer respostas às demandas apresentadas pelos usuários e a própria instituição no seu cotidiano de trabalho.

Ademais, na busca de compreender, nesse estudo, a forma como a mudança no modelo de gestão trouxe repercussões para o trabalho das assistentes sociais do HSR a partir do ano de 2018, faz necessário, aprioristicamente, entender o que mudou de um modelo para outro. Para tanto, neste tópico iremos fazer a caracterização da instituição – HSR- resgatando a sua formação história, as mudanças ocorridas ao longo dos anos e a estrutura que dispõe para ofertar serviços a população e oferecer condições de trabalho para o conjunto dos profissionais que nela desenvolve um trabalho coletivo.

Em 6 de Agosto de 1974, na cidade de Salvador, foi fundado o Monte Tabor Centro Ítalo-Brasileiro de Promoção Sanitária, por D. Luigi Maria Verzé juntamente com Frei Benjamim Cappelli e outros italianos⁵. Definida como sociedade civil, sem fins lucrativos, reconhecida de utilidade pública federal, estadual e municipal, a rede foi mantenedora do atual Hospital São Rafael durante, aproximadamente, 28 anos. Com certificado de Filantropia e cadastrado no Programa Nacional de Incentivo à Parceria entre os Hospitais Filantrópicos sem fins lucrativos e o Sistema Único de Saúde, INTEGRASUS nível C (BRASIL, 2017), o hospital, parte da rede suplementar de saúde, ao longo de sua história foi conveniado ao SUS na assistência a saúde da população baiana. O INTEGRASUS foi criado pelo Ministério da Saúde em 2001 como parte do Programa de Reestruturação Financeira e Modernização Gerencial das Santas Casas e Hospitais Filantrópicos vinculados ao SUS na década de 1990,

⁵ Parte desse texto é uma versão revisada do relatório de Estágio supervisionado I em Serviço Social, realizado no Hospital São Rafael no semestre 2018.1, no período compreendido entre maio a agosto de 2018.

com o objetivo de "estimular o desenvolvimento de suas atividades assistenciais e a realização das mesmas em regime de parceria com o Poder Público". (BRASIL, 2001, p. 50).

Em 1990 é inaugurado na cidade de Salvador, através do Monte Tabor, o Hospital São Rafael, e, paralelo a isso, a rede filantrópica já havia inaugurado outras instituições de assistência a saúde, entre as quais Laboratórios e Poliambulatorios. Ademais, o Monte Tabor também atuou na construção da implantação do Distrito Sanitário de Pau da Lima com a AISPO – Associação Italiana de Solidariedade entre os Povos, Projeto da Cooperação Internacional Italiana (PORTAL SÃO RAFAEL, 2019).

Gerida por uma empresa Católica, o Hospital São Rafael historicamente foi uma instituição fundamentada em valores cristãos, tendo como referência, segundo um de seus fundadores, D. Luigi Verzé, o ensinamento evangélico “Ide, Ensinai e Curai”, cujo “objetivo único é o homem, sua vida, com duração e qualidade” (PORTAL SÃO RAFAEL, 2019). Nesse sentido, as ações e direcionamentos do hospital sempre tiveram como princípios norteadores o exercício da medicina, sob o ponto de vista cristão: “Medicina como promoção de vida”; “valorização do homem em seus aspectos bio-psico-espirituais”. (PORTAL SÃO RAFAEL, 2019). Com certificado de filantropia, o Monte Tabor, por meio do Hospital São Rafael e de suas unidades externas (Unidade Irmã Lodovica e Unidade de Brotas) atendia aos beneficiários do Sistema Único de Saúde (SUS), em diversas especialidades, em atendimentos de média e alta complexidade, como transplantes e assistência oncológica integral.

Ligado diretamente aos valores da caridade religiosa; e, além disso, tendo o compromisso de comprovar sua natureza filantrópica para o Estado e, assim, garantir o certificado de filantropia e os benefícios dele proveniente, o Monte Tabor, além de oferecer a assistência médica-hospitalar, ao longo dos anos desenvolveu diversos projetos de cunho social no Estado da Bahia, entre eles o financiamento do Grupo de Apoio à Criança com Câncer (GACC), o Projeto Fraternidade São Rafael / Missão Barra e o Programa Socioeducativo Nova Esperança. O primeiro tem por finalidade abrigar crianças e seus familiares oriundos do interior da Bahia que fazem tratamentos oncológicos no Hospital São Rafael. O segundo por sua vez, tinha por finalidade o atendimento gratuito às populações rurais do médio São Francisco, no Sertão da Bahia; para isso formou-se uma equipe de médicos clínicos e especialistas, enfermeiros e técnicos para atuar na atenção básica à saúde, no enfrentamento à escabiose, diarreia, hipertensão, desnutrição, desidratação e tantas outras enfermidades provocadas, na maioria das vezes, pela miséria e falta de informação. O terceiro projeto social desenvolvido pelo Monte Tabor em parceria com o São Rafael, quando ainda existia essa associação, tinha por finalidade, no bairro de Nova Esperança, na Estrada CIA-

Aeroporto, divisa de Salvador com o município de Lauro de Freitas, desenvolver um programa social voltado à melhoria educacional e à melhoria do estado nutricional de crianças e adolescentes daquela comunidade. (PORTAL SÃO RAFAEL, 2019)

Ademais, vale destacar que o Monte Tabor, por meio do Hospital São Rafael, ao longo de sua história criou e manteve estabelecimentos médico-hospitalares e assistenciais, promovendo cursos de formação profissional; formando pessoal especializado em instituições na área da saúde e assistencial; desenvolvendo assistência médico-hospitalar; além do ensino e a cultura científica e formação espiritual (PORTAL SÃO RAFAEL, 2019).

Nessa direção, um documento produzido pelo Ministério da Saúde, indica que, ao longo da história, muitos hospitais de caráter filantrópico associaram-se a instituições de ensino médico e de “instituições originalmente voltadas para a caridade, acabaram se devotando à ciência” (BRASIL, 2001, p.25-26). Esse processo contribuiu para a mudança dentro da dinâmica hospitalar, principalmente, pela incorporação de novas tecnologias a partir do século XX (BRASIL, 2001).

Tendo em vista que o Monte Tabor foi a rede responsável por implantar o Hospital São Rafael e coordená-lo por quase três décadas, não se pode deixar de lado a discussão que caracteriza de que modo a filantropia na área da saúde se configurou historicamente e qual o lugar que os hospitais filantrópicos ocupam no contexto dessa política. Assim, o resgate da história da filantropia na saúde é indispensável para a compreensão, de modo amplo, sobre os desdobramentos do contexto de mudança do Hospital São Rafael.

De acordo com um documento produzido pelo Ministério da Saúde (2001), a filantropia desde os primórdios constitui-se como sinônimo de prestígio social e condições vantajosas no mercado. Além disso, para os que se dispunham à prática filantrópica esta

significava, também, estar cumprindo com seus deveres de cristãos no provimento de assistência física e espiritual aos carentes, garantindo, ao mesmo tempo, um lugar no reino dos céus e nas hierarquias terrenas. Caridade e distinção social andavam de mãos dadas, bem como visibilidade social e prestígio político. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011, p. 23).

As entidades filantrópicas além de contarem com subsídios privados, também recebiam subsídios do Estado, por meio do financiamento de verbas e pela dispensa dos pagamentos de impostos (BRASIL, 2011). Nessa direção, outra questão importante para ser destacada é que apesar dessas empresas serem criadas com a finalidade de prestar assistência para as populações mais carentes, não deixavam de cobrar para aqueles que podiam pagar,

“combinando voluntarismo com negócios, característica que permanece nos dias atuais” (BRASIL, 2011, p. 25). Nessa direção as entidades filantrópicas, se por um lado prestavam atividades da caridade, por outro, legitimava, também, uma prática empresarial. Por isso, Coimbra (apud BRASIL, 2011) considera que

[essas instituições filantrópicas desenvolviam] "atividades tipicamente empresariais, voltadas para a manutenção das condições econômicas e sociais que permitem o incremento dos lucros, na medida em que amenizam tensões sociais que representam uma ameaça ao desenvolvimento das atividades lucrativas, em detrimento das atividades caritativas que têm justificativas puramente morais ou teológicas, não vinculadas necessariamente às atividades empresariais" (p.25. grifos do autor).

Com o desenvolvimento sócio-histórico e as transformações operadas na sociedade brasileira, principalmente a partir do período militar, os repasses de recursos do Estado para essas instituições filantrópicas passam a sofrer alterações devido ao surgimento da assistência hospitalar previdenciária e a fundação dos hospitais públicos no início do século XX (BRASIL, 2001). Como já visto no capítulo anterior, na década de 1970 no Brasil, o campo da saúde foi marcado por um forte crescimento de hospitais privados através dos convênios feitos entre o governo e o setor privado da saúde. Isso resultou em um aumento no número de leitos privados lucrativos e em uma queda da participação dos leitos filantrópicos.

Nas últimas três décadas, o sistema hospitalar brasileiro sofreu modificações importantes em sua composição [...] o segmento não lucrativo, que até a década dos sessenta foi responsável por mais da metade (53%) dos hospitais, começou na década dos setenta a ter sua participação relativa reduzida, face ao crescimento da rede privada lucrativa, segmento que foi o maior beneficiário da política de assistência médico-hospitalar previdenciária implantada nos anos do regime militar. Em 1975 os não lucrativos representavam 37% dos estabelecimentos. Os estabelecimentos privados lucrativos, que na década dos sessenta correspondiam a apenas 9%, chegaram, em 1975, a 31% do total de estabelecimentos enquanto o segmento público caiu para 32%. (BRASIL, 2001, p. 58).

Se por um lado a Constituição Federal de 1988 regulou a atividade dessas entidades filantrópicas no campo da saúde, impedindo-as de atuarem de forma empresarial e com finalidade lucrativa, se beneficiando dos incentivos fiscais e dos repasses de recursos públicos para promoção de interesses próprios. Por outro, na década de 1990, já com o neoliberalismo em vigor, o governo privilegia a oferta de serviços no campo da saúde por parte dos hospitais filantrópicos ao criarem um programa destinado a Reestruturação Financeira e Modernização

Gerencial das Santas Casas e Hospitais Filantrópicos vinculados ao SUS. “O programa teve por objetivo prestar apoio financeiro aos hospitais sem fins lucrativos vinculados ao SUS com vistas a viabilizar o seu equilíbrio econômico-financeiro e aprimorar a sua capacidade gestão”. (BRASIL, 2001, p.49). Nessa direção, os princípios de universalidade e da saúde como um dever do Estado e direito de todo cidadão é comprometido por essa ação do governo, tendo em vista que, nesse caso, recursos públicos são destinados a hospitais privados, ainda que se digam sem finalidade lucrativa. Essa ação revela a própria característica neoliberal de desresponsabilizar o Estado no campo das políticas sociais e delegar estas para os agentes do terceiro setor.

Contudo, apesar de todas as contradições dos hospitais filantrópicos para a implementação dos princípios do SUS e das históricas diferenças de tratamentos que essas entidades dispensaram para pacientes que acessavam os serviços do hospital via SUS e para pacientes que acessavam via seguros de saúde privado, Santos, Ugá e Porto (2007), sinalizam que sempre existiu uma relação de interdependência entre o SUS e este setor hospitalar. Ao mesmo tempo em que os hospitais filantrópicos se beneficiam dos pagamentos do SUS, este, por sua vez, sempre teve nas entidades sem fins lucrativos fortes aliados, não podendo deixar de considerar “sua inegável e indispensável capacidade instalada, bem como pela sua tradição caritativa, ainda que diminuída, de prestar serviços de assistência social” (BRASIL, 2001, p.48).

Hoje, é reconhecida como entidade filantrópica aquela que cumpre com os requisitos da Resolução CNAS 32/99 e está cadastrada como entidade beneficente de assistência social nos termos do rege a Lei Orgânica de Assistência Social, Lei no 8.742 de 08/12/1993, Art. 3º (SANTOS; UGÁ; PORTO, 2008). Além disso, “no caso de entidade de saúde, [a entidade filantrópica] deverá comprovar anualmente o percentual de atendimentos ao SUS de pelo menos 60%” (SANTOS; UGÁ; PORTO, 2008, p. 1437).

Ao pensar a instituição da saúde como direito de todos e dever do Estado, os hospitais filantrópicos (os quis muitas vezes atuam muito mais em uma perspectiva empresarial do que caritativa), estabelecem contradições direta se colocado em relação a proposta do Sistema Único de Saúde, onde o Estado, ao invés de investir na rede própria do SUS e garantir um atendimento universal, subsidia recursos para instituições privadas, ainda que ditas sem finalidade lucrativa. Expressando, desse modo, a expansão do ideário neoliberal na política de saúde, que desresponsabiliza o Estado de investir no campo das políticas sociais e delega estas a entidades do terceiro setor, como é o caso de hospitais filantrópicos e como há um tempo se

configurou o hospital São Rafael. Como afirma Behring, no contexto do neoliberalismo, a política social tem como orientação

a focalização das ações, com estímulo a fundos sociais de emergência, aos programas compensatórios de transferência de renda, e a mobilização da “solidariedade” individual e voluntária, bem como das organizações filantrópicas e organizações não governamentais prestadoras de serviços de atendimento, no âmbito da sociedade civil [...] (2000, p.11)

Contudo, ainda com todas essas contradições, podemos considerar que historicamente esses hospitais, por seus recursos tecnológicos e infraestruturas, se configuraram como grandes parceiros do Sistema Único de Saúde. Assim, não podemos negar que historicamente o hospital São Rafael, como rede filantrópica, oferecia em alguma medida suporte ao SUS, tanto na oferta de leito SUS na unidade São Rafael e prestação de serviços e tratamentos oncológicos e de hemodiálise, como também, por meio do Centro Oncológico Irmã Ludovica, instituição 100% SUS ligada ao HSR e destinada ao atendimento de Pacientes Oncológicos de diversos municípios da Bahia. Desse modo, durante décadas o HSR, por meio do Monte Tabor, foi uma instituição importante na prestação de serviços SUS para a população baiana.

Entretanto, o hospital ficou sob a gerencia à rede Monte Tabor – Centro Ítalo Brasileiro até julho de 2018. A partir de julho do mesmo ano o Hospital passou a ser gerido pela Rede D’OR, a qual tem natureza jurídica caracterizada como sociedade anônima fechada⁶ (BRASIL, 2019). Assim, o hospital passa de uma instituição filantrópica, baseada em valores religiosos e da caridade para um hospital sob a gerencia de uma entidade privada, com finalidade lucrativa, ou seja, pautada em um modelo de gestão divergente do anterior e, portanto, com objetivos no campo da saúde direcionados efetivamente para um retorno financeiro proveniente dos serviços prestados. Nessa mudança o nome empresarial da instituição também é alterado, de Monte Tabor Centro Ítalo Brasileiro de Promoção Sanitário passa a ser Hospital São Rafael S.A.⁷.

Nessa perspectiva, faz-se necessário regatar aqui a própria dinâmica da sociedade brasileira e a história da política de saúde no cenário nacional para entender esse processo de mudança no Hospital São Rafael. A primeira questão a se destacar, nesse sentido, é que o

⁶ “Entidades dotadas de personalidade jurídica de direito privado, de natureza mercantil, as quais, ao invés das companhias abertas, não contam com a admissão dos valores mobiliários de sua emissão à negociação no mercado de valores mobiliários, não estando sujeitas, portanto, à fiscalização da Comissão de Valores Mobiliários (CVM). Base legal: Lei n.º 6.404, de 1976 (com a redação dada pela Lei n.º 10.303, de 2001) (IBGE, 2019).

⁷ Essa informação tem a finalidade de informar que toda vez que a instituição HSR for nomeada como Hospital São Rafael S.A refere-se a este sob a gerencia da Rede D’OR.

campo da saúde no Brasil é marcado pela predominância do projeto privatista de saúde e isso tem a partir da década de 1990, fundamentos no projeto neoliberal, o qual tem no Estado o assegurador de condições para a reprodução do capital, através de medidas que visa a viabilização dos superlucros e da acumulação. Nessa direção, o Estado cumpre o papel de regulamentar medidas econômicas que viabilize a expansão do capital na comercialização dos bens e serviços do âmbito social. Behring (2000) identifica que, a partir do ideário neoliberal, há uma degradação dos serviços públicos e cortes dos gastos na área social, o que levam “a um processo de privatização induzida nesse terreno. Ou seja, há uma mercantilização e transformação de políticas sociais em negócios – o que expressão um processo mais amplo de supercapitalização (MENDEL, 1982 apud BEHRING, 2000, p. 09).

Além disso, como já mencionado acima, desde a década e 1970 o setor privado com finalidade lucrativa vem ganhando espaço no país em detrimento das entidades filantrópicas (BRASIL, 2001). Estas últimas, inseridas na dinâmica do capital, vão, também, perdendo a finalidade caritativa e atuando no mercado da venda dos serviços de saúde. Desse modo, a venda do hospital HSR para uma empresa privada, apesar de expressar, em alguma medida uma perda de atendimento gratuito para parcela da população, pode-se considerar que esta instituição segue o fluxo do que vem determinando o projeto privatista no campo da saúde ao longo do contexto brasileiro.

Ademais, apesar de os dados do CNES (BRASIL, 2019) informar que o Hospital São Rafael, atualmente, continua a manter contrato com o SUS, dispondo de alguns atendimentos SUS, o banco de dados não oferece informações suficientes sobre as formas de acesso desses pacientes ao Hospital via SUS. Nessa direção é válido resgatar o que Santos, Ugá e Porto (2008), compreendem sobre essa relação entre os subsídios do SUS para os prestadores privados de assistência à saúde. Segundo a mesma autora “[...] nada menos que 72% dos prestadores hospitalares que atuam na saúde suplementar também prestam serviços ao SUS” (SANTOS; UGÁ; PORTO, 2008, p. 1438). Nesse sentido, ela revela que nesse “mix” entre o público e o privado “existem relações pouco claras entre o papel que um mesmo prestador privado exerce em segmentos diferentes (no SUS e no setor de saúde suplementar)” (SANTOS; UGÁ; PORTO, 2008, p. 1439). Diante dessa informação da autora e do cenário de poucas informações sobre o HSR sob a gerencia da Rede D’OR e sobre a relação que foi estabelecida entre esse hospital e os gestores do SUS, aqui algumas hipóteses são colocadas, tomando por referência o que nos informa a literatura construída na área de saúde – abordada nesse estudo - e a própria história e desenvolvimento da Rede D’OR no cenário nacional.

Fundada em 1977, a Rede D'Or São Luiz, de acordo com o CADE (2018), começou a investir no mercado de hospitais a partir da década de 1988 e ao longo do tempo foi comprando hospitais por todo o país, começou pelo grupo São Luiz de São Paulo e, hoje, possui hospitais e clínicas em estados como Rio de Janeiro, São Paulo, Pernambuco, Distrito Federal e, agora, também na Bahia. O Caderno do CADE 2018 também informa que a Rede D'OR recebeu investimento de capital estrangeiro da instituição financeira Pactual e Carlyle Group, mas o seu controle pertence ao fundador do grupo Jorge Moll Filho.

De acordo com o portal da rede a sua estratégia se mantém com foco na expansão de novas tecnologias, equipe altamente qualificada e no atendimento humanizado. A rede caracteriza sua missão como a “Prestação de atendimento médico-hospitalar de alta eficácia, com equipes qualificadas e motivadas, respeitando a ética e o indivíduo em seu contexto social”. Segundo o portal da rede D'OR, esta está fundamentada em valores de competência, credibilidade, desenvolvimento, humanização, integridade e respeito. A rede tem por objetivo “ser referência em gestão hospitalar e na prestação de serviços médicos, com base nos mais elevados padrões técnicos” (PORTAL SÃO RAFAEL, 2019), esse dado revela aquilo que acima já nos foi informado, a saúde quando pensada em uma perspectiva interventiva a partir, predominantemente, de elevados padrões técnicos e na prestação de serviços médico, indica uma visão biologistica do processo saúde/doença, o que repercute diretamente no modelo de atenção hospitalar e no relacionamento do conjunto dos profissionais.

O Conselho Administrativo de Defesa Econômica (CADE) entre os anos de 2003 até o ano de 2017, julgou 155 atos de concentração envolvendo empresas dos mercados de planos de saúde, hospitais e serviços de medicina diagnóstica. Nesse período constatou-se o “crescimento e a consolidação de alguns grupos econômicos que se tornaram líderes dos seus mercados, adotando como uma de suas principais estratégias de expansão, operações de fusão e aquisição de empresas desses mercados” (CADE, 2018, p.21). Dessas empresas a Rede D'OR está classificada como a segunda mais ativa nessas operações. (CADE, 2018, p.21). A esse processo, podemos associar alguns acontecimentos no campo da saúde, entre eles a permissão legal de capital estrangeiro em investimentos nacionais na área da saúde através da lei nº 13.097/15.

O crescimento dos mercados foi acompanhado por mudanças estruturais. A abertura do setor para o investimento estrangeiro, o aporte de fundos de investimento nacionais e a abertura do capital impulsionaram um forte movimento de fusões e aquisições nos três mercados, que não se restringiu à concentração entre empresas do mesmo segmento, mas incluiu um intenso

processo de integração vertical envolvendo operadoras de planos de saúde, hospitais e medicina diagnóstica. (CADE, 2018, p. 06).

O incentivo de capital estrangeiro no campo da saúde contribuiu para o aumento do poder de mercado e do poder de investimento da Rede D'OR no cenário nacional, caracterizando esta empresa como uma das com maiores atuações no mercado de saúde no Brasil. Segundo Filippin (2015), qualquer investimento de capital estrangeiro em empresas nacionais tem a intencionalidade de lucro. Assim, podemos considerar que a atual gestora do Hospital São Rafael, atua no mercado de hospitais prestando serviços de saúde com a finalidade de acumulação de capital.

O hospital São Rafael sai de uma gestão pautada em princípios de caridade, ainda com todas as ressalvas já feitas, para uma gestão de uma empresa que administra uma rede de hospitais no país, situada no cenário nacional como um dos grandes grupos econômicos do país no campo da saúde (CADE, 2018). Ou seja, nessa administração a prestação de todo e qualquer serviço de saúde tem como finalidade um retorno financeiro. Diferente do Monte Tabor que, apesar de também atender pacientes via convênio no HSR, era uma empresa filantrópica com compromisso legal de prestar assistência tanto no campo da saúde como no campo social.

Dessa forma, a própria história da saúde e da sociedade brasileira, se pensada no campo das determinações sócio-históricas do modo de produção capitalista, explica a venda de um hospital gerido por uma entidade filantrópica, para uma entidade empresarial com finalidade lucrativa. Desde o período militar, o setor privado da saúde tem crescido e tomando lugar das instituições filantrópicas e das instituições próprias do Sistema Único de Saúde. O HSR, imerso na dinâmica societária, não tem suas mudanças deslocadas dos acontecimentos macros da sociedade e da política de saúde. O advento do neoliberalismo e a, consequente, entrada da lógica de mercado no âmbito das políticas sociais, vem trazendo para o campo da saúde cada vez mais as características do projeto privatista. Onde até o filantrópico perde vez para a atuação majoritariamente com finalidade lucrativa.

Em termos de estrutura física, quantitativo de recursos humanos e prestação de serviços, de acordo com o atual site da instituição e com o relatório desenvolvido no estágio⁸ em Serviço Social na referida instituição, período quando a instituição ainda estava sob a gerencia do Mote Tabor, não se alterou. O Hospital São Rafael, localizado no bairro de São

⁸ Componente curricular cursado pela aluna responsável por essa pesquisa na disciplina de Estágio Supervisionado em Serviço Social I na Universidade Federal da Bahia (UFBA).

Marcos – Av. São Rafael, 2152, Salvador, BA, CEP 41253-190 – desde a sua criação tem se configurado como parte importante da rede suplementar de assistência à saúde na cidade de Salvador e no estado da Bahia como um todo. Atualmente é uma instituição privada e que atende, predominantemente, pacientes de planos de saúde e particulares. Apesar de constar no CNES (BRASIL, 2019) que a instituição possui contrato com o SUS, a mesma fonte de dados não oferece informações suficientes sobre os tipos de serviços e acesso de usuários via SUS na instituição.

O São Rafael é um hospital com unidades hospitalar e ambulatorial, o que o caracteriza como um hospital de porte geral. O HSR é considerado um Hospital de alta complexidade constituído de Unidade de Emergência Adulta e Pediátrica, UTI Adulto e Pediátrica, UCI, Semi Intensivas e Ambulatório. Apesar de constar no CNES (BRASIL, 2019) que possui contrato com o SUS, a mesma fonte de dados não dispõe de informações suficientes sobre como se dá a oferta de serviços dessa empresa privada para pacientes amparados pelo SUS. O portal do hospital informa que a forma de acesso a instituição se dá por meio de convênios particulares de saúde. Ademais, a unidade hospitalar no seu público de atendimento homens e mulheres, criança, adolescentes, adultos e idosos. O Hospital São Rafael é hoje considerado referência em áreas como Oncologia, Neurologia, Nefrologia, Transplante de Medula Óssea e pesquisa com células-tronco (PORTAL SÃO RAFAEL, 2019).

O hospital São Rafael, atualmente, conta com serviços de 47 especialidades médicas. Para prestar assistência integral ao paciente, a instituição dispõe dos serviços de Laboratório de Análises Clínicas, Diagnóstico por Imagem, Medicina Nuclear, Anatomia Patológica e Citopatologia, Radioterapia, Neurofisiologia, Hemodiálise e Endoscopia Digestiva. Atualmente o hospital conta com 356 leitos de internação e 68 leitos de terapia intensiva e semi-intensiva. Ademais, conta com 12 salas de cirurgia, um centro médico diagnóstico com 88 consultórios; dois prédios (cada um com 10 andares); e duas salas para procedimentos hemodinâmicos. Além disso, possui Unidade de Emergência com 22 leitos de observação adulta e cinco pediátricos. A instituição conta ainda com o trabalho de 2319 profissionais para atender uma média de 2 mil pacientes por dia. A equipe de profissionais que configura o quadro de pessoal da instituição hoje são os médicos, enfermeiros, técnicos em enfermagem, nutricionistas, farmacêuticos, fisioterapeutas, psicólogos, assistentes sociais, auxiliares administrativos, administradores hospitalares, serviços gerais, entre outros (PORTAL SÃO RAFAEL, 2019; BRASIL, 2019).

Desde quando o hospital esteve sob a gerência do Monte Tabor, a prática da pesquisa fazia parte da dinâmica da instituição. Atualmente, sob os comandos da Rede D'OR, a instituição continua a investir na área de pesquisa em saúde, tendo como missão: “Fomentar a realização de pesquisa de qualidade e promover o paradigma científico como componente essencial das decisões clínicas e administrativas do Hospital São Rafael” (PORTAL SÃO RAFAEL, 2019).

Apesar das limitações dessa caracterização, o mais importante a considerar é que a mudança de gestão ocorrida no hospital São Rafael tem como impacto principal a mudança de princípios e a finalidade da assistência à saúde. Enquanto a primeira tinha por princípio a caridade e prestava serviços gratuitos na área da saúde e no âmbito social através de projetos sociais, a segunda está assentada na lógica mercadológica da saúde e presta serviços através da relação de compra e venda desses serviços.

A caracterização dessa instituição objetivou conhecer melhor o espaço ocupacional onde se desenvolve o trabalho das assistentes sociais, objeto de estudo neste trabalho. A compreensão sobre a história e as mudanças no modelo de gestão da instituição a partir do ano de 2018 será de grande relevância para atender o objetivo principal deste estudo: entender como o trabalho das assistentes sociais estão organizados a luz do novo modelo de gestão no HSR e como essa mudança repercutiu na organização desse trabalho e na prestação de serviços por parte das assistentes sociais na referida instituição. O HSR é a instituição nesse estudo que organiza o trabalho do assistente social e oferece limites e possibilidades para a atuação desse profissional. A instituição recorta as expressões da questão sobre a qual o trabalho profissional intervém, bem como oferece os meios e condições para o desenvolvimento desse trabalho. Assim, cabe agora compreender as particularidades dos processos de trabalho nos quais se inserem as⁹ profissionais do Serviço Social nesta instituição marcada por particularidades.

3.3 A ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO DE ASSISTENTES SOCIAIS NO HOSPITAL SÃO RAFAEL S.A E O SIGNIFICADO SOCIAL DA PROFISSÃO NESSE ESPAÇO OCUPACIONAL

Entender de que modo o trabalho do assistente social está organizado no atual contexto do HSR, um dos objetivos desse estudo, pressupõe analisá-lo a partir da sua

⁹ As assistentes sociais aqui serão tratadas no feminino, uma vez que todas as profissionais do Serviço Social do hospital São Rafael são mulheres.

dimensão de trabalho concreto e trabalho abstrato, desvelando, assim, a especificidade desse trabalho diante do conjunto do trabalho desenvolvido pelos outros trabalhadores da instituição e as determinações sociais e institucionais que moldam a inserção do assistente social nas particularidades das relações institucionais da unidade hospitalar referida. Assim, neste tópico buscamos desvelar o significado social do trabalho das assistentes sociais do HSR a partir do modo como este trabalho está organizado na instituição, referente as condições concretas oferecidas pela instituição para o desenvolvimento do trabalho profissional; os instrumentos e meios de trabalho que dispõe a instituição e os acionados pelas profissionais para realizar seu trabalho; as expressões da questão social e as respostas oferecidas pelas assistentes sociais para as demandas que se apresentam no cotidiano de trabalho; e, também, a correlação de forças estabelecidas pela imersão do assistente social na relação de compra e venda da sua força de trabalho em uma instituição com finalidade lucrativa.

Segundo a perspectiva teórica de Yamamoto (2014), o Serviço Social faz parte da divisão social do trabalho e contribui para a produção e reprodução das relações sociais vigentes. Como uma especialização do trabalho coletivo essa profissão emerge a partir da própria dinâmica capitalista e sua consequente forma de relação social, que requisita para o campo da reprodução social um profissional capaz de atuar na tensão que se estabelece entre os interesses divergentes entre as duas classes fundamentais: burguesa e trabalhadora. Desse modo, esse tipo de trabalho especializado surge para atuar nas contradições inerentes as tensões estabelecidas pela relação capital trabalho, através, principalmente, das respostas oferecidas pelo Estado e empresariado na forma concreta de serviços sociais, sendo estes, na compreensão de Yamamoto, “uma forma transfigurada de parcela do valor criado pelos trabalhadores e apropriado pelos capitalistas e pelo Estado, que é devolvida a toda a sociedade [...] sob a forma transmutada de serviços sociais” (YAMAMOTO, 2014, p. 99).

O assistente social, em seu cotidiano de trabalho, independente da instituição na qual esteja inserido, responde a interesses tanto do capital como do trabalho. Ao mesmo tempo e pela mesma atividade, da resposta às necessidades de sobrevivência da classe trabalhadora, como também contribui para a manutenção do atual sistema de produção, tanto pelo processo de pacificação da classe trabalhadora, como pela própria reprodução da força de trabalho que é parte fundamental para a reprodução dessas relações. (YAMAMOTO, 2014, p. 81).

[...] Quando a preocupação é elucidar o significado social desse trabalho no processo de reprodução das relações sociais, é decisivo considerar as particulares condições e relações sociais que emolduram o trabalho profissional para clarificar seus efeitos nos processos sociopolíticos e

culturais e no circuito global da (re) produção do capital. Em outros termos, o exercício profissional sob a órbita do Estado, das empresas capitalistas e de entidades privadas não lucrativas tem efeitos e significados distintos no processo de reprodução das relações sociais, porque o trabalho se realiza na relação com os sujeitos sociais específicos” (IAMAMOTO, 2014, p. 425).

Nessa direção, o trabalho das assistentes sociais desenvolvido no Hospital São Rafael está imerso em uma dinâmica institucional específica, a qual caracteriza-se por uma unidade hospitalar que presta assistência à saúde e tem como característica principal a finalidade lucrativa, ou seja, os recursos que subsidiam, majoritariamente, os serviços prestados nesse campo são recursos privados o que indica, conseqüentemente, que nesse espaço o assistente social lida cotidianamente com as tensões que se estabelece pela relação de compra e venda de um serviço – a assistência à saúde – que nos princípios éticos da profissão é compreendido como um direito de cidadania: [O assistente social deve ter] “Posicionamento em favor da equidade e justiça social, que assegure universalidade de acesso aos bens e serviços relativos aos programas e políticas sociais, bem como sua gestão democrática” (CFESS, 1993). Nessa direção, o assistente social nessa instituição, como em tantas outras de caráter privado, trabalha, também, com as tensões que se estabelece no direito do consumidor, expresso na relação entre operadoras de planos de saúde, a prestadora de serviços de saúde – o hospital – e os clientes - usuários dos serviços. Ademais, na unidade hospitalar, o assistente social trabalha com a imediatez das problemáticas que caracterizam esse tipo de instituição, o adoecimento, a dor e o sofrimento tão presentes nesse espaço exigem do conjunto dos trabalhadores respostas práticas, imediatas e eficientes. Além disso, a forma como o modelo de atenção dos hospitais foi construída no desenvolver da política de saúde, marcado pela figura central do médico no processo de cuidado, traz desafios para uma atuação do assistente social que ultrapasse as problemáticas mais imediatas apresentadas pelos usuários e pela instituição empregadora.

Em vista disso, o assistente social está cercado por particularidades nesse espaço ocupacional específico que é o HSR, tanto por ser um hospital como pela sua natureza privada. Sendo o assistente social um profissional requisitado a atuar de acordo com os princípios da RSB e os valores impressos no Código de Ética, que tem como pressuposto a saúde como um direito e dever do Estado, no HSR – instituição privada com finalidade lucrativa – o assistente social se ver tensionado pelo seu projeto ético político, pelo estatuto assalariado e pelas demandas e pressões dos usuários frente às expressões da questão social. Além disso, esses profissionais atuam dentro das possibilidades que a instituição e a política

oferecem para a efetivação do seu trabalho, ainda que este profissional tenha a capacidade técnica e política e uma relativa autonomia amparada nos estatutos legais da profissão para alargar sua atuação, como trabalhador assalariado, que tem nas mãos do empregador boa parte dos recursos necessários para a realização do trabalho, o assistente social está condicionado pelo recorte que a instituição faz da política que opera e pelas prioridades que a instituição estabelece das demandas a serem atendidas (IAMAMOTO, 2012).

Ademais, nessa instituição, com finalidade lucrativa, podemos facilmente compreender que todo processo de trabalho desenvolvido coletivamente se destina a obtenção de lucro, o qual se dá, segundo Iamamoto (2014) baseada na concepção teórica de Marx, através do processo de extração de mais valia, a qual significa “o fim do processo capitalista de produção. Significa substancialmente a materialização de tempo de trabalho excedente, trabalho não pago apropriado pela classe capitalista” (IAMAMOTO, 2014, p.42-43). Desse modo, o assistente social, de acordo com a concepção de Iamamoto (2000) não atua no HSR diretamente como trabalhador produtivo – aquele que produz mais-valia, mas ele contribui para tal processo ao estar inserido em um processo coletivo de trabalho em uma instituição capitalista.

[...] Ao se pensar esse trabalho [o do assistente social] em empresas capitalistas, ele tem um efeito na sociedade do ponto de vista da produção de valores ou da riqueza social, ao ser parte de um trabalho coletivo. O assistente social não produz diretamente riqueza – valor e mais-valia -, mas é um profissional fruto de uma combinação de trabalhos especializados na produção, de uma divisão técnica do trabalho. É este trabalho cooperativo que, no seu conjunto, cria as condições necessárias para fazer crescer o capital investido naquela empresa. Caso essa especialização não tivesse função a desempenhar no processo de produção, na óptica dos interesses capitalistas, não seria contratada pelo empresário (IAMAMOTO, 2000, p.69-70).

Entendidos esses processos mais amplos que caracterizam e dão significado ao trabalho do assistente social na instituição estudada, agora vale detalhar de que forma esse trabalho está organizado nessa instituição em termos de condições de trabalho, determinantes sociais e institucionais, demandas institucionais e as oriundas dos usuários, as manifestações da questão social- objeto de trabalho profissional - e as atividades desenvolvidas pelas profissionais na instituição. Para traçar essa discussão foram usados como instrumentos metodológicos a revisão bibliográfica sobre a concepção de trabalho profissional do assistente

social em articulação com os resultados das entrevistas realizadas com o universo¹⁰ das assistentes sociais que compõe o quadro de profissionais do Serviço Social do HSR atualmente.

O Serviço Social no Hospital São Rafael está localizado no térreo e além de atender as demandas internas da instituição tem, também, atendimento aberto aos usuários da unidade e a população externa, tendo uma rotina de atendimento de segunda a sexta feira, das 08:00 as 18:00 horas. Durante os finais de semana e nos feriados o setor fica fechado. Atualmente, o setor tem como recursos humanos cinco assistentes sociais, sendo coordenado por uma delas e estando duas dessas profissionais, atualmente, de licença maternidade. As assistentes sociais trabalham por turno na instituição, uma pelo período da manhã e outra pelo período da tarde. Os atendimentos acontecem majoritariamente por demanda espontânea na sala de atendimento. De acordo com o CNES (BRASIL, 2019), todas as assistentes sociais são regidas na instituição pela CLT; e trabalham de acordo com a carga horária prevista na lei nº 12.317, trinta horas semanais.

De acordo com o que rege a Resolução CFESS nº 493/2006, que versa sobre as condições éticas e técnicas do trabalho do assistente social, o setor conta com uma infraestrutura adequada para o desenvolvimento das atividades e a preservação do sigilo profissional. Esse dado foi confirmado por todas as assistentes sociais entrevistadas, como também foi percebido visualmente em uma visita a instituição. As profissionais contam com estruturas e meios de trabalho necessários para o andamento das atividades, entre eles: salas de atendimento com estrutura que garantem o sigilo profissional e um bom atendimento ao usuário; computadores, telefones, fax, impressora e armários para o armazenamento de documentos (cumprindo assim o sigilo profissional resguardado no Código de Ética profissional dos assistentes sociais – Cap. V), prontuários e materiais de estudos refere ao Serviço Social como o Código de Ética da categoria.

Descrita as características mais técnicas da organização do trabalho profissional das assistentes sociais do HSR, cabe agora entender de que modo as expressões da questão social se apresentam nesse cotidiano de trabalho, as atividades desenvolvidas por essas profissionais e os instrumentos e meios acionados. Todavia, tudo isso não pode ser pensado descolado das dimensões de trabalho concreto e trabalho abstrato que caracterizam e determinam, respectivamente, o trabalho do assistente social nos diferentes espaços ocupacionais e, portanto, no universo do HSR.

¹⁰ Um total de cinco assistentes sociais entrevistadas.

Em decorrência, o caráter social desse trabalho assume dupla dimensão: (a) enquanto trabalho útil atende a necessidades sociais (que justificam a reprodução da própria profissão) e efetiva-se através de relações com outros homens, incorporando o legado material e intelectual de gerações passadas, ao tempo em que se beneficiadas conquistas atuais das ciências humanas e sociais; (b) mas só pode atender às necessidades sociais se seu trabalho puder ser igualado a qualquer outro enquanto trabalho abstrato - , mero coágulo de tempo social médio -, possibilitando que esse trabalho privado adquira um caráter social” (IAMAMOTO, 2012, p. 421).

No hospital São Rafael, o trabalho das assistentes sociais enquanto trabalho concreto se caracteriza pela especificidade das atividades que desenvolve diante dos outros trabalhadores. Além disso, a qualidade e utilidade desse trabalho se expressa pelo objeto diferenciado sobre o qual incide a sua atuação. Diferente do médico, do enfermeiro, que lidam diretamente com a doença, o assistente social atua nas condições de vida e saúde dos usuários que interferem no seu processo de recuperação e qualidade de vida. Com base nos dados das entrevistas realizadas, tomando como referência a pergunta que foi feita as entrevistadas sobre as principais expressões da questão social que se manifestam no cotidiano de trabalho na instituição, associada às análises feitas podemos identificar que as expressões da questão social – objeto de trabalho do assistente social – se manifestam nas condições de vida e saúde dos usuários, nas relações familiares, na configuração da política de saúde no cenário nacional, na organização da instituição prestadora de serviços e na própria dinâmica social.

Ao analisar as respostas das cinco entrevistas foi possível perceber que a questão social se expressa cotidianamente no espaço de trabalho das assistentes sociais, através, principalmente, das demandas dos usuários e da instituição empregadora. Estas podem ser percebidas através: da reivindicação de pacientes pela continuidade de atendimento SUS na instituição, tendo em vista que outrora a instituição dispunha atendimento SUS; busca do hospital por parte da população usuária do SUS, mesmo sendo nos tempos atuais uma instituição privada, para resolver problemas relacionados à saúde; pacientes sem convênios que entram no hospital via particular, mas não tem condições de custear as despesas geradas no atendimento prestado; criança em situação de risco, idoso em situação de risco, mulher em situação de violência; conflitos familiares; seleção referente ao perfil do acompanhante que tem direito a refeição; abandono de idoso; usuários buscando informações sobre recursos da comunidade; demandas de vida dos pacientes que, de modo geral são trabalhadores e tem convênio via empresa onde trabalham, mas que lidam com a dificuldade financeira, a organização familiar etc.; doenças relacionadas à vida laboral; os limites do acesso a saúde ,

seja ela pública ou privada; necessidade de saúde pública (pacientes buscam o HSR para resolver um problema com expectativa de que seja resolvido, porque no serviço público não consegue); saúde privada que também tira do paciente o acesso (conflitos entre planos de saúde e cliente); conflitos na família : questões econômicas, ausência de filhos, ausência de pessoas próximas participando do processo de cuidado; abandono de pessoas; pacientes sozinhos; distância nas relações familiares; pacientes que buscam orientação sobre onde conseguir determinado serviço; falta de acesso dos pacientes a unidade de saúde pública e o HSR é acessado via convênio; a questão social se expressa também pela vulnerabilidade apresentada pelos usuários, mesmo esse sendo em sua maioria beneficiários de plano de saúde, podendo ser citado como exemplo questões como falta de recursos para manutenção das refeições dos acompanhantes (fora do perfil da liberação); situações econômicas desfavoráveis para manutenção do tratamento estabelecido pela equipe médica. (informações retiradas das entrevistas)

Desse modo, compreendemos aqui que a questão social não está relacionada apenas a pobreza e miséria, para Iamamoto (2012),

A questão social expressa, portanto, desigualdades econômicas, políticas e culturais das classes sociais, mediatizadas por disparidades nas relações de gênero, características étnico-sociais e formações regionais, colocando em causa amplos segmentos da sociedade civil no acesso aos bens da civilização. Dispondo de uma dimensão estrutural, ela atinge visceralmente a vida dos sujeitos numa “luta aberta e surda pela cidadania (Ianni,1992), no embate pelo respeito aos direitos civis, sociais e políticos e os direitos humanos[...] (IAMAMOTO, 2012, p. 160)

Uma das entrevistadas ainda coloca:

A questão social... ta atrelada, principalmente aos resultados desse sistema capitalista, e não, necessariamente, ele tem haver só com o aspecto socioeconômico. Ele te haver com uma serie de acessos as pessoas. A questão social mais latente que a gente trabalha é o acesso a saúde, seja ela pública ou privada. É... nós ainda temos a demanda da necessidade saúde pública, que é quando essa pessoa vem em busca do HSR como lugar para resolver um problema, que talvez ela tenha expectativa de que vai ser resolvida aqui, porque entro do serviço público ela não consegue. E a gente tem também a demanda da saúde atrelada a quem tem assistência privada q eu muitas vezes é tirado dele um acesso a um direito dele né? [...] (ASSISTENTE SOCIAL 02).

Na análise de resultado dos dados da entrevista utilizamos números para nos referirmos as entrevistadas com a finalidade de manter o sigilo dos nomes das participantes e atender o que foi firmado através de um termo de compromisso.

Os usuários do HSR acessam os serviços do hospital, em sua maioria via operadores de plano de saúde; contudo, segundo dados das entrevistas, na maioria das vezes esses planos de saúde estão vinculados à empresa na qual o paciente é trabalhador. Dessa forma, as contradições, desigualdades e conflitos gerados pela sociedade capitalista repercutem diretamente na vida desses trabalhadores. Isso fica claro na fala de uma das entrevistadas, quando diz: “[o paciente] tem um convênio, mas não tem dinheiro para a alimentação do acompanhante e nem dinheiro para um taxi para voltar para casa” (ASSISTENTE SOCIAL 05). Nessa instituição as assistentes sociais se deparam cotidianamente com expressões da questão social que afetam a vida e a saúde das pessoas. Muito mais que pobreza e miséria, a questão social se constitui pela própria dinâmica da sociedade, sendo aqui compreendida como os resultados das relações vigentes afetando na qualidade de vida e saúde da classe trabalhadora, como também no acesso a bens e serviços.

Desse modo, a questão social se configura como a contradição inerente a relação capital trabalho, pode-se compreender que as relações predominantes do sistema capitalista transcendem a esfera socioeconômica e repercute também nas relações sociais. De acordo com Iamamoto, a política neoliberal e a financeirização do capital têm acentuado cada vez mais as manifestações da questão social, “[...] retrocesso no emprego, a distribuição regressiva de renda e a ampliação da pobreza” (IAMAMOTO, 2012, p. 147). O fato do hospital está inserido na lógica capitalista e os seus usuários terem, talvez, uma condição social mais favorável que um usuário exclusivamente do SUS, não quer dizer que nesse espaço a questão social não se manifeste. Quando um usuário tem um acesso negado pelo seu plano de saúde isso não se caracteriza por uma tensão entre os interesses do capital – representado pelo plano de saúde- e do trabalho – representado pelo usuário?

Como reiterado por algumas das assistentes sociais durante as entrevistas, esses usuários também são trabalhadores que convivem diariamente com conflitos familiares, com as pressões da dinâmica de trabalho, com a insegurança do desemprego, com a instabilidade financeira, com a violação de direitos e com a fragilidade das relações familiares. Ademais, a questão social nesse espaço de trabalho também se expressa pelo próprio rumo que a política de saúde vem tomando no Brasil, no qual há uma crescente oferta de serviços no âmbito privado e a diminuição no espaço público, resultando na falta de atendimento da população

mais carente, fazendo com que essa, muitas vezes com que essa acesse os serviços de saúde nos hospitais privado para não ficar sem atendimento.

Esse quadro de radicalização da questão social atravessa o cotidiano do assistente social que se defronta com segmentos de trabalhadores duramente penalizados. De um lado ampliam-se as necessidades não atendidas da maioria da população, pressionando as instituições públicas por uma demanda crescente de serviços sociais. De outro lado, esse quadro choca-se com a restrição de recursos para as políticas sociais governamentais, coerente com os postulados neoliberais para a área social, que provocam o desmonte das políticas públicas de caráter universal, ampliando a seletividade típica dos “programas especiais de combate a pobreza” e a mercantilização dos serviços sociais, favorecendo a capitalização do setor privado” (IAMAMOTO, 2012, p. 148, grifo da autora).

Essas problemáticas expressam manifestações da questão social ainda mais amplas. Ao perder parte do seu contrato com o SUS o HSR deixa de atender uma parte da população em situação de vulnerabilidade e dependência de um atendimento gratuito. Os hospitais e unidades de saúde da rede própria do SUS superlotados não tem mais vaga para abarcar essa população que outrora fora atendido nessa unidade hospitalar.

Entendido a respeito do objeto de atuação das assistentes sociais no HSR, agora cabe compreender de que forma essas profissionais desenvolvem seu trabalho a fim de atender as demandas apresentadas tanto pelos usuários como pela instituição no cotidiano na instituição. Essas atividades diferenciam o trabalho das assistentes sociais do conjunto das atividades desenvolvidas pelo conjunto dos outros trabalhadores que compõe o HSR, caracterizando assim o valor de uso do trabalho deste profissional na instituição. No campo da saúde, esses profissionais, além de contarem com os direcionamentos éticos e políticos expressos nos aparatos legais da profissão tem também como direcionamento o Parâmetro de Atuação Profissional no campo da Saúde construído pelo CFESS (2010). Desse modo, as diferentes formas de especialização que compõe uma equipe de profissionais na saúde contribuem para o enriquecimento no atendimento; e o assistente social, parte dos trabalhadores da saúde, em decorrência de sua formação, tem competências e habilidades distintas para desempenhar suas ações (CFESS, 2009, p. 46). Logo,

[...] o assistente social, ao participar de trabalho em equipe na saúde, dispõe de ângulos particulares de observação na interpretação das condições de saúde do usuário e uma competência também distinta para o encaminhamento das ações, que o diferencia do médico, do enfermeiro, do

nutricionista e dos demais trabalhadores que atuam na saúde. (CFESS, 2009, p. 46).

Assim, no HSR, as assistentes sociais desenvolvem suas atividades oferecendo respostas às expressões da questão social que se apresentam como demandas através principalmente: do atendimento de demandas espontâneas, tanto dos usuários que procuram o serviço como da própria instituição e os demais profissionais; do monitoramento de *home care* para processo de desospitalização dos pacientes; monitoramento de transferência dos pacientes para outras unidades; orientação sobre recursos da comunidade; visita ao leito de pacientes internados para presta atendimento; realização de registros dos atendimentos realizados e das informações coletadas em prontuários dos pacientes; orientação a familiares referente a óbito de seus entes; encaminhamentos externos; notificação a órgão competentes (Conselho Tutelar, Ministério Público etc.); reunião com equipe para discussão de prontuários de pacientes, principalmente no que se refere a questão das desospitalização; acompanhamento de pacientes em Hemodiálise (tramite de Hemodiálise em trânsito); atendimento junto a família e paciente para mediar situações de conflitos familiares; orientações de normas e rotinas da instituição; acompanhamento quando necessário de pacientes com internamento particular, que não possuem convênio e, ao mesmo tempo, não tem condições de pagar os custos gerados pelo internamento; orientação sobre direitos sociais e previdenciários.

Tomando por base as orientações e recomendações do Parâmetro de atuação na Política de Saúde, o que se percebe é que o trabalho do assistente nesse hospital específico se desenvolve, prioritariamente a partir do eixo “atendimento direto aos usuários”. Ainda de acordo com tais Parâmetros “As ações que predominam no atendimento direto são as ações socioassistenciais, as ações de articulação interdisciplinar e as ações socioeducativas” (CFESS, 2010, p. 43). Contudo, essas últimas tem menos expressão na instituição, principalmente pela quantidade de profissionais que atuam no setor atualmente, ficando desse modo, as atividades mais restritas, voltando-se principalmente para o atendimento imediato, referente a transferências, demandas espontâneas, orientações etc., questões jurídicas e todas as outras questões que se refiram a boa estadia do paciente no hospital, as suas dúvidas e inquietações e a sua saída da instituição.

Tendo em vista as atividades desenvolvidas o que se percebe através das falas das entrevistas é que o trabalho se dá, majoritariamente, através da demanda espontânea. Ou seja, o assistente social realiza sua atividade de forma imediata, de acordo com a “problemática”

que o usuário ou a instituição lhe apresenta. Ademais, também foi identificado que o processo de *home care* é uma das atividades mais desenvolvidas pelas profissionais na instituição. Disse uma das entrevistadas: “de um dia de trabalho, de 20 pacientes que eu atendo, 17 é referente a processo de desospitalização” (ASSISTENTE SOCIAL 03). Isso revela duas coisas importantes: a primeira é que ela reafirma aquilo que Iamamoto já disse, que o assistente social, por uma mesma atividade das respostas aos interesses tanto dos trabalhadores (usuários dos serviços do hospital) como também a instituição na qual trabalha. No processo de desospitalização o paciente anseia por estar em casa, por isso busca do Serviço Social respostas referentes a esse tramite; enquanto a instituição preza pela rotatividade dos leitos, o que gera mais prestação de serviços e, portanto, mais lucro. Assim, o assistente social atua nessa demanda situando-se entre os interesses da instituição, os dos usuários e os direcionamentos da equipe médica.

Os instrumentos e meios de trabalho que as assistentes sociais utilizam para desenvolver essas atividades citadas acima, em sua maioria, estão concentrados nas “mãos” da instituição, a qual dispõe dos serviços, programas e projetos pelos quais esses profissionais oferecem respostas as necessidades dos usuários. Além disso, contam também com o conhecimento, tanto dos fundamentos teórico-metodológicos como das diversas informações necessárias às análises de todas as dimensões implicadas no trabalho - os recursos materiais disponibilizados pelas políticas e instituições diretamente além das abordagens e técnicas utilizados pelos assistentes sociais para intervir junto às expressões da questão social que se apresentam em seu cotidiano profissional. Um importante instrumento de trabalho do assistente social é o conhecimento que permite as análises e, por sua vez, permitem a seleção de abordagens e técnicas para a atuação em articulação com os recursos materiais e sociopolíticos e institucionais disponíveis.

Os principais instrumentos de trabalho acionados pelos assistentes sociais para intervir nas expressões da questão social no HSR são: no que se refere ao conhecimento e instrumentais teórico-metodológicos estão as leis, legislações e parâmetros de atuação; e referente aos recursos materiais e as abordagens: são as entrevistas (anamnese social), relatórios, parecer, reunião com a gestão e outros setores da instituição; acolhimento, escuta ativa, registro de atividades em prontuários, entre outras.

Contudo, aqui vale lembrar que as atividades desenvolvidas e os instrumentos utilizados, não dependem única e exclusivamente da capacidade técnica e da vontade das assistentes sociais, estas estão subordinadas ao trabalho abstrato, expresso na relação de compra e venda dessa força de trabalho.

Ou seja, durante o período em que trabalha, sua atividade é socialmente apropriada por outro: o sujeito que trabalha não tem o poder de livremente estabelecer suas prioridades, seu modo de operar, acessar todos os recursos necessários, direcionar o trabalho exclusivamente segundo suas intenções, o que é comumente denunciado como o “peso do poder institucional” (IAMAMOTO, 2012, p.422).

Na entrevista, uma das perguntas buscou entender qual a percepção das assistentes sociais sobre os limites e potencialidades do trabalho profissional no atual contexto da instituição, a maioria delas responderam na direção de que o potencial delas está limitado pela condição atual sobre a forma como o trabalho se desenvolve – “com pouca mão de obra”. A condição de assalariamento do assistente social, profissional que não possui todos os meios e recursos necessários para a realização do seu trabalho, é condicionada à lógica da instituição na qual trabalha, tendo sua autonomia tensionada pelo projeto ético-político profissional e pelo projeto institucional. Esse trabalho passa pelas repercussões das tensões estabelecidas a partir dos determinantes socioeconômicos, políticos e institucionais. Nas entrevistas realizadas uma das assistentes sociais menciona sobre esse aspecto: “Iamamoto ela fala de uma autonomia relativa, e eu sempre falei que dentro da instituição do privado, ela é relativíssima” (ASSISTENTE SOCIAL 01).

Por conseguinte, através das respostas das entrevistas foi identificado que os principais determinantes do trabalho profissional atualmente se configuram através: quantidade de pessoal insuficiente para atender a quantidade de demandas (questão citada por todas as entrevistadas); configuração das relações de trabalho dentro da instituição; os limites e conflitos oriundos da prestação de serviços dos convênios; condições socioeconômicas das pessoas; pacientes com convênios, mas sem condições para pagar despesas extras como alimentação de acompanhante e locomoção para casa; questões legais; questões institucionais: atendimento mais voltado para o modelo biomédico; regulação; limitação dos planos de saúde; estrutura da política de saúde, entre outras. Uma das entrevistas ainda coloca: “Os principais determinantes para minha atuação profissional estão relacionados com o fortalecimento do projeto ético-político profissional, articulando com os preceitos da Reforma Sanitária (não é fácil, é necessária muita determinação)” (ASSISTENTE SOCIAL 05). Outra diz:

[...] Então eu acho que junta a fragilidade mesmo... junta o fato de você ter um exército do lado de fora de pessoas que pode ocupar aquela vaga ali, junta suas necessidades pessoais... você não pode bater de frente com o chefe

porque você precisa sobreviver, você precisa comer e tal. E quando junta tudo isso, essa panela, você se torna tão dependente a ponto de você ser incapaz de questionar toda aquela estrutura (ASSISTENTE SOCIAL 01).

Assim resgatamos as construções de Yamamoto para pensar esses limites e tensões do cotidiano de trabalho que perpassa o trabalho das assistentes sociais, não só da unidade na qual este estudo se desenvolve, mas no conjunto de todos os espaços ocupacionais.

Para além dos acordos previstos no contrato de trabalho -, e, considerada a bagagem acadêmico-profissional do assistente social – o que determina o cotidiano das ações profissionais são as condições e relações sociais que circunscrevem esse trabalho. Elas interferem no seu direcionamento, nas atribuições delegadas, nos recursos autorizados, entre outras dimensões, cuja força decorre das relações de poder econômico e político que repercutem no próprio conteúdo e qualidade do trabalho realizado (IAMAMOTO, 2012, p. 424).

Contudo, mesmo com todas as tensões e contradições que permeiam o trabalho profissional das assistentes sociais, de acordo com a concepção de Yamamoto (2012), ainda que a autonomia dessas profissionais seja relativa, e por vezes ainda mais comprimida, há sempre potencialidades no desenvolvimento das atividades profissionais. Além do aparato jurídico que assegura as atribuições privativas e competências profissionais, além dos princípios que orientam a profissão, a autora ressalta que o contato direto com o usuário abre possibilidades para alargar a relativa autonomia desses profissionais, assim também como a tão famosa indefinição e “fluidez” do fazer profissional, muitas vezes vista de um ponto de vista negativo, para a autora pode ser usada como estratégia para “apresentar propostas de trabalho que ultrapassem meramente a demanda institucional” (IAMAMOTO, 2014, p. 87). Uma das entrevistadas, quando perguntada sobre a potencialidade do trabalho profissional no atual contexto da instituição, dar uma resposta que descreve bem essas potencialidades do trabalho profissional através dessas duas características mencionadas acima – o contato direto com o usuário e a “fluidez” do fazer profissional:

As possibilidades acho que estavam mesmo na criação de estratégias de trabalho [...] E eu acho que as nossas estratégias elas poderiam/podem ser construídas e implementadas na instituição se a gente mantém esse diálogo com a profissão, se a gente mantém essa atualização constante. Essa necessidade de leitura. Por exemplo, a CIDHOTT mesmo, a Comissão Intra-Hospitalar é uma comissão importante; inclusive para a instituição privada [...] Então eu acho que procurar criar atividades mais voltadas para a questão dessas comissões, que ela tem uma certa viabilidade e levar isso para a

diretoria... [...] é dialogar com as outras, se fazer ouvir junto com as outras, criar estratégias de trabalho com os outros profissionais [...] Então o que é que fazia nas entrelinhas? Conversando com o paciente que era plano de saúde, que ele tava ali revoltado... eu dizia: olha você tem seu direito, a lei tal... [...] da uma lida [...] (ASSISTENTE SOCIAL 01).

Independente da instituição na qual o assistente social está inserido ele sempre vai se deparar com desafios e potencialidades que são inerentes a própria dinâmica contraditória da sociedade capitalista, expressa na relação de interdependência e ao mesmo tempo de antagonismo entre capital e trabalho. Contudo, os diferentes espaços socioocupacionais desses profissionais trazem particularidades para a organização do trabalho, configurando, assim, significados sociais diferentes para o desenvolvimento das atividades realizadas. Apesar do objeto de trabalho do assistente social ser o mesmo nos diversos espaços de trabalho profissional – a questão social, a forma como ela se manifesta em cada instituição é determinada por um conjunto de fatores que tem a ver com o público atendido na instituição, com a formatação da política social a qual está vinculada a instituição, com as relações de trabalho, com as hierarquias institucionais, entre outras coisas. Assim também como as atividades desenvolvidas estão determinadas pelas condições de trabalho e pelas requisições feitas pelas instituições empregadoras.

Desse modo, diante de tudo que foi exposto, o trabalho das assistentes sociais do Hospital São Rafael ganha particularidades específicas no seu significado social neste espaço, o qual é marcado pela imediatividade da dinâmica hospitalar e pela característica mercadológica que o hospital possui de prestar assistência à saúde. Ademais, com a venda da unidade hospitalar de uma rede filantrópica – Monte Tabor para uma rede com finalidade lucrativa – Rede D'OR, o trabalho do assistente social sofre todas as repercussões dessa mudança no modelo de gestão, a qual significa uma nova forma de compreender a assistência a saúde, o que impacta diretamente na organização do trabalho profissional.

2.4 AS IMPLICAÇÕES DA NOVA GESTÃO DO HOSPITAL SÃO RAFAEL – REDE D'OR PARA A ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO DAS ASSISTENTES SOCIAIS

Diante da mudança no modelo de gestão do HSR, passando de uma instituição filantrópica para uma empresa privada com finalidade lucrativa, o objetivo central desse estudo foi compreender, principalmente, os impactos dessa mudança para a organização do trabalho das assistentes sociais que se vinculam a referida instituição. Contudo, antes de

adentrar nas análises dos dados, foi necessário compreender, no tópico 2.2 desse capítulo, todo o contexto histórico que caracteriza essa mudança na gerencia do HSR dando possibilidade, assim, de fazer algumas mediações necessárias para a análise sobre como hoje o trabalho está organizado e quais os determinantes sociais e institucionais que oferecem limites e possibilidades ao conjunto das atividades desenvolvidas e dos serviços prestados por essas profissionais no atual contexto da instituição.

Para o desenvolvimento dessa discussão foi utilizado como fonte de dados, além das entrevistas realizadas com as atuais assistentes sociais do HSR, um relatório anual de atividades desenvolvidas pelas assistentes socais da instituição ao longo do ano 2017, um ano antes da mudança no modelo de gestão do hospital. Tomando como base a atual organização do trabalho das assistentes sociais e os processos de trabalho nos quais estão inseridas, o relatório foi um documento importante para comparar o trabalho desenvolvido pelas profissionais há dois anos no setor do Serviço Social, quando a instituição ainda era vinculada a Monte Tabor, com o trabalho desenvolvido atualmente, sob a gestão da Rede D'OR.

No ano de 2017, de acordo com o relatório analisado, quando a instituição ainda era gerida pelo Monte Tabor, havia um total de 15 assistentes sociais atuando no setor do Serviço Social, mais um auxiliar administrativo, duas jovens aprendizes e duas estagiárias extracurriculares. Ainda nesse período, as assistentes sociais tinham seu trabalho organizado a partir das diversas unidades do hospital: Emergência, Pediatria (enfermaria, apartamentos e UTI), Oncologia (ambulatório e internamento), Nefrologia, Transplantes (hepato, renal e córnea) e Acompanhamento aos Pacientes de Longa Permanência (conveniados às seguradoras ou ao SUS), Acompanhamento aos pacientes internados nas Unidades (apartamentos e enfermarias) e Acompanhamento aos pacientes nas Unidades de Terapia Intensiva (geral e cardíaco). Cada uma ou duas das assistentes sociais ficavam responsáveis por atuarem na frente de trabalho dessas unidades, tanto no acompanhamento dos usuários, como na articulação com a equipe multiprofissional e no desenvolvimento de atividades específicas para atender as particularidades das demandas apresentadas por cada unidade. Além disso, o setor tinha atendimento por plantões de sala, onde a cada dia uma assistente social era responsável por atender as demandas espontâneas dos usuários e do conjunto dos outros profissionais que buscavam o Serviço Social do hospital cotidianamente.

Mesmo diante de toda dinâmica do contexto hospitalar, marcada pelos atendimentos de plantões e pelas emergências a serem respondidas com agilidade, como sinaliza Sodré (2012), o relatório analisado revela que a composição do quadro de pessoal, a organização do trabalho e a divisão de atividades das profissionais no período do ano de 2017 propiciavam,

em alguma medida, o desenvolvimento de atividades de caráter continuado com os pacientes internados e/ou em tratamento no hospital. A coordenação do setor de Serviço Social, por exemplo, além de desenvolver atividades referente à gestão dos profissionais que atuavam no setor, estava envolvida em diversas comissões e projetos dentro da instituição, entre elas a CIHDOTT, a Comissão de Humanização, a Comissão de Desospitalização e a Comissão de Gerenciamento de Leitos, como também atuava na construção de seminários para formação das assistentes sociais do setor.

Nas unidades de Pediatria e UTI pediátrica, por exemplo, eram desenvolvidas, além dos acompanhamentos rotineiros com a família e os pacientes internados, atividades de cunho sócio-educativo, entre elas o projeto intitulado “Mãe Participante”, além de outros projetos nos quais o Serviço Social também atuava e oferecia suporte. Nas unidades de internamento, a assistente social de referência realizava visitas diárias aos leitos para oferecer, entre outras coisas, suporte sócio-emocional e acolhimento tanto ao paciente como aos seus familiares e/ou acompanhante; acompanhamento mais efetivo de pacientes portadores de necessidades especiais; apoio e orientações referentes à transferência hospitalar; acompanhamento e orientação em caso de questões judiciais, restrições de visita, bem como dificuldades e queixa no momento da internação; disponibilização de esclarecimentos acerca de direitos legais e previdenciários, realização de discussão de caso com a equipe multiprofissional; atividades socioeducativas com pacientes e familiares; acompanhamento dos pacientes de longa permanência. Além disso, todo paciente que adentrava no hospital precisava ser admitido pelo Serviço Social em um prazo de 48 horas.

Nas unidades de hemodiálise, transplante e oncologia atividades eram realizadas junto aos pacientes, familiares e equipe médica. As assistentes sociais buscavam oferecer atendimento a esses pacientes referentes a direitos sociais e previdenciários, esclarecimento de dúvidas referente a algumas questões que lhe competia sobre as repercussões do tratamento para a organização da vida e família dos pacientes. O Serviço social na UTI atuava principalmente no acompanhamento aos pacientes internados e familiares. Os atendimentos se davam na direção de orientar familiares de pacientes após óbito; liberação junto à equipe assistencial de acessos especiais; e contribuir na integralização dos pacientes/familiares com a equipe multiprofissional, priorizando a comunicação de qualidade. Ademais, o Serviço Social nesse período atuava também na CIHDOTT – Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos, contribuindo para a socialização de informações sobre a doação de Órgãos.

Contudo, a partir de setembro de 2018, segundo dados das entrevistas, o quadro de assistentes sociais foi reduzido de forma significativa, impactando diretamente na organização

do trabalho das profissionais e na dinâmica do setor de Serviço Social do HSR. Tomando por referência a quantidade de assistentes sociais que a unidade hospitalar possuía no ano de 2017 (15 assistentes sociais), de 2018 para 2019, após a venda do hospital do Monte Tabor para a Rede D'OR, o número de profissionais no setor diminuiu em aproximadamente 75%. Essas demissões resultaram em uma completa mudança na organização do trabalho das assistentes sociais, a começar pela mudança de rotina no setor.

O Serviço Social do Hospital São Rafael no período que compreende maio a agosto de 2018, prestava atendimento todos os dias da semana, incluindo finais de semana e feriado, das 07:00 as 19:00 horas. A partir de 2019, devido a quantidade reduzida de profissionais atuando no setor, este passa a funcionar de segunda a sexta, das 08:00 as 18:00 horas. Esta é uma mudança que configura não apenas uma alteração na rotina de trabalho das assistentes sociais no hospital, mas configura-se como uma redução da atuação dessas profissionais na unidade hospitalar e, portanto, uma redução de atendimento para os usuários e outros profissionais da instituição. Além disso, se analisado mais a fundo, isso pode implicar, também, na qualidade da assistência que é oferecida de modo geral na instituição para os usuários. Assim, vale destacar a fala de uma das assistentes sociais nas entrevistas:

[...] mas hoje eu percebo que quando a gente ta trabalhando experiência do paciente aqui dentro do hospital, e o paciente ele fala que na experiência dele foi ruim, porque ele tinha um problema no INSS e que ele não recebeu o benefício, e que ninguém prestou orientação a ele, porque ele acha que é o hospital que tem que dar conta, apesar de não ser o hospital, mas que a gente vai ta lá para ta prestando orientação a ele, isso tem um outro significado, né? (ASSISTENTE SOCIAL 02).

Ou seja, a fala dessa assistente social revela que a falta de um profissional do Serviço Social no processo da prestação a assistência à saúde pode trazer prejuízos, inclusive, para a experiência do usuário no hospital. Desse modo, a redução do quadro de pessoal e, portanto, a diminuição na cobertura de assistência oferecida pelas profissionais na unidade hospitalar restringe a atuação do Serviço Social as demandas mais imediatas, limitando a contribuição desses profissionais no processo saúde/doença dos usuários que buscam a unidade para atendimento, e nas condições sociais e econômicas que interferem na condição que os pacientes se encontram no contexto hospitalar.

A segunda questão que se pode perceber de imediato é a organização do trabalho frente as unidades da instituição. Com a redução do quadro de pessoal e com apenas uma assistente social por turno, considerando que a coordenadora desenvolve atividades na

assistência direta aos usuários, mas também executa funções de gestão do setor, como acontece no atual momento, as atividades foram concentradas no atendimento por demanda espontânea. Se formos compara as atividades que as assistentes sociais desenvolviam no ano de 2017, descritas acima, e as atividades que as assistentes sociais desenvolvem hoje na instituição, descritas no tópico anterior desse mesmo capítulo, vamos perceber que, em sua maioria, as atividades se assemelham. No entanto, o que mudou nesse contexto, primeiro, refere-se que no ano de 2017, quando a instituição estava sobre a gerencia do Monte Tabor, a atuação das assistentes sociais se dava a partir da busca ativa, ou seja, as profissionais iam até o usuário buscar deles as demandas e os condicionantes sociais que interferiam no seu processo de adoecimento x recuperação e assim estabelecia um acompanhamento social junto a esse paciente e sua família, contribuindo, para uma assistência que abarcava as diversas dimensões da vida do indivíduo. No atual contexto, entretanto, as assistentes não mais vão até os usuários, mas são esses que buscando as assistentes quando possuem demandas urgentes.

Essa nova forma de atuação das assistentes sociais na instituição, expressam em alguma medida, o tipo de modelo de atenção à saúde que a nova gestão busca desenvolver. Segundo dados das entrevistas as atividades precisaram ser redirecionadas, e hoje o Serviço Social se atem a atuar mais no campo das questões legais, que exija diretamente a atuação desse profissional, aos processos de *home care* e demanda espontânea. Ao reduzir a atuação dos assistentes sociais a essas atividades de caráter mais burocráticos, legais e emergencial percebemos um retorno de uma atenção à saúde voltada para uma perspectiva biológica, isso pode ser reforçado no próprio objetivo que a instituição tem no campo da saúde: “ser referência em gestão hospitalar e na prestação de serviços médicos, com base nos mais elevados padrões técnicos” (FONTE: Porta Rede D’OR). Assim sendo, a ênfase maior da assistência se dá pelo diagnóstico, pela cura e tratamento da doença, enquanto que as outras dimensões da vida do paciente não são levadas em conta nesse contexto. Diferente da antiga gestão que tinha como princípios norteadores o exercício da medicina, sob o ponto de vista cristão: “Medicina como promoção de vida”; “valorização do homem em seus aspectos bio-psico-espirituais” (FONTE: Portal São Rafael). Essas duas visões se analisadas com cuidado podem revelam o papel que o trabalho de um profissional como o assistente social pode ter dentro de uma unidade hospitalar. Se a atenção é voltada para os autos padrões tecnológicos e para a figura do médico, a ênfase se dá na doença. Mas se a atenção a saúde é pensada em uma perspectiva da “valorização do homem em seus aspectos bio-psico-espirituais”, a ênfase maior se dá na promoção a saúde.

Nessa mesma direção, outra questão que aparece nas entrevistas referente as dificuldades encontradas pelas assistentes sociais diante do novo modelo de gestão é o diálogo entre o Serviço Social e a diretoria do hospital.

Então eu percebo que há uma subalternidade da profissão em travar diálogo, principalmente, com o corpo da diretoria, porque quando era filantrópico você ainda conseguia alcançar a diretoria bem facilmente e era ouvido, mas assim, claro que não a ponto de interferir na organização total da instituição, mas a opinião do Serviço Social era válida (ASSISTENTE SOCIAL 01).

Isso repercute diretamente na autonomia relativa das assistentes sociais na instituição. Quando o Serviço Social tem mais espaço para dialogar com a instituição empregadora, conseqüentemente, ele tem maiores possibilidades de levar a essa organizadora dos processos de trabalho e detentora dos recursos necessários para execução do seu trabalho as demandas dos usuários e as possíveis ações, planos e projetos que podem ser desenvolvidos para melhorar a assistência à saúde na instituição. Entretanto, quando a instituição não abre possibilidades para muitos diálogos, o Serviço Social tem sua atuação restrita ao que a instituição delimita como atividades para serem desenvolvidas e as intervenções imediatas nas demandas apresentadas pelos usuários.

Ademais, as atividades de acompanhamento aos pacientes nas unidades e os projetos socioeducativos foram limitados, tendo em vista que o setor do Serviço social não dispõe de profissionais suficientes para desenvolver essas atividades e atender todos pacientes que se encontram internados ou em tratamento na unidade hospitalar. Nesse sentido, esse novo contexto, repercute diretamente na organização do trabalho e, portanto, nas atividades desenvolvidas e nos serviços prestados, impactando assim no resultado da qualidade dos serviços prestados pelas assistentes sociais e no próprio produto que a instituição hospitalar se dispõe a produzir - a assistência à saúde. Ao deixar de atender uma grande parte dos pacientes, pelo número atual de assistentes sociais, os usuários deixam de receber orientações e informações sobre normas e rotinas da instituição, sobre direitos e benefícios sociais e previdenciários; a equipe multiprofissional deixa de contar com a atuação direta de um profissional que contribui para o acesso dos pacientes a serviços que facilitam a boa estadia do paciente na instituição como também facilita o processo de recuperação, entre outras questões.

Outros impactos para o trabalho desenvolvido na instituição foram citados pelas assistentes sociais nas entrevistas, sendo estes: foco principal em pacientes particulares

(pacientes que entravam pela emergência e não tinham plano de saúde; o SESOC não tem mais participação efetiva em algumas ações como tinha antes; impacto na qualidade dos serviços prestados; impacto na quantidade de atendimentos que podem ser feitos; não dar conta de todas as demandas; atendimento de demandas mais legais; pessoas demoram mais para serem atendidas.

Diante de tudo isso podemos considerar que toda essa mudança no trabalho operado pelas assistentes sociais do hospital São Rafael tem suas raízes tanto na dinâmica das relações sociais vigentes como na própria configuração e rumos que a política de saúde vem tomando no Brasil. Em relação a primeira Raichelis (2011) aponta que no contexto de mudanças no mundo do trabalho desde o processo de reestruturação produtiva, o assistente social tem sido requisitado a atuar em diversas áreas que afasta o profissional do contato direto com a população. Essas atividades não possibilitam a criação de vínculo do profissional com o usuário, como também não oferece condições para um atendimento continuado. E em relação a segunda, diante dos avanços do projeto privatista na política de saúde no Brasil, o campo da prestação de serviços de saúde tem sido cada vez mais dominado pelas instituições privadas, e o assistente social, ao ser inserido em uma dessas instituições, tem o seu trabalho determinado por toda lógica de mercado, que entende a saúde como uma mercadoria que dar muito lucro através de exames, medicamentos e procedimentos; e não como um bem social que dever ser promovido através, também, das possibilidades de melhores condições de vida e acesso da população a esse bem.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo central desse estudo foi compreender como a mudança de gestão de uma instituição prestadora de serviços de saúde – Hospital São Rafael - trouxe repercussões para a organização do trabalho das assistentes sociais que a ela estão vinculadas. Para isso foi feita uma análise sobre o trabalho das assistentes sociais do referido hospital a partir da categoria processos de trabalho, a qual indica que o trabalho do assistente social só pode ser compreendido se este estiver situado nas relações sociais e institucionais que lhe determinam e lhe dão significação social diferente.

O trabalho do assistente social, independente da instituição ao qual ele está vinculado, sofre a dupla determinação do trabalho concreto e do trabalho abstrato, dimensões estas que ao considerar as particularidades da instituição empregadora ganham especificidades nas atividades desenvolvidas, como também na relação de comprar e venda dessa força de trabalho diante do empregador.

Assim, o que podemos concluir desse estudo é que ao mudar de uma gestão filantrópica para uma gestão privada, o trabalho do assistente social ganha particularidades nos processos de trabalho nos quais se insere no Hospital São Rafael. A empresa detentora dos recursos para a efetivação do trabalho profissional, no atual contexto tem como finalidade na prestação da assistência à saúde o lucro. Essa mudança ocasionou na redução do papel das assistentes sociais nas atividades desenvolvidas na instituição. A demissão de 75% do quadro de profissionais pela atual gestora trouxe impactos para a qualidade dos serviços prestados e para a sobrecarga de trabalho, caracterizando o trabalho das assistentes sociais como atividades imediatas e sem muita possibilidade de acompanhamento ao usuário que adentra na instituição.

Nessa direção é válido destacar que entendemos esse processo de venda de uma unidade de saúde filantrópica para uma empresa com finalidade lucrativa como um fenômeno, que expressa o próprio movimento da sociedade capitalista e do neoliberalismo, cujas medidas, desde a década de 1990 são marcadas pela privatização das políticas sociais e, nesse caso específico, o próprio processo de “empresariamento” das entidades filantrópicas. A saúde, na perspectiva do projeto privatista, não mais vista como um direito de todos e um dever do Estado, passa a ser o campo de investimento de muitas empresas capitalistas, entre elas a Rede D’OR, inclusive, com a ajuda de medidas tomadas pelo governo, como permissão de investimento estrangeiro no campo da saúde. O processo de mudança do São Rafael é uma

expressão da predominância dos princípios neoliberais no cenário brasileiro, a tendência cada vez mais a privatização, tendo o mercado como o principal fornecedor de bens e serviços.

Nesse estudo também foi identificado que o atual sistema de saúde brasileiro, marcado pelas características e predominância do setor privado, tem sua base de desenvolvimento no período do governo militar e ganhou forças na década de 1990 com o ideário neoliberal. Isso revela as dificuldades o Sistema Único de Saúde, pautado nos valores da RSB, tem para se concretizar no cenário atual. A predominância do setor privado acirra as expressões da questão social que se manifestam na desigualdade de acesso aos bens e serviços de saúde, o que repercute diretamente no trabalho profissional do assistente social.

No espaço do hospital privado o assistente social está imerso em contradições. Além, de ter uma dinâmica de trabalho marcada pela emergência de resolubilidades dos “problemas”, também está inserido em uma lógica de prestação de serviços que diverge completamente daquilo que, hegemonicamente, defende a categoria. Nos hospitais privados a saúde é acessada por aqueles que têm condições de pagar pelos serviços ofertados; enquanto que o assistente social, em seu Código de Ética tem como princípio fundamental o “posicionamento em favor da equidade e justiça social, que assegure universalidade de acesso aos bens e serviços relativos aos programas e políticas sociais, bem como sua gestão democrática” (CFESS, 1993).

Assim, a análise realizada aqui compreende que o trabalho do assistente social no HSR está inserido em processos de trabalho amplos, que não dependem, na maioria das vezes, da vontade e da capacidade prático-operativa dos profissionais para solucionar ou oferecer respostas eficientes aos usuários dos serviços da instituição. Contudo, em tempos como os atuais em que as expressões da questão social se acirram pela preponderância dos interesses do capital na sociedade, o enriquecimento do debate teórico e o conhecimento da realidade de modo mais fundamentado em teorias e pesquisas comprometidas com o rigor acadêmico-científico e com os interesses da população brasileira por parte dos assistentes sociais é imprescindível para formular estratégias de ação.

Nessa direção apesar dos limites e contradições dos diversos espaços ocupacionais do assistente social, não se pode perder de vista que ao mesmo tempo e pela mesma atividade o assistente social atende a interesses tanto do capital como do trabalho (IAMAMOTO, 2014). Esse entendimento possibilita a formulação de estratégias de atuação para superar alguns limites postos pela dinâmica institucional, quando o assistente social busca realizar atividades e/ou elaborar projetos que favoreçam aos interesses da instituição, demonstrando para esta a

importância da ação profissional naquele espaço, para assim garantir o seu espaço de atuação e viabilizar os direitos e acessos aos usuários.

Contudo, novos desafios são postos cotidianamente para o trabalho profissional do assistente social. A conjuntura política, econômica, social e institucional na qual se insere esse profissional, em diferentes momentos históricos, tem disponibilizado diferentes recursos para operacionalidade das atividades dos assistentes sociais, bem como tem tensionado o trabalho profissional de acordo com os valores do seu Código de ética; como tem exigido respostas práticas operativas em diferentes formatos. Desse modo, o desenvolvimento de pesquisas no campo do trabalho profissional contribui para ampliar a compreensão acerca de uma atuação do assistente social pautada no “sentido social da operação e a significância da área no conjunto da problemática social” (NETTO, 1996, p. 126). Além disso, enriquece o debate teórico acerca da necessidade de consolidar uma formação de assistentes sociais com capacidade teórico-crítica, capazes de “identificar a significação, os limites e as alternativas da ação” (NETTO, 1996, p. 126) desenvolvida, independente do espaço onde se desenvolva o trabalho.

REFERÊNCIAS

ALENCAR, Mônica Maria Torres de; GRANEMANN, Sara. Ofensiva do capital e novas determinações do trabalho profissional. **Revista Katálýsis**, v. 12, n. 2, p. 161-169, 2009.

BEHRING, Elaine Rossetti. As novas configurações do Estado e da Sociedade Civil no contexto da crise do capital. **Serviço Social: direitos sociais e Competências profissionais**. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2000.

BRASIL. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)**, DataSUS, 2019.

BRASIL. **Constituição de República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRASIL. **Lei federal 13.097**, de 19 de janeiro de 2015.

BRASIL, **Portaria nº 878/GM/MS**, de 08 de maio de 2002.

BRASIL. **Portaria de Consolidação nº5**. Ministério da Saúde, de 28 de setembro de 2017.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Política de Saúde no Brasil**. 4.ed. São Paulo: Cortez, 2008.

BRAVO, Maria Inês Souza. Surgimento e desenvolvimento do Serviço Social. **Saúde e serviço social no capitalismo: fundamentos sócio-históricos**. São Paulo: Cortez, 2013.

BRAVO, Maria Inês Souza; MATOS, Maurílio Castro de. Projeto Ético Político do Serviço Social e sua Relação com a Reforma Sanitária: Elementos para o debate. In: **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**, 3. Ed, São Paulo, Cortez, Brasília, 2008

CAMPOS, Carla da Costa. **Um estudo das relações entre operadoras de plano de assistência à saúde e prestadores de serviço**. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS, 2004.

CARVALHO, Maria Irene Lopes Bogalho de. **Reflexões sobre a profissão do Serviço Social em contexto hospitalar**. 2003.

CFESS. **Código de ética do assistente social**. Brasília: Conselho Federal de Serviço Social, 1993.

CFESS. **Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde**. Brasília, CFESS Manifesta, 2009.

CFESS. **Regulamentação das profissões de saúde**. Resolução 2018-97, nº 383, de 29 de março de 1999.

CONSELHO ADMINISTRATIVO DE DEFESA ECONÔMICA (CADE). **Cadernos do CADE: Atos de concentração nos mercados de planos de saúde, hospitais e medicina diagnóstica**, 2018.

COSTA, Maria Dalva Horácio da. O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos (as) assistentes sociais. **Revista Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, nº62, Cortez, 2000.

FILIPPON, Jonathan. A abertura da saúde nacional ao capital estrangeiro: efeitos do mercado global no Brasil. **Saúde em Debate**, v. 39, p. 1127-1137, 2015.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. Editora Atlas SA, 2008.

GRANEMANN, Sara. Processos de trabalho e Serviço Social. **Capacitação em Serviço Social e Política Social**. Módulo I. Brasília-DF, CEAD, 2000.

IAMAMOTO, M.V Os espaços sócio-ocupacionais do assistente social. In: **Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais**. Centro de Educação a Distância CEAD/UNB. Ed: CFESS/ABEPSS, Brasília, 2000.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **Serviço Social em tempo de capital fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social**. 7 ed. São Paulo: Cortez, 2012.

IAMAMOTO, Marilda Villela; CARVALHO, Raul de. **Relações sociais e serviço social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica**. 41 ed. São Paulo: Cortez, 2014.

LIMA, Telma Cristiane Sasso de; MIOTO, Regina Célia Tamasso; DAL PRÁ, Keli Regina. A documentação no cotidiano da intervenção dos assistentes sociais: algumas considerações acerca do diário de campo. **Textos & Contextos** (Porto Alegre), v. 6, n. 1, p. 93-104, 2007.

MAIA, Anselmo Carrera. **Hospitais Privados no Brasil e a Gestão Hospitalar, como agir em cada modelo**, s/d.

MARX, Karl. **O Capital: crítica da economia política**, 31 ed. Rio de Janeiro, RJ: Civilização Brasileira, 2013.

MATOS, Maurílio Castro de. Trabalho coletivo em saúde e a inserção dos profissionais de Serviço Social. In: **Serviço Social, ética e saúde: reflexões para o exercício profissional**. Cortez Editora, 2013.

MENDES, Áquilas; MARQUES, Rosa Maria. O financiamento do SUS sob os ventos da financeirização. **Ciência e Saúde Coletiva**, 2009.

NETTO, José Paulo. **Capitalismo monopolista e serviço social**. São Paulo: Cortez, 1992.

NETTO, José Paulo. Introdução ao método na teoria Social. In: **Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais**. Brasília: CFESS/Abepss, 2009.

NETTO, José Paulo. Transformações societárias e Serviço Social: notas para uma análise prospectiva da profissão no Brasil. **Serviço Social e Sociedade**, v. 50, p. 87-132, 1996.

PAIM, Jairnilson Silva. **A reforma sanitária brasileira e o CEBES**. 2012.

POLIGNANO, Marcus Vinícius. História das políticas de saúde no Brasil: uma pequena revisão. **Cadernos do Internato Rural-Faculdade de Medicina/UFMG**, v. 35, p. 01-35, 2001.

PORTELA, Margareth C. et al. Caracterização assistencial de hospitais filantrópicos no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 38, p. 811-818, 2004.

PORTAL SÃO RAFAEL, **História do Hospital São Rafael**, 2019. Disponível em: <<http://www.pesquisahsr.com.br/institucional/nossa-história-2/>>. Acesso em: 10 de nov. 2019.

RAICHELIS, Raquel. O assistente social como trabalhador assalariado: desafios frente às violações de seus direitos. **Serv. soc. soc**, n. 107, p. 420-437, 2011.

SANTOS, Isabela Soares; UGÁ, Maria Alicia Dominguez; PORTO, Silvia Marta. O mix público-privado no Sistema de Saúde Brasileiro: financiamento, oferta e utilização de serviços de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, p. 1431-1440, 2008.

SESTELO, José Antônio de Freitas. Dominância financeira na assistência à saúde: a ação política do capital sem limites no século XXI. In: **Ciência e Saúde e Coletiva**, 2018

SILVA, Bárbara Virgínia Groff da. Políticas de Saúde no Brasil: elaboração, institucionalização e implantação do Sistema Único de Saúde entre as décadas de 1980 e 1990. **AEDOS**, v. 5, n. 12, 2013.

SODRÉ, Francis. Serviço Social e o campo da saúde: para além de plantões e encaminhamentos. **Serv. soc. soc**, p. 453-475, 2010.

PORTELA, Margareth C. et al. Caracterização assistencial de hospitais filantrópicos no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, v. 38, p. 811-818, 2004.

VASCONCELOS, Ana Maria. Serviço Social e Práticas Democráticas na Saúde. In: **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**, 3. Ed, São Paulo, Cortez, Brasília, 2008.

VIANNA, Cid Manso de Mello. Estruturas do sistema de saúde: do complexo médico-industrial ao médico-financeiro. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 12, p. 375-390, 2002.

APÊNDICE A – Roteiro de Entrevista

1. A partir da implantação do novo modelo de gestão operacionalizado pela Rede D'OR houve impactos para o desenvolvimento do trabalho profissional? Se sim, quais?
2. Quais as principais demandas institucionais?
3. Quais as principais demandas trazidas pelos usuários do Hospital São Rafael que chegam para o serviço social?
4. De que modo a questão social se expressa no seu cotidiano de trabalho?
5. Quais as principais atividades desenvolvidas por você nessa instituição?
6. Quais são as principais dificuldades e potencialidades do exercício profissional no atual contexto do Hospital São Rafael?
7. Você avalia que as condições éticas e técnicas do exercício profissional do assistente social estão em conformidade com a Resolução CFESS nº 493/2006?
8. Quais são os principais meios e instrumentos de trabalho acionados no seu cotidiano de trabalho?
9. Quais os principais determinantes para o desenvolvimento do seu trabalho na instituição?
10. Como você compreende o significado social do trabalho do assistente social neste novo modelo de gestão?
11. De que modo o conhecimento teórico/acadêmico contribui para a realização do seu trabalho profissional?