



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA  
FACULDADE DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS  
INSTITUTO DE PSICOLOGIA  
BACHARELADO EM SERVIÇO SOCIAL**

**SHIRLEY DA ENCARNAÇÃO CRUZ**

**SERVIÇO SOCIAL E NEFROLOGIA: REFLEXÕES ACERCA DO  
TRABALHO PROFISSIONAL NUM HOSPITAL PÚBLICO DE  
REFERÊNCIA NO ESTADO DA BAHIA**

**SALVADOR, 2018**

**SHIRLEY DA ENCARNAÇÃO CRUZ**

**SERVIÇO SOCIAL E NEFROLOGIA: REFLEXÕES ACERCA DO  
TRABALHO PROFISSIONAL NUM HOSPITAL PÚBLICO DE  
REFERÊNCIA NO ESTADO DA BAHIA**

Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação em Serviço Social, do Instituto de Psicologia da Universidade Federal da Bahia, apresentado como requisito parcial para obtenção do grau de bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Josimara Delgado.

**SALVADOR, 2018**

# SHIRLEY DA ENCARNAÇÃO CRUZ

## **SERVIÇO SOCIAL E NEFROLOGIA: REFLEXÕES ACERCA DO TRABALHO PROFISSIONAL NUM HOSPITAL PÚBLICO DE REFERÊNCIA NO ESTADO DA BAHIA**

Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação em Serviço Social, do Instituto de Psicologia da Universidade Federal da Bahia, apresentado como requisito parcial para obtenção do grau de bacharel em Serviço Social.

Aprovada em 21 de fevereiro de 2018.

Josimara Delgado – Orientadora \_\_\_\_\_

Doutora em Serviço Social pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)

Universidade Federal da Bahia (UFBA)

Valéria Noronha Miranda - \_\_\_\_\_

Doutora em Serviço Social pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)

Universidade Federal da Bahia (UFBA)

Ivone Pires - \_\_\_\_\_

Mestre em Educação pela Pontifícia Universidade Católica de Campinas

Professora da Universidade Católica do Salvador (UCSal)

A minha vó Nicinha (*in memorian*), por todo Amor, pelos ensinamentos, pelo exemplo de perseverança, força, coragem e empatia todos os dias.

## AGRADECIMENTOS

A Deus, como sua Misericórdia Infinita se faz parceira em meio a tantas tribulações e como minha fé em Ti revigora minhas forças diuturnamente. Obrigada Senhor, por ter me dado força e perseverança durante todo o caminho para realização deste trabalho.

À minha filha Julia Nyashia, pelo incentivo e compreensão nas horas difíceis, mesmo sem entender minha ausência durante o percurso de construção intelectual, sempre me recebeu com tanto amor e alegria.

À minha comadre Luciana, que não deixou a peteca cair e me incentivou a cada puxada de orelha necessária, sei do quanto este Amor foi construído com lealdade.

À minha imprescindível professora e orientadora, Josimara Delgado, pelos conhecimentos, paciência, (sim, muita paciência!!) confiança, atenção, disponibilidade e boa vontade sempre, contribuindo decisivamente para o sucesso e realização deste trabalho.

Às professoras convidadas para compor a minha banca, Valéria Noronha e Ivone Pires.

Ao meu Serviço Social do Hospital Ana Nery, pelo zelo e atenção dispensados a mim, em especial, à assistente social Jacqueline Sacramento, pela didática, pelo exemplo de profissional aguerrida, pelos ensinamentos e conhecimentos passados ao longo do estágio supervisionado, favorecendo na escolha da temática.

Às minhas amigas Karla Neide, Martha Goretti, Marli, Tatiana, Luciana Ribeiro, Luciana Cordeiro, Vivian, Denise Lourença, Jaciara, Elli Rangel, Carla Matos, Edilânia e meus amados irmãos Dimas Rogério e Vitor Maciel, por todo Amor e preces ao longo do caminho de cansaço mental e espiritual. Vocês são um bálsamo em minha vida.

Aos meus agregados para a vida: Bia, Hugo Pacotinho, Jéssica Dias e Paulinha Dalete.

A Geo e Cris de Deus, pelo convívio e por ter permitido bons momentos a minha Julinha enquanto eu concluía este ciclo.

A minha turma de 2004 na Universidade Católica de Salvador e a minha turma de 2014.1 da Universidade Federal da Bahia: gratidão pelo convívio fraternal.

“A nobreza de nosso ato profissional está em acolher aquela pessoa por inteiro, em conhecer a sua história, em saber como chegou a esta situação e como é possível construir com ela formas de superação deste quadro. Se reduzirmos a nossa prática a uma resposta urgente a uma questão premente, retiramos dela toda sua grandeza, pois deixamos de considerar, neste sujeito, a sua dignidade humana.”

Martinelli.

CRUZ, Shirley da Encarnação. Serviço Social e Nefrologia: reflexões acerca do trabalho profissional num hospital público de referência no estado da Bahia. 57 f. Monografia (graduação) – Instituto de Psicologia, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2018.

## RESUMO

Este trabalho de pesquisa busca trazer reflexões acerca do trabalho profissional das assistentes sociais na Nefrologia em um hospital público referenciado no Estado da Bahia. A temática tornou-se oportuna quando da delimitação da ação profissional da assistente social nos diversos espaços socioocupacionais a que somos chamadas a intervir dentro da divisão sociotécnica do trabalho e pela vivência naquele campo de estágio, durante os três semestres curriculares. O debate inicial situa a temática no viés marxista no tocante a centralidade do trabalho e as reflexões sócio históricas acerca da precarização social do trabalho e todos dispositivos e estratégias imbricados do capitalismo flexível, como: subcontratações, terceirização, desmontes sociais, vínculos empregatícios precários, dentre outros. O percurso metodológico está traçado na pesquisa bibliográfica e na análise da experiência desenvolvida a partir do estágio supervisionado obrigatório realizado naquele hospital, bem como na entrevista realizada com profissionais da categoria de Serviço Social, técnicas de referência no setor de Nefrologia. A entrevista foi dividida em duas partes: uma primeira parte com respostas objetivas de múltiplas escolhas para caracterizar quem era esta profissional. Na segunda parte, trabalhamos com um roteiro de questões que permitiu discutir as relações entre a condição de assalariamento das profissionais, com a intensificação do trabalho e os desafios cotidianos para a efetivação do projeto ético-político face à cultura dos usuários, bem como na relação com as categorias profissionais. A discussão permitiu apontar que é preciso estar atento para não cair nas armadilhas do messianismo/fatalismo, bem como entender os limites e possibilidades dentro de uma sociedade capitalista, de projetos profissionais contrários ao projeto societário hegemônico.

Palavras chaves: Serviço Social, Trabalho, Precarização, Projeto Ético-Político, Saúde.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>9</b>
<b>2 TRABALHO E SOCIEDADE CAPITALISTA: CONCEITO E HISTÓRIA.....</b>	<b>11</b>
2.1 CONCEITO DE TRABALHO.....	12
2.2 O TRABALHO NO CAPITALISMO FLEXÍVEL.....	16
<b>3 TRABALHO E SERVIÇO SOCIAL .....</b>	<b>20</b>
3.1 O DEBATE CONTEMPORÂNEO SOBRE O TRABALHO NO INTERIOR DO SERVIÇO SOCIAL .....	<b>20</b>
3.2. O SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE .....	<b>25</b>
3.2.1 O hospital referenciado no Estado da Bahia.....	29
3.2.2 O Serviço Social e a nefrologia.....	33
<b>4. ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DE DADOS.....</b>	<b>40</b>
<b>5. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>55</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>58</b>
<b>APÊNDICE A – Roteiro de entrevista</b>	



## 1 INTRODUÇÃO

Este trabalho de conclusão de curso aborda o trabalho profissional em um contexto específico que é o campo da saúde e, mais diretamente, da nefrologia.

O interesse pela temática advém da observação, enquanto estagiária de Serviço Social inserida no setor de Nefrologia de um hospital público em Salvador, do grande índice de portadores de doenças renais. Observei também que isso implica numa gama de intervenções das assistentes sociais referenciadas nesta especialidade, ou seja, essa realidade específica tem um impacto nas demandas de trabalho postas às assistentes sociais, bem como na intensidade de suas atividades.

Assim, configurou-se como objetivo geral dessa monografia, estudar o trabalho das assistentes sociais a partir das especificidades que esse espaço sócio-ocupacional apresenta para a configuração da atividade laboral e das condições de trabalho.

Uma das questões observadas nesse espaço de atuação é a própria indefinição do papel da assistente social, trazendo para a discussão, o caráter generalista da profissão, bem como o messianismo atribuído ao Serviço Social pelo senso comum, segundo o qual tudo pode ser resolvido pelo Serviço Social de forma mágica e romântica.

Para o debate acadêmico, essa monografia pretende contribuir, fornecendo dados das reais condições de trabalho que uma profissional de Serviço Social encontra em uma unidade de Nefrologia de um hospital público em Salvador como mais uma fonte de material para consulta/estudo.

O trabalho estruturou-se da seguinte forma: em introdução sendo apresentada a temática, a definição do problema, os objetivos, a justificativa, a metodologia pensada e a estrutura de todo o estudo minucioso.

Após a introdução, o primeiro capítulo debate o conceito de trabalho e sua configuração na sociedade capitalista contemporânea. No capítulo seguinte discutimos o Serviço Social na Saúde e seu recorte para a nefrologia de um hospital público de Salvador, perpassando pela discussão sobre as doenças renais crônicas, seus limites e possibilidades de tratamento.

No quarto capítulo é feita a análise e interpretação dos dados, destacando-se os resultados da pesquisa. E por derradeiro, nas considerações finais são feitas as reflexões a este trabalho monográfico.

Abordaremos a temática, tomando por base a pesquisa<sup>1</sup> sobre o perfil dos assistentes sociais no Brasil, realizada pela Universidade Federal de Alagoas em maio de 2004, com divulgação pelo conjunto CFESS/CRESS em 2005, que categorizou fundamentalmente como profissão feminina, sendo aproximadamente 97% bem como a inserção na Saúde.

Por isso utilizaremos o feminino por toda a construção do texto, não só porque esse espaço sócio ocupacional só possui assistentes sociais do sexo feminino, mas também como estratégia de robustecimento dos direitos das mulheres, já que o projeto hegemônico vigente já traz consigo todo um viés misógino e sexista, facilmente visualizado nos trabalhos científicos, na mídia e todos os equipamentos de alienação que vivenciamos diuturnamente.

---

<sup>1</sup> Ver o artigo Os espaços sócio ocupacionais do assistente social (IAMAMOTO, 2009, p. 345-346) do livro *Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais do Conjunto CFESS/CRESS*.

## 2 TRABALHO E SOCIEDADE CAPITALISTA: CONCEITO E HISTÓRIA

Etimologicamente, o conceito de trabalho vem do termo em latim *tripalium* ou *trepalium*, que era um equipamento utilizado na lavoura e passando a ser, nos fins do século VI, um instrumento romano constituído de 03 (*tri*) estacas de madeira (*palium*) bastante afiadas, muito comum em tempos remotos da Idade Média na região europeia.

Desta forma, inicialmente, “trabalhar” significava “ser torturado”, onde os pobres e os escravos, que não tinham como pagar os impostos, eram submetidos às sanções no *tripalium*. Bem como por extensão, “trabalhar” atrelava-se às atividades físicas produtivas realizadas pelos trabalhadores em geral: camponeses, artesãos, agricultores, pedreiros, etc. A partir do latim, o termo passou para o francês *travailler* que significava “sofrer ou sentir dor”, incorporando o sentido de fazer atividade exaustiva, difícil ou penosa. Seu sentido genérico veio apenas no séc. XIV como a aplicação das forças e faculdades (talentos e habilidades) humanas para alcançar um determinado fim<sup>2</sup>.

O trabalho já vem imbuído em sua origem de pena, dor, labor, fadiga e não remete a nada que seja prazeroso como vimos na etimologia do termo. Karl Marx dedica todo o seu constructo intelectual, através do materialismo dialético, à elucidação do conceito de trabalho através das relações de produção, e que, não há naturalização na maneira de articular a alienação do bloco hegemônico que só existe nesta contradição da luta de classes dentro do propósito ideológico do capital, ou seja, para extração da mais valia, onde:

No livro I d’O Capital, Marx mostra que quanto mais uma sociedade se adapta a uma economia desregulada, de livre mercado, mais a assimetria de poder entre aqueles que controlam e aqueles **excluídos do controle dos meios de produção** produzirá uma “acumulação de riqueza num polo” e uma “acumulação de miséria, o **suplício do trabalho**, a escravidão, a ignorância, a brutalização e da degradação moral no polo oposto”. (HARVEY, 2006 grifo nosso)

E que “é preciso explicar por que o mundo de hoje, que é horrível, é apenas um momento do longo desenvolvimento histórico e que a esperança sempre foi uma das

---

<sup>2</sup> Ver etimologia do termo em [www.dicionarioetimologico.com.br/trabalho/](http://www.dicionarioetimologico.com.br/trabalho/) e também em [www.ufrgs.br/e-psico/subjetivacao/trabaho/etim\\_trab.htm](http://www.ufrgs.br/e-psico/subjetivacao/trabaho/etim_trab.htm)

forças dominantes das revoluções e das insurreições e eu ainda sinto a esperança como minha concepção de futuro.” (SARTRE, Jean Paul, 1963)<sup>3</sup>.

Pontuamos com tranquilidade e sem romantização que a miséria estrutural é fruto de um sistema vigente onde as relações sociais reproduzem a busca desenfreada pelo lucro e pelo consumo e que nada é naturalizado e sim construído socialmente ao longo da história. A força de trabalho é uma das formas mais escamoteadas do tripé exploração/dominação/alienação, sob o pretexto de que o trabalho dignifica o homem e a mulher e aquela é o principal gerador de valor em uma economia capitalista<sup>4</sup>.

Historicamente, a organização da produção material humana traduz uma longa trajetória de exploração, inicialmente pelo escravismo, perpassando pelo feudalismo e hodiernamente, convivemos com o capitalismo, onde nas duas primeiras fases, o ser humano era considerado um meio de produção e tinha seus limites biológicos “respeitados”. No sistema capitalista a vida do trabalhador não impõe limites à produção. (TAVARES, 2009), podendo ser facilmente descartado e substituído, como mercadoria a que se propõe nesta luta de classes com a venda de sua força de trabalho.

## 2.1 CONCEITO DE TRABALHO

“A natureza não produz de um lado possuidores de dinheiro e de mercadorias e, de outro, meros possuidores das próprias forças de trabalho<sup>5</sup>”, este atributo de imputar valores de troca e de uso de mercadoria, que ensejam taxas de lucros e mais-valia só é

---

<sup>3</sup> A citação de abertura do documentário *O mundo visto do lado de cá* do cineasta brasileiro Sílvio Tendler, pautado na entrevista com o geógrafo e intelectual baiano Milton Santos, traz sinteticamente as nuances tratadas desde as grandes navegações sob a égide de colonização, descobrimentos e conquistas *pari passu* ao extermínio dos povos, suas culturas, suas idiossincrasias e ocupação territorial, conhecida por 1ª globalização até o final do séc. XX, com a fragmentação dos territórios, as revoluções tecnológicas e o fundamentalismo do consumo, culminando no desmonte do Estado de Bem Estar Social, denominada de 2ª globalização.

<sup>4</sup> Ver Dicionário Temático Desenvolvimento e Questão Social, coordenado por Anete Ivo e outros autores, 2013,p.146.

<sup>5</sup> MARX, K. O Capital. São Paulo: Abril Cultural, 1983.v.I, Livro 1, P.140

permitido nas relações humanas, onde toda atividade que o homem realiza tem um viés teleológico orientado para objetivos, metas e fins. Em virtude disto que diferenciamos o “tear de uma aranha” a um trabalho de um tecelão, ressaltando que os animais não agem por um propósito mental e sim por instinto natural e Marx elenca este fator como primordial para alavancar o interesse do capital: o que é produzido pelo trabalho humano, o dispêndio da força do trabalho humano.

“A teoria econômica de Marx ensina que a taxa de lucros é a variável fundamental do modo capitalista de produção.” (ALVES e FILHO, 2016) Nesta incessante busca pela exploração, o capital se reinventa e os capitalistas são forçados a reinvestir seus lucros na produção para aumentar a competitividade e sobreviver à concorrência.

Marx afirma que o valor da força de trabalho é determinado pelo tempo socialmente necessário para sua produção e reprodução. Ele chama esse período da jornada de tempo necessário. No capitalismo as jornadas se dividem em duas partes: o tempo necessário para reproduzir e repor o valor da força de trabalho e o tempo excedente, ou sobretrabalho, que é apropriado pelo capitalista. A primeira parte corresponde ao tempo socialmente necessário para produzir meios de vida requeridos para garantir a sobrevivência do trabalhador. A segunda parte da jornada de trabalho, o tempo excedente, forma a mais-valia, que é apropriada pelo capitalista. A partir da relação trabalho excedente/trabalho necessário, calcula a taxa de *mais-valia*, ou taxa de exploração. Por exemplo: se uma jornada de 12 horas diárias estiver dividida em seis horas de trabalho necessário e outras seis horas de trabalho excedente, a taxa de mais-valia será de 100%.”(ALVES e FILHO, 2016)

Portanto o trabalho, em linhas gerais, é o determinante social diante da estrutura de sociedade capitalista que nos é imposta. Mesmo não sendo o modelo ideal de relações sociais justas e equânimes, prevalecendo a lógica do consumo, tendo o homem transformado a natureza, diferentemente dos animais irracionais, colocando-a a seu mister, sendo assim o trabalho, segundo Marx, a expressão da vida humana. Reafirmamos aqui nossa perspectiva teórico-metodológica de compreensão da sociedade através do pensamento marxista diante da imutabilidade do capitalismo, que estruturalmente nunca mudou, mas se atualiza de acordo com as dinâmicas societárias e suas demandas.

Dessa forma, a escolha dessa perspectiva contempla as categorias debatidas no presente trabalho, tendo por objetivo elucidar a conjuntura que se mostra no cotidiano, para além da naturalização das relações sociais.

Alguns outros autores trazem perspectivas importantes acerca da temática “trabalho”, estabelecendo a centralidade deste enquanto atividade fundamental, como diz Iamamoto (2001): “o trabalho é uma atividade fundamental do homem, pois mediatiza a satisfação de suas necessidades diante da natureza e de outros homens”. Antunes (2009), por sua vez, nos apresenta *a-classe-que-vive-do-trabalho*, inferindo que esta é constituída da totalidade dos “trabalhadores assalariados que vendem sua força de trabalho (os que estão desempregados, pela vigência da lógica destrutiva do capital.

E nesta estrutura, Marx (IAMAMOTO e CARVALHO, 2013, p. 37) elucida que o processo produtivo é, antes de tudo, uma relação social, sendo necessário perceber por detrás do fetiche da mercadoria, as relações existentes que não são apenas relações entre coisas, como todo ideário capitalista persiste que acreditamos, esvaziando assim a contradição da luta de classes, através da venda da força de trabalho e dos detentores dos meios de produção, onde:

“o capital é a soma dos meios materiais de produção produzidos (...) é o conjunto dos meios de produção monopolizados por uma determinada parte da sociedade, os produtos e as condições de exercício da **força de trabalho substantivado** frente à **força de trabalho viva** e a que este antagonismo personifica como capital”. (grifo nosso).

No que se refere ao processo de trabalho, o capitalista está atento para que o trabalho evolua de forma linear, sem considerar as condições biopsicossociais da *classe-que-vive-do-trabalho*, além de que os meios de produção empregados sejam otimizadas para o não desperdício, bem como os instrumentos, já que todo capital investido para consecução de uma atividade laborativa pertence ao capitalista. No contexto onde tudo se tornou mercadoria com valor de uso e de troca, inclusive a força de trabalho, o capitalismo se engendra como um enorme “coleccionador de mercadoria” e quer retirar o máximo de lucro possível, mesmo entendendo que no processo capital/força de trabalho/matéria-prima/tecnologia, só quem produz riqueza e gera lucro é à força de trabalho enquanto capacidade física e cognitiva da trabalhadora capaz de gerar valor seja ele de uso-troca (trabalho concreto) bem como valor (trabalho abstrato).

A alienação, dentro deste contexto dominador e explorador, advém da “objetificação do sujeito que implica na subjetificação do objeto” (Holloway, 1997:146 apud

ANTUNES, 2009 p.132) desse processo de trabalho onde o indivíduo não se enxerga no produto produzido por sua força de trabalho, bem como ressaltar que aquela é a disputa do capital para manutenção de sua hegemonia, sua luta para subordinar o trabalho.

Antunes (2013, p. 130) aborda que as formas contemporâneas do *estranhamento do trabalho*, em sua essência, preservado, quer seja no exercício laborativo manual ou intelectual fazem parte do aporte ideológico capitalista de dominação e que a subjetividade da trabalhadora encontra-se distanciada do que se produz e para quem produz, na conjuntura de como são organizados os processos de trabalho.

E este processo de esvaziamento da subjetividade das detentoras da força de trabalho, também perpassa a realidade do exército industrial de reserva, quando (RANTIM,1997:248 apud ANTUNES, 2009 p.132):

“Para os permanentemente desempregados e desempregáveis, a realidade da alienação significa não somente a extensão da impotência ao limite, mas uma ainda maior intensificação da desumanização física e espiritual (...). O aspecto vital da alienação deve-se ao fato de que a impotência está baseada na condição da integração social pelo trabalho. Se essa forma de integração social está sendo crescentemente prejudicada pelo avanço tecnológico, então a ordem social começa a dar claros sinais de instabilidade e crise, levando gradualmente em direção a uma desintegração social geral.”

Embasar-se no materialismo dialético requer esta sensatez e resiliência de entender as contradições e o perfil interligado entre as categorias trabalhadas que permite um arcabouço fortalecido ao Serviço Social, enquanto profissão socialmente determinada na história dentro da divisão sócio técnica do trabalho, no contexto da luta de classes. Além disso, entender o próprio contexto de exercício profissional do/a assistente social enquanto trabalhador que vivencia cotidianamente os dilemas que afligem toda *classe-que-vive-do-trabalho*, guardada suas peculiaridades.

## 2.2 O TRABALHO NO CAPITALISMO FLEXÍVEL

Dentro do período longo de acumulação de capitais, o capitalismo, durante o apogeu do fordismo e da fase keynesiana, começa no início dos anos 70 dar sinais de crise. E esta crise capitalista nada mais é que a retração da dominação da classe hegemônica em detrimento do poder de compra da classe trabalhadora, que engendra

várias causas desde a queda da taxa de lucro, redução dos níveis de produtividade do capital, o esgotamento do modelo taylorista/fordista através da redução do consumo, a hipertrofia da esfera financeira, onde o capital financeiro tornara-se mote numa nova fase de mundialização do capital, a crise do *Welfare State* e o incremento acentuado das privatizações. (ANTUNES, 2009, p.32).

Importante ressaltar que o fordismo aprimora o taylorismo no sentido de, para além da forma hierarquizada e sistematizada, (onde cada força de trabalho desenvolveria uma atividade específica no sistema produtivo da indústria, ocorrendo, desta forma, a especialização naquela determinada atividade, sendo monitorada segundo o tempo de produção, devendo, ainda, cumprir sua tarefa no menor tempo possível, e, as que se destacavam, receberiam prêmios por sua destreza) incrementa com a introdução das linhas de montagem, nas quais cada detentora da força de trabalho ficava em um local pré-estabelecido executando uma tarefa específica, repetindo a mesma atividade durante toda a jornada de trabalho, enquanto o produto fabricado se deslocava pelo interior da fábrica, em uma espécie de esteira e as máquinas acabavam ditando o ritmo do trabalho. Essa situação é muito bem ilustrada no filme *Tempos Modernos* de Charles Chaplin, que satiricamente demonstra a inércia e a subjugação da força de trabalho como meros repetidores maquinizados de ações pontuais para a confecção de um produto, neste modelo de gestão do capital, uma mecanização adoecedora e proposital.

O taylorismo/fordismo com sua postura rígida e verticalizada, com a sua sociabilidade industrial marcada pela massificação, abarrotou as linhas de produção, tendo como consequência que o poder de compra da *classe-que-vive-do-trabalho* fosse diminuído, retraindo o consumo, aumentando as taxas de desemprego e esgotando o padrão de acumulação de capital, exige deste sistema perverso uma resposta à crise que se apresenta, no sentido de reorganização do capital e todo seu aparato ideológico e político de alienação/exploração/dominação.

Substitui-se a mão-de-obra excedente, pela flexibilizada, pela precarizada, pela desregulamentada do *toyotismo* ou a *acumulação flexível* que se pauta na lógica com vistas a adotar o Capital do instrumental necessário para tentar reconquistar os patamares da expansão anteriores (ANTUNES, 2009), sem o aumento do contingente *pari passu* a um melhoramento das tecnologias da produção da indústria onde:



“Temos salientando que o eixo central dos dispositivos organizacionais (e instrumentais) do toyotismo, o “momento predominante” da reestruturação produtiva, é a “captura” da subjetividade do trabalho indispensável para o funcionamento dos dispositivos organizacionais do toyotismo (just-in-time/kanban, kaizen, CCQ, etc.) que sustentam a grande empresa capitalista. Mais do que nunca, o capital precisa do envolvimento do trabalhador nas tarefas da produção em equipe ou nos jogos de palpites para aprimorar os procedimentos de produção. A organização toyotista do trabalho capitalista possui maior densidade manipuladora do que a organização fordista-taylorista. Não é apenas o “fazer” e o “saber” operário que são capturados pela lógica do capital, mas sua disposição intelectual-afetiva que é mobilizada para cooperar com a lógica da valorização<sup>6</sup>”.

Concomitante a preocupação do Capital em reassumir seu trono, percebemos uma opressão física, material e espiritual da classe trabalhadora, que se vê ressignificando as facetas com que a sociedade capitalista lança as cartas neste jogo de luta de classes, onde a hipossuficiência da *classe-que-vive-do-trabalho* pouco importa em prol da busca desenfreada pela *mais-valia*, mesmo que custe ampliação de horas da jornada de trabalho, o assédio moral, a violência psicológica, a incerteza do desemprego, a pressão real do exército industrial de reserva, a precarização, as condições de trabalho que culmina num vasto número de trabalhadoras adoecidas, corroborando o pensamento de Dejours acerca da saúde/adoecimento, onde as exigências do trabalho como da própria vida eram uma ameaça a própria trabalhadora, enquanto processos de sofrimento<sup>7</sup>:

A gênese do pensamento dejouriano, sobre o sofrimento humano, encontra-se nos fundamentos do desenvolvimento industrial do século XIX, caracterizado pelo crescimento da produção, êxodo rural e concentração de novas populações urbanas, portanto, com destacado cunho sociológico. O período era de precárias condições de trabalho, emprego de crianças na produção industrial, salários insuficientes para a

---

<sup>6</sup> Ver em <https://matheusramosribeiro.jusbrasil.com.br/artigos/202589865/fordismo-e-toyotismo-suas-principais-caracteristicas-com-uma-analise-das-precarias-relacoes-de-trabalho>

<sup>7</sup> Ver em [http://www.faef.revista.inf.br/imagens\\_arquivos/arquivos\\_destaque/lh21p1iEajxIWcK\\_2013-5-10-15-30-2.pdf](http://www.faef.revista.inf.br/imagens_arquivos/arquivos_destaque/lh21p1iEajxIWcK_2013-5-10-15-30-2.pdf)

subsistência e elevado número de acidentes. A sociedade industrial convivia com alta morbidade, crescente mortalidade e uma longevidade, extremamente, reduzida, e a batalha pela saúde era a própria luta pela sobrevivência (DEJOURS, 1998).

Druck (2002) organizou um dossiê intitulado Flexibilização e Precarização: formas contemporâneas de dominação do trabalho<sup>8</sup>, estudiosa da temática de flexibilização e precarização do trabalho, traz que a reestruturação produtiva e as políticas neoliberais surgem como respostas à crise, na tentativa de estabelecer um novo padrão de gestão do trabalho e conseqüentemente de Estado. Respostas que agudizaram a crise ao invés de resolvê-la. Essa transição, das décadas de 70 a 90, corroborou para o "...florescimento e transformação extraordinários dos mercados financeiros" com a gradativa hegemonia do capital financeiro no desenvolvimento do capitalismo. (DRUCK, 2002, p.12).

Evidenciamos a crescente flexibilidade do trabalho nas subcontratações (terceirização), no emprego temporário, nas atividades autônomas, na informalidade, nas cooperativas de trabalho, na maior mobilidade para o capital, no individualismo exacerbado em contraposição as formas de solidariedade coletivas e sociais, que Antunes denomina como "novas formas de estranhamento", a alienação que engendra o cunho ideológico do capitalismo desde seu surgimento.

Druck discorre também sobre o debate acerca da saúde dos que vivem do trabalho onde se exige a estabilidade e envolvimento, no processo de trabalho (autonomia, iniciativa, responsabilidade, proatividade), em contraposição a vínculos empregatícios instáveis e precários. Os grupos sociais mais atingidos pela precarização, seriam as mulheres, os jovens, os idosos, os imigrantes, em graus diferentes de afetamento. Para todos, há um sofrimento diante da ameaça incessante de precarização e fragilização do seu emprego e do salário, já não há mais estabilidade das "profissões privilegiadas" tampouco cargos de prestígio imutável, enfim, há uma generalização da precariedade de alcance global.

---

<sup>8</sup> Dossiê que trouxe indicadores analisados em países como França, Japão e em estados daqui do Brasil, como Bahia e Pernambuco, para retratar que os recortes e realidades empíricas ao redor do mundo acerca da flexibilização e precarização do trabalho são fenômenos indissociáveis.

Em outras palavras, em todo o mundo, o discurso da flexibilidade traz a polivalência da trabalhadora, que até soa como algo heroico e positivo, pois é assim que a alienação capitalista se robustece. Na verdade, a polivalência representa a adaptação ao risco e à insegurança, a informalidade, a viver sob pressão diuturnamente, num processo de intensificação e sobrecarga de trabalho, já que somos chamadas a desempenhar funções diversas para atender as necessidades e “normas” da sociedade flexível neoliberal alimentada diariamente pelas:

...longas horas de trabalho, as excessivas horas extras, as escalas irregulares de trabalho; o trabalho até altas horas da noite; o excesso de viagens a trabalho, a substituição de pessoal; as transferências solitárias de trabalho, sem a companhia da família; além da excessiva duração e “infernical qualidade do trajeto moradia/trabalho/moradia. (DRUCK, 2002, p. 17):

É nesta conjuntura de sociedade que se encontram as profissionais de Serviço Social impelidas a atuar nas refrações da *questão social*<sup>9</sup> não se restringindo ao enfoque da Saúde, mas principalmente na Assistência Social, dentro do espaço sócio ocupacional de um hospital público referenciado em Salvador.

---

<sup>9 9</sup> Os assistentes sociais trabalham com a questão social nas suas mais variadas expressões cotidianas, tais como os indivíduos as experimentam no trabalho, na família, na área habitacional, na saúde, na assistência social pública, etc. Questão social que sendo desigualdade é também rebeldia, por envolver sujeitos que vivenciam as desigualdades e a ela resistem e se opõem. É nesta tensão entre produção da desigualdade e produção da rebeldia e da resistência, que trabalham os assistentes sociais, situados nesse terreno movido por interesses sociais distintos, aos quais não é possível abstrair ou deles fugir porque tecem a vida em sociedade. [...] a questão social, cujas múltiplas expressões são o objeto do trabalho cotidiano do assistente social. (IAMAMOTO, 1997, p. 14)

### 3 TRABALHO E SERVIÇO SOCIAL

#### 3.1 O DEBATE CONTEMPORÂNEO SOBRE O TRABALHO NO INTERIOR DO SERVIÇO SOCIAL

Partimos do pressuposto que as profissões são construções históricas que só fazem sentido perante análise do movimento societário em que estão inseridas. O Serviço Social surge numa conjuntura de um Estado burguês (ressaltando a importância da Igreja Católica na configuração identitária da profissão) que por meio das políticas sociais tenta intervir nos processos de regulação e reprodução social.

Todas estratégias que o sistema capitalista busca para superar suas crises corroboram para um novo e precarizado mundo do trabalho tendo rebatimentos sobre as formas de organização da classe trabalhadora. O que Netto(1996) pontua como metamorfose do capitalismo, que seriam as artimanhas de cooptação de mais lucro e mais-valia, através de uma revolução tecnológica, onde há uma economia do trabalho vivo, crescendo exponencialmente a força de trabalho excedente em face dos interesses do capital, o famigerado exército industrial de reserva. Nas palavras do autor:

“...as transformações societárias, reconfigurando as necessidades sociais dadas e criando novas(...) ao **metamorfosar** a produção e reprodução da sociedade, atingem diretamente a divisão sociotécnica do trabalho, envolvendo modificações em todos os seus níveis (parâmetros de conhecimento, modalidade de formação e de práticas, sistemas institucionais-organizacionais, etc.). (idem, p.88. grifo nosso).

Ou seja, estão intrínsecas que as alterações profissionais (redimensionamento das profissões consolidadas e surgimento de novas atividades e ramos profissionais) em qualquer categoria estão atreladas as transformações societárias dentro da divisão sociotécnica do trabalho, onde cada profissão tem sua especificidade, tensões, diversidades, confrontos internos, sendo assim conforme o autor: ingenuidade pensar blocos homogêneos dentro de uma profissão.

O Serviço Social, conforme Netto (1996, p.115) é uma profissão que não tende a se retrair diante de todas as mazelas e contradições próprias do sistema capitalista:

No solo histórico destas contradições, renovam-se os desafios de construir-se contribuições analíticas sobre o lugar social do Serviço Social na perspectiva assumida no vigente Código de Ética Profissional

(1993) que pode ser situado, em termos amplos, como compromisso com a igualdade social, que decorre da exigência de leitura crítica da realidade do país como regida pelo perverso signo da desigualdade, naturalizado na tessitura da vida social.

Os desafios postos ao Serviço Social se reproduzem através da ofensiva neoliberal resumida no tríplice mote: “flexibilização” (das relações de trabalho, da produção, que esfacela os direitos conquistados por luta dos trabalhadores) – da desregulamentação (das relações comerciais e dos circuitos financeiros, ataque especulativo às economias nacionais) – privatização (do patrimônio estatal, que transfere as grandes riquezas ao capital internacional). (NETTO, 2012, P.417).

E dentro deste contexto, Netto (1996) traz que o Serviço Social possui uma legitimidade profissional pautada no Projeto Ético - Político da categoria, onde as dimensões ético-política, teórico-metodológica e técnico-operativa são indissociáveis. Neste sentido, as assistentes sociais têm uma “direção social estratégica” a seguir com uma perspectiva contra hegemônica, já que enquanto houver exploração/dominação haverá a necessidade do trabalho da assistente social enquanto atuação transformadora para superação do capital e na vida dos nossos usuários.

Façamos um breve relato do Serviço Social nesta linha do tempo, no período pós IIª Guerra Mundial, a profissão composta por mulheres escolhidas da elite pela Igreja Católica passa a receber agentes da pequena burguesia, descartando a motivação de cunho religioso e incentivado pela qualificação profissional que poderia garantir acesso ao mercado de trabalho. O Estado Novo, de relações estreitas com os Estados Unidos e seus ideais buscando sua legitimação e garantia do controle social apoia-se na classe operária através de uma política de massa, através da Legislação da Previdência Social *paripassu* ao controle repressivo das estruturas sindicais; a profissão passa a buscar no modelo norte-americano uma nova referência filosófica para responder as demandas postas ao exercício profissional como solução modernizante ao modelo desenvolvimentista adotado no país.

Na década de 60, o modelo desenvolvimentista entra em crise, provocando uma agitação política e muitas mobilizações populares, e o Serviço Social, dentro deste cenário de inquietações, dá início a um processo de discussão política dentro da categoria buscando uma reflexão à estrutura capitalista e ao inconformismo popular

existente e ao modelo de desenvolvimento urbano industrial dominante – fatores que efervescem as ciências sociais e sob o enfoque do marxismo começam a questionar esta correlação de forças posta e dependência mental do protótipo ianque de ser.

É perceptível a heteronomia como “particularidade que perpassa a trajetória capitalista brasileira “(SANTOS, 2012, p. 244), onde a influência externa dentro da economia nacional reflete a dependência e subordinação aos ditames do exterior, em todos os aspectos culturais, econômicos, históricos. Aqui, o Serviço Social começa a perceber a sua dimensão política na prática, rompendo com o modelo importado de pautar sua prática de reprodução dos interesses da classe dominante.

Nos anos 80, o Movimento de Reconceituação vem representar esta ruptura com a alienação ideológica e assistencialista do fazer profissional iniciado em 1930/40, um processo de renovação amplo que mudou consideravelmente a base teórico-conceitual, uma tomada de consciência crítica e política do Serviço Social não só no Brasil, mas também em toda América Latina, almejando uma atuação comprometida com as classes subalternas em consonância com um amadurecimento intelectual da categoria junto à academia, através de sua credibilidade científica diante de avanços qualitativos ao longo dos anos.

Interessante neste contexto, pautar o debate de Marilda lamamoto (2014, págs. 57- 71) acerca do processo de trabalho, onde o Serviço Social se gestou e foi desenvolvido no marco das forças societárias como uma especialização do trabalho na sociedade capitalista, sendo necessária esta apreensão da prática profissional como trabalho e o exercício profissional inscrito em processos de trabalho.

E como todo processo de trabalho enseja em: um sujeito com dimensão teleológica e ético-moral, uma matéria-prima ou objeto, meios ou instrumentos de trabalho e o resultado ou produto desta atividade humana, o que comumente acontece à estagiária e à profissional de Serviço Social e com uma certa regularidade, a seguinte pergunta: mas afinal, assistente social faz o que mesmo? É a boa moça do imaginário popular que “dá” cesta básica? Conceito retrógrado face a toda gênese (as damas de caridade) da profissão que implica uma subalternidade e precarização social não obstante o domínio feminino no Serviço Social que precisa ser desconstruído inclusive no seio da profissão.

Inicialmente pensava-se como matéria-prima do Serviço as políticas sociais, sendo pacificada que as políticas sociais justificavam a necessidade de sua existência na relação societária entre as classes e o Estado através da *questão social*, esta sim, através de suas multifacetadas refrações provocava a necessidade da ação profissional desvelando a realidade histórica desta sociedade posta e como os sujeitos sociais vivenciavam estas relações de luta de classes, em que “o que se persegue é decifrar, em primeiro lugar, a gênese das desigualdades sociais, em um contexto em que acumulação de capital não rima com equidade”(IAMAMOTO,2014, p. 59).

A contradição própria desta sociedade capitalista de propriedade privada, concentração de renda e de poder em dicotomia com a pauperização, a exclusão social, a violência, “as formas de lutas, de resistência material e simbólica acionadas pelos indivíduos sociais à questão social.”

E os meios e instrumentos utilizados neste processo de trabalho estão para além das técnicas utilizadas como reuniões, entrevistas, plantão, encaminhamento e etc.. Inclui-se aí, também o conhecimento, como capacidade de desvelar as aparências desta sociedade capitalista por meio de todo arcabouço teórico-metodológico acumulado durante o período formativo o qual condensa conhecimentos e habilidades necessárias ao enfrentamento das manifestações da questão social.

Ressaltamos aqui que, apesar da condição de profissional liberal, a assistente social não apreende de todos os meios necessários para execução de seu fazer profissional, como recursos materiais, quer sejam financeiros, técnicos e organizacionais, dependendo geralmente das instituições empregadoras para alcance deste mister.

São, pois, tais instituições que organizam o processo de trabalho onde a profissional é chamada a intervir, fazendo parte de um grande coletivo de trabalhadoras, cada uma dentro de sua especificidade, na divisão sociotécnica do trabalho.

E precisamos fazer o exercício diário de análise desta divisão sociotécnica sob pena de enveredarmos na alienação própria do sistema capitalista, ou seja, significa dizer que na condição de profissão inserida na divisão sociotécnica do trabalho, somos também trabalhadoras assalariadas, fazendo parte deste cenário da relação dos que produzem e os que detêm a produção.

É importante a compreensão de que atuamos dentro de uma correlação de forças, servindo ao capital e ao trabalho, mediando os serviços entre as pessoas e entre as pessoas e as instituições nos mais diversos espaços sócioocupacionais, corroborando com a relativa autonomia intrínseca à profissão com competência política e técnica em suas intervenções.

A autora ainda aborda o resultado da ação profissional da assistente social que consiste na interferência na “reprodução material da força de trabalho” e no “processo de reprodução sociopolítica ou ideo-política dos indivíduos sociais” em conformação com a exigência social da “vida dos indivíduos singulares” (IAMAMOTO, 2004, p. 286) com as dimensões conjunturais e estruturais vigentes.

Ou seja, para além da profissional que viabiliza o acesso a bens materiais como medicação especializada, próteses, órteses, oxigenoterapia, ela também é preponderante no “mar de criação de consensos” imbricando no campo do conhecimento, dos valores, comportamentos, valores que têm efeito na dinâmica das instituições e na vida dos sujeitos.

Ressaltamos a “função pedagógica” da profissão, segundo a perspectiva gramsciana, do vínculo estabelecido da profissão com as classes sociais, onde:

A orientação e o acompanhamento, enquanto ações socioeducativas realizadas por assistentes sociais alinhados ao atual projeto ético-político da profissão podem contribuir para o fortalecimento de processos emancipatórios, nos quais há a formação de uma consciência crítica dos sujeitos frente à apreensão e a vivência da realidade, sendo ela, também facilitadora de processos democráticos, garantidores de Direitos e relações horizontais entre profissionais e usuários, ao mesmo tempo que projeta a sua emancipação e a transformação social. (MIOTO, 2009,p. 499).

Enquanto estagiária na unidade de Nefrologia por diversas vezes, observei a forma pedagógica com que as assistentes sociais lidavam com os usuários que diariamente buscavam o setor de Serviço Social para dirimir suas dúvidas atinentes aos direitos sociais previstos, bem como nas rodas de conversas com as acompanhantes de pacientes em hemodiálise, ávidas por informações que lhes garantissem uma dignidade maior as suas condições materiais de sobrevivência.



### 3.2. O SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE

A política de saúde, como integrante da Seguridade Social, juntamente com a Previdência Social e a Assistência Social, percorreu um longo caminho de construção no nosso país, enquanto política social pública até adquirir condição de direito. Não foi fruto de um Estado benevolente e solidário e sim o desmascaramento de um *não sistema* que foi, em 1975 conforme estudo realizado no então Ministério da Previdência e Assistência Social – MPAS, descrito como: insuficiente, mal distribuído, descoordenado, inadequado, ineficiente, ineficaz, autoritário, centralizado, corrupto e injusto. (PAIM,2009, págs. 38-39).

Contextualizamos historicamente a Reforma Sanitária Brasileira como um grande marco no amadurecimento político da saúde, já que desde a ocupação do Brasil, tinha-se o viés bismarckiano, da idéia do acesso através do pagamento, do seguro. Este sistema tinha como características ser um sistema curativo e muito oneroso, sendo fruto de todo desgaste do que era o *não sistema de saúde* conceituado por Paim (2009). Aos que não detinham trabalho formal, recorriam às Santas Casas de Misericórdia e a filantropia, as quais não davam conta de atendimento a toda população.

Fazendo uma pausa na linha histórica apresentada anteriormente, faz-se importante destacar que a saúde era tida como “coisa de polícia” com a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública, em 1910, sendo vinculado ao Ministério da Justiça. Nesse sentido, o Estado instituiu modelos “campanhistas” de vacinações obrigatórias como pontuado por autores renomados como Matos(2003) e Inês Bravo (2007), modelo este que é ultrapassado, para além do autoritarismo e da repressão, o uso da força e autoridade como instrumentos de intervenção.

Posteriormente, a saúde é, então, assumida pela pasta do Ministério da Educação e Saúde Pública, buscando o viés pedagógico.

Esta efervescência de sentimentos de indignação alinhados a organização/mobilização política dos idos de 70/80 corroborou para que em 1986 na 8ª Conferência Nacional de Saúde (dispositivo importante que acontece a cada quatro anos para deliberações acerca da saúde que é assistida) uma parcela de aproximadamente cinco mil pessoas representantes das mais diversas camadas sociais, conclamasse por mudanças estruturais urgentes neste dito “não sistema”. A síntese desta reivindicação

histórica serviu de preambulo para que na Carta Magna de 88, a constituição cidadã, ratificasse um Capítulo específico para Saúde reconhecendo a partir daí como direito de todos e dever do Estado, e para acessá-lo só se fazia necessário dele necessitar, instituindo assim, o Sistema Único de Saúde, beveridgiano e universal.

Ultrapassa-se o conceito de saúde como benefício para quem pudesse pagar, uma vez que a Constituição Federal de 88 traz este reconhecimento como direito de todos, obrigando ao Estado abarcar todas as demandas que se apresentem no contexto de saúde, desde serviços e ações de promoção, proteção e recuperação em todo território nacional bem como permitia o acesso desde a atenção básica até a mais alta complexidade. Sobre isso, existe um importante posicionamento do CFESS, 2010:

“A saúde foi uma das áreas em que os avanços constitucionais foram mais significativos. (...) A principal proposta da Reforma Sanitária é a defesa da universalização das políticas sociais e a garantia dos direitos sociais”.

Dentro da Constituição Federal de 88, a saúde vem compor o tripé da Seguridade Social, juntamente com a assistência e a previdência social, em seu artigo 196 reza que:

“A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.”

Ressaltando que as leis orgânicas trazem uma concretude maior ao que foi reivindicado na RSB, enquanto política de saúde, que são as Lei 8080/90 que dispõe sobre a promoção, proteção e recuperação da saúde e a Lei 8142/90 que traz a participação social na gestão do SUS corroborando com o próprio rompimento da RSB com o hospitalocêntrico, tirando o recorte assistencialista/paternalista e centralizado para uma postura no campo dos direitos e da universalidade.

Com vistas a desmistificar o papel do SUS, precisamos pontuar na Constituição Federal/88 que dentre as atribuições do SUS, em seu artigo 200 reza que:

Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei:

I - Controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos;

II - executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador;

III - ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde;

IV - participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico;

V - incrementar, em sua área de atuação, o desenvolvimento científico e tecnológico e a inovação; (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 85, de 2015)

VI - fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano;

VII - participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;

VIII - colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho.

Como elencado acima o SUS está para além das representações de fila nos hospitais, de esperas mórbidas, do sucateamento e de todo o esvaziamento que a mídia corrobora para maledicência do Sistema Único de Saúde, tentando desfazer de todos serviços e ações de promoção, proteção e reabilitação de saúde.

Ratificando o que o art. 3º da Lei 8080/90 traz por conceito de saúde, que não poderíamos deixar de pontuar, onde:

Os níveis de saúde expressam a **organização social e econômica** do País, tendo a **saúde** como **determinantes e condicionantes**, entre outros, a **alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais.** (Redação dada pela Lei nº 12.864, de 2013)

Parágrafo único. Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a **garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social.** (grifo nosso)

É válido salientar que a categoria profissional de Serviço Social esteve desarticulada do Movimento da Reforma Sanitária, sem nenhuma explícita e organizada

ocupação da máquina do Estado pelos setores progressistas da profissão (encaminhamento operacionalizado pela Reforma Sanitária) (CFESS,2010, P. 25).

O Serviço Social, dos anos 90 até a atualidade, com a implantação e êxito ideológico do projeto neoliberal no país, onde a profissão em contraposição ao projeto hegemônico e desigual atinge sua maioria intelectual, é identificado neste contexto dois projetos de disputas na área da saúde: o privatista e o sanitarista.

O projeto privatista vem requisitando ao assistente social, entre outras demandas, “a seleção socioeconômica dos usuários, atuação psicossocial por meio do aconselhamento, ação fiscalizatória aos usuários dos planos de saúde, assistencialismo por meio da ideologia do favor e predomínio de práticas individuais.” (CFESS,2010, p. 26).

Em oposição a este modelo ultrapassado, o projeto sanitarista requer da assistente social o trabalho com “a democratização do acesso as unidades e aos serviços de saúde; estratégias de aproximação das unidades de saúde com a realidade; trabalho interdisciplinar. ênfase nas abordagens grupais; acesso democrático às informações e estímulo à participação popular.” (CFESS, 2010,p. 26).

A atuação profissional não é simples, o manejo diante da ênfase que é dada ao projeto privatista, sendo a disputa tão atual e necessária para a categoria, tendo em vista que o projeto sanitarista com os princípios<sup>10</sup> do SUS de universalidade, integralidade da atenção à saúde, equidade, descentralização, regionalização, hierarquização e participação social tem um alinhamento real e comungado com o projeto ético político profissional almejado pela categoria de assistentes sociais engajadas com a vertente da intenção de ruptura, como fala Netto (2012).

É perceptível e positivo, a presença de estagiárias no hospital para fomentar estes espaços de roda de conversa acerca dos direitos sociais previstos, demanda recorrente na sala de atendimento do social, onde individualmente às assistentes sociais orientam

---

<sup>10</sup> Universalidade de acesso – acesso a todos, independente de contribuição; Integralidade da atenção à saúde – desde a promoção até a reabilitação, articulando a continuidade dos serviços e ações; Equidade – igualdade de assistência; Descentralização: transferência do poder decisório sobre a política naquele território(governo-estado-município); Regionalização – delimitação de uma base territorial para o sistema de saúde; Hierarquização – racionalização dos recursos disponíveis para atender mais e melhor as pessoas; Participação Social – para trazer a população a formular, pensar a política nos Conselhos de Saúde e inclusive o controle da execução.

sobre tais direitos, já que há uma gama de atividades a serem desenvolvidas pelas profissionais, que não permitem uma regularidade de ações.

E esta postura pela busca e defesa intransigente na construção de um projeto democrático não deve ser exclusiva de apenas uma categoria profissional; faz-se necessário o desafio diário de questionar essa ótica neoliberal imposta para as políticas sociais, inclusive para a saúde, já que cada vez mais desmonta os direitos sociais e macula a dignidade humana, sendo necessária a articulação com as outras categorias que fazem parte deste trabalho coletivo.

### **3.2.1 O hospital referenciado no estado da Bahia**

Iniciamos a discussão acerca da Nefrologia em um hospital público em Salvador, caracterizando que instituição é esta que requisita o trabalho especializado de nossas assistentes sociais e a importância do papel desempenhado por estas junto às outras categorias profissionais que fazem a engrenagem deste espaço sócio-ocupacional com suas idiossincrasias e particularidades fortalecendo o conceito de interdisciplinaridade. Esse conceito pressupõe que cada especialidade, quer seja assistente social, nefrologista, cardiologista, psicóloga, nutricionista, enfermeira, pedagoga, dentre outras, exerça sua contribuição de forma a horizontalizar o relacionamento, ultrapassando o viés de subalternidade das profissões, sob a ótica hospitalocêntrica/hegemônica, onde os “profissionais de Serviço Social vão enfatizar as determinações sociais e culturais, preservando sua identidade profissional”.

O Hospital<sup>11</sup> estudado foi inaugurado há 53 anos, em 1964, como componente da rede hospitalar IAPTEC – Instituto de Aposentados e Pensões dos Empregados de Transportes e Cargas.

No contexto do Estado Novo de Getúlio Vargas e em 1977 passou a ser administrado pelo INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência

---

<sup>11</sup>As informações que constam neste capítulo foram retiradas em partes do site do hospital e através do Plano de Estágio elaborado por esta graduanda durante o Curso de Serviço Social na Universidade Federal da Bahia, para a disciplina de Estágio Supervisionado I.

Social, instituído durante o regime militar, tendo como finalidade precípua a prestação de atendimento médico aos que podiam contribuir com a previdência social como já foi pontuado anteriormente. Em 1990, com a criação do Sistema Único de Saúde – o SUS, a instituição entrou para o rol dos hospitais federais do Ministério da Saúde, passando a servir então, da forma ampliada e em consonância ao que propõe o sistema pensado e defendido durante a Reforma Sanitária, através da 8ª Conferência Nacional de Saúde.

No ano de 1998 houve a cessão do hospital à Secretaria de Saúde do Estado da Bahia – SESAB como forma de ampliar os investimentos públicos do hospital e no ano de 2006 foi criado o INCOBA – Instituto do Coração da Bahia, como centro especializado em tratamento de patologias cardíacas, implantado para abarcar o público específico diante da grande demanda existente. Em 2007, o hospital é federalizado, passando a ser gerido também pela Fundação de Apoio à Pesquisa – FAPEX da Universidade Federal da Bahia.

O Hospital possui razão social atrelada à Secretaria de Saúde do Estado da Bahia - SESAB, tendo por atividade econômica principal, atividades de atendimento hospitalar, com exceção as de atendimento de urgência e emergência, onde todos os procedimentos realizados são exclusivamente custeados pelo SUS. Está localizado no bairro da Caixa D'Água na Rua Saldanha Marinho, S/N, na cidade de Salvador. Atualmente, o Hospital paulatinamente consolida-se no cenário estadual como um hospital referenciado em procedimentos de alta complexidade, que viabiliza desde um atendimento ambulatorial, passando por Exames de Ressonância Magnética, Tomografia computadorizada, Hemodinâmica, Medicina Nuclear, Ecocardiograma, bem como transplante renal e/ou cardíaco, sendo assim, em 2015, o único hospital público a realizar o 1º transplante de pulmão e de coração da Bahia.

O Hospital conforme consta anteriormente, não realiza atendimentos de urgência e/ou emergência; ele recebe internações e para isso conta com um aparato de 237 (duzentos e trinta e sete) leitos, distribuídos em 07(sete) andares, a destacar: 07(sete) na UTI Geral, 08(oito) na Unidade Coronariana – UCO, 09 (nove) na UTI Pós Cirúrgica – UPC, 08 (oito) na UTI Cardiológica Pediátrica, 09 (nove) no Pronto Atendimento Cardiológico Referenciado – PA, 88 (oitenta e oito) leitos clínicos, 76(setenta e seis) leitos cirúrgicos; Serviço de Ambulatório com especialidades médicas e assistência

multidisciplinar, onde a principal especialidade ofertada é a Cardiologia. Também possui atendimentos em Serviço Social, Nutrição, Enfermagem, Fisioterapia, Psicologia e Farmácia Clínica. Além do acesso eletivo, também é realizado o atendimento via regulação, que é um sistema utilizado pelo governo do Estado para que o paciente seja removido entre unidades de atendimento via veículo adequado sendo acompanhado por profissionais de saúde que possam garantir o atendimento de possíveis emergências decorrentes do traslado entre os hospitais.

A sua estrutura também conta com uma brinquedoteca, espaço para aulas formais para crianças internadas, sala de estudo e pesquisa, auditório, refeitório, salas de descompressão/copa por setores, setor de transporte e manutenção. Dentro dos 07 (sete) andares, a distribuição dos setores estabelece-se da seguinte forma:

- No térreo: sala da Nutrição, necrotério, Farmácia do estado de dispensação de medicações especializadas para os Renais, SAME- Serviço de Arquivo Médico e Estatística, posto de entrega de resultados (na entrada principal do hospital), recepção, refeitório, marcação de consultas, internamento, capela, Almoxarifado, Setor de transporte, Ambulatório para pacientes transplantados, sala de Serviço Social e central de regulação de vagas;
- No primeiro andar: a CPD – Central de processamentos de dados, UTI GERAL, Centro Cirúrgico Geral, Ambulatório de Cardiologia e sala do Serviço Social;
- No segundo andar: Cirurgia Cardíaca, UTI, UCO, UPC, UTI Pediátrica, sala de acolhimento para mães/pais ou responsáveis pelas crianças e adolescentes internados, o Ambulatório de Angiologia e outras especialidades como Odontologia, Hemodiálise e Sala do Serviço Social;
- No terceiro andar: Unidade de Internação Pediátrica, com enfermarias climatizadas, rouparia, maqueiros, a Coordenação do Serviço Social, Psicologia, Enfermaria de Nefrologia e Clínica Médica;
- No quarto andar: Clínica Cirúrgica A e B, Enfermaria Cardíaca, geralmente pacientes do pré-operatório e sala do Serviço Social;
- No quinto andar: Enfermaria Cardíaca do pós-operatório, o SADT – Serviço de Apoio e Diagnóstico e Terapia, Laboratório de análises clínicas, Hemodinâmica, a Agência transfusional;

- Sexto andar: As Diretorias Médica, Geral e Administrativa, o setor de RH – Recursos Humanos e Saúde Ocupacional e por fim o Auditório que fica no 7º andar.

A equipe do serviço social conta com 01(uma) Coordenadora, 09 (nove) Assistentes Sociais e 02 (duas) Auxiliares administrativas, trabalhando em regime de escala, divididos em todos os setores do hospital, exceto na Saúde Ocupacional. Está subordinada diretamente à Coordenação de Serviço Social, que está subordinada a diretoria geral.

É importante compreender as inúmeras subjetividades encontradas em um ambiente de trabalho, em especial um ambiente hospitalar, onde nos deparamos diariamente com pessoas e realidades das mais diversas, sendo elas protagonistas de uma sociedade que luta ao longo dos anos pela garantia de direitos, dentre eles o direito à saúde.

A instituição prima por um viés sócio educativo e humanizado, utilizando-se dos programas e projetos de pesquisa, ensino e extensão multiprofissionais em conjunto com seus respectivos profissionais, para fortalecer este propósito e entendimento.

Dentro da Política de Humanização, dispõe de alguns programas, projetos e serviços que atendem pacientes e funcionários:

- ✓ **Programa Coração Sem Risco e Periódico:** Este programa tem como objetivo promover ações de mobilização e prevenção aos funcionários do hospital periodicamente a partir de exames, consulta e diagnósticos;
- ✓ **Programa de Residência Multiprofissional em Cardiologia** com 12 vagas para enfermagem, nutricionistas, fisioterapia, odontologia e psicologia;
- ✓ **Programa de Residência em Cardiologia, Radiologia, Pediátrica, Cirurgia Cardiovascular e Cirurgia Vascular;**
- ✓ **Assistência Religiosa:** Respeitando a Constituição Federal, a Lei nº. 9982 de 14 de julho de 2000 e regulamentada pela Portaria nº880 de 13 de junho de 2014 da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia - SESAB, o Hospital assegura aos pacientes internados o direito à assistência religiosa, com liberdade de culto, sendo o Núcleo de Assistência Religiosa o responsável pela coordenação deste



trabalho, em linhas gerais, é o 1º hospital 100% SUS a ter credenciamento religioso;

- ✓ **Projeto Escola no Hospital:** Professores da rede municipal de ensino se organizam e promovem atividades educativas escolar a pacientes do hospital sendo eles entre crianças e adultos.

O Hospital tem por público-alvo toda a população usuária do Sistema Único de Saúde – SUS na Bahia, desde que seja encaminhada pela Central Estadual de Regulação, não obstante recebamos também via regulação pacientes de estados vizinhos como Pernambuco, Alagoas, Sergipe e outros.

### 3.2.2 O Serviço Social e a Nefrologia

O Serviço Social do Hospital está situado no mesmo logradouro do nosocômio, possui 01 (uma) sala de Coordenação, situada no 3º andar que é a sala principal do setor, e outras salas secundárias próximas às enfermarias situadas no 1º andar no Ambulatório, 2º andar para atendimento dos pacientes de HD (Hemodiálise) e ainda 01 (uma) sala no 4º andar próximo a Clínica Médica, o que facilitam o contato das profissionais com os familiares e seus acompanhantes. A proximidade das enfermarias possibilita atendimentos individualizados e mais humanizados.

A equipe é composta por 09 (nove) Assistentes Sociais sendo 01(uma) Coordenadora e 08 (oito) estagiárias de Serviço Social da Universidade Federal da Bahia.

A sala principal é bem estruturada, nela contém 01(um) ar condicionado, 01(uma) impressora (compartilhada com a psicologia), 04 (quatro) computadores e 04 (quatro) mesas com 04 (quatro) telefones de uso exclusivo do Serviço Social, mural informativo para escala de trabalho e plantões das profissionais, agenda telefônica com contatos importantes de órgãos públicos das cidades, município e distritos do Estado; armários para armazenamento de material de escritórios, instrumentos de uso do serviço social, e pertences pessoais.

As Assistentes Sociais estão alocadas nos seguintes setores:

Térreo: Unidade Intermediária e Ambulatório de Transplante;

1° andar está localizado o Ambulatório, PA - Pronto Atendimento Cardiológico Referenciado e UTI Geral;

2° andar: Hemodiálise;

3° andar: Nefrologia, Clínica Médica e Cardiopediatria;

4° andar: Clínica Médica A, Clínica Médica B, Unidade Coronariana - UCO e Unidade Pós Cirúrgica - UPC, UTI pediátrica;

5° andar: Enfermaria da Cardio Adulto

Em todas as unidades possuem pelo menos 01(uma) profissional de referência e na ausência desta, todas as demandas que não foram atendidas são encaminhadas para a sala no 3° andar do Serviço Social. Neste espaço, sempre há uma Assistente Social para viabilizar o atendimento dos usuários, dentro dos limites institucionais, junto à equipe médica.

O Ambulatório de Transplante Renal é o espaço onde são feitas consultas, exames, diagnósticos e orientação sobre possibilidades de terapias aos pacientes com insuficiência renal crônica durante o pré e pós diagnóstico da doença. Esses, por sua vez, são orientados sobre tratamentos como hemodiálise, diálise peritoneal e transplante renal a partir da indicação médica. As modalidades de terapias substitutivas implicam na rotina de vida daqueles que são submetidos, como deslocamentos, revisões e consultas periódicas e medicações ininterruptas.

A Nefrologia do Hospital situa-se como supracitada nos 2° e 3° andares do hospital, estando o setor de Hemodiálise lotado no 2° Andar.

O Serviço Social do hospital tem funcionamento diário de segunda a sexta, das 07h às 19h, este período de atendimento é dividido por duas escalas de serviço, a saber das 07h às 13h e das 13h às 19h, com a computação do banco de horas para folgas oportunas, sem prejudicar o bom andamento do fazer profissional junto aos usuários. Este setor é composto por 03(três) assistentes sociais, onde uma delas acumula as demandas do Ambulatório dos transplantados e a Nefrologia. Com sala própria para o Serviço Social, com três mesas, 02(dois) computadores, telefone, ar-condicionado, móveis, cadeiras, pastas de documentos com todos os formulários utilizados pelo Serviço Social, formulários de admissões sociais, livros de registros para transplantes, ocorrências da Enfermaria de Nefrologia, da Hemodiálise, da Diálise Peritoneal, *folders*

informativos sobre o Serviço Social, doação de sangue, auxílio funeral, doação de órgãos, doença renal crônica, dentre outros.

As abordagens dos usuários às profissionais alocadas neste setor do Serviço Social demonstram o comprometimento com o atendimento direto aos usuários, conforme LIMA (2006, P.137) diz:

[...] contribuir para o fortalecimento de processos emancipatórios, nos quais há a formação de uma consciência crítica dos sujeitos frente à apreensão e a vivência da realidade, sendo ela, também facilitadora de processos democráticos, garantidores de direitos e de relações horizontais entre profissionais e usuários, ao mesmo tempo em que projeta a sua emancipação e a transformação social.”

As assistentes sociais argumentam com embasamento e firmeza dos conhecimentos específicos e necessários às demandas que são tensionadas pelos usuários diariamente, tendo nitidez e objetividade sempre que requeridas, corroborando com o projeto ético-político, no sentido de:

É dever do Assistente Social na relação com os usuários contribuir para a viabilização da participação efetiva da população usuária nas decisões institucionais” e “[...] democratizar as informações e o acesso aos programas disponíveis no espaço institucional, como um dos mecanismos indispensáveis à participação dos usuários. (Código de Ética art. 5º, 1993)

Neste mesmo 2º andar, identifica-se também os serviços da Recepção, Coordenação Médica, Coordenação de Enfermagem, Coordenação Administrativa, Administração, Sala de Procedimentos, Sala da Diálise Peritoneal, Consultório Médico, Rouparia Feminina, Rouparia Masculina, Copa para funcionários, Copa para pacientes e acompanhantes e salas de Hemodiálise.

Atualmente, o Hospital é uma das pouquíssimas unidades de saúde que dispõe do tratamento de hemodiálise, contendo 37 leitos divididos em 05 salas A, B, C, D e E. Cada sala comporta número e perfil de usuários diferentes, que dialisam 03(três) vezes na semana, em turnos fixos de 04 (quatro) horas.

Também é ofertado pela Nefrologia deste, o tratamento de Diálise Peritoneal<sup>12</sup> que está alocado no mesmo andar da hemodiálise, com uma sala para a DP e outras para orientar quantos aos procedimentos.

O Serviço de Nefrologia no \*\*\* comporta o Programa de Transplante Renal totalmente consolidado, sendo o único serviço público no Estado a realizar transplante renal pediátrico. Conta com ambulatório de doenças ósseas, com a finalidade de promover o tratamento da doença metabólica, realizando paratireoidectomia com o suporte da equipe de bucomaxilofacial, para realização de reconstituição de face.

Atua também através do Programa de Residência Médica, renovado pelo MEC com mérito e sem restrições. A equipe de residentes possui na unidade todos os campos necessários à sua formação, não necessitando de outros serviços. (site do hospital)

Majoritariamente o perfil dos usuários da hemodiálise são pessoas idosas com baixa renda, algumas oriundas de outros municípios vizinhos de Salvador, que vem fazer o tratamento por meio de regulação, pessoas aposentadas, jovens, crianças, servidores públicos, pensionistas, pessoas que acessam o Tratamento Fora do Domicílio – TFD, o Programa Bolsa família, BPC idoso e BPC deficiente – Benefício de Prestação Continuada, pacientes que utilizam o Passe livre municipal, intermunicipal.

Há um número significativo de pacientes que resistem em aderir ao tratamento e acabam não colaborando com o mesmo; quando da negação do tratamento, a intervenção multidisciplinar é pensada com a discussão dos casos através de interconsultas envolvendo a equipe médica, a psicologia e o Serviço Social na tentativa de viabilizar melhor qualidade de vida para os usuários em questão quais sejam crianças ou adultos.

Dentre os vínculos empregatícios existentes, ligados às profissionais, estão, 7 Assistentes Sociais vinculadas à FAPEX – Fundação de Apoio à Pesquisa e Extensão, 2 profissionais vinculadas à SESAB, sendo 2 vínculos permanentes e 2 cargos, 01

---

<sup>12</sup>Uma das opções disponíveis no tratamento da Insuficiência Renal Crônica Terminal. É uma técnica fisiológica que utiliza a membrana peritoneal (membrana que envolve os órgãos abdominais), atua como um filtro do sangue, removendo excesso de água e toxinas do corpo.

vinculada ao Ministério da Saúde. As profissionais têm carga horária de 30 horas semanais, conseqüentemente 6 horas diárias de acordo com a lei nº. 12.317, de 27 de agosto de 2010.

Essa heterogeneidade possibilita analisar que em diferentes espaços institucionais interfere na dinâmica do trabalho que se expressa na forma de contratação, remuneração salarial, carga horária de trabalho, benefícios e promoções, instabilidade do emprego, estabelecendo uma relação de exterioridade e de não pertencimento enquanto um segmento desta mesma classe.

Conforme RAICHELIS (2011), essa dinâmica de flexibilização/precarização atinge também o trabalho do assistente social, nos diferentes espaços institucionais em que se realizam, pela insegurança do emprego, precárias formas de contratação, intensificação do trabalho, aviltamento dos salários, pressão pelo aumento da produtividade e de resultados imediatos, ausência de horizontes profissionais de maior longo prazo, falta de perspectivas de progressão e ascensão na carreira, ausência de políticas de capacitação profissional, entre outros.

Essas profissionais são designadas a desenvolver atividades e acompanhamentos como atendimento individualizado, visita aos leitos, visita multiprofissional, reunião em equipe, desenvolver atividades e reuniões de grupos informativos aos pacientes, familiares e acompanhantes acerca do serviço social e disponibilizando informações sobre normas e rotinas da instituição com objetivo de garantir o acesso aos serviços oferecidos, realizar atividades sócio educativas, escuta qualificada, acompanhamento de óbito, visita domiciliar, autorização de acompanhante, atendimento em sala, captação de órgão ou tecidos e registrar todas evoluções do paciente no Sistema próprio do hospital, como fora dito anteriormente.

Entretanto, é importante salientar que as Assistentes Sociais se organizam e desempenham o trabalho de forma mobilizada e coletiva, respeitando as especificidades existentes por determinados espaços quais estão submetidas dentro da lógica da divisão sociotécnica do trabalho, ou seja, venda da sua força de trabalho para obtenção de sua subsistência, a relação contraditória dos quem detém os meios de produção *versus* os que vendem sua força de trabalho. Segundo Paiva (2000):

como trabalhador especializado, o/a assistente social deve apresentar propostas profissionais que vislumbrem soluções para além da requisição da instituição, cujas demandas são apresentadas na versão burocratizada e do senso comum, destituídas da tradução ética-política ou da interpretação teórico-metodológica. Portanto, cabe ao assistente social a responsabilidade de imprimir na sua ação os saberes acumulados pela profissão, ao longo do processo de reelaboração das demandas a ele encaminhadas.

Para realizar essas atividades as Assistentes Sociais contam com instrumentais, em forma de formulários, que são utilizados de acordo com as demandas que os usuários trazem. Dentre eles estão: Comunicação Interna (CI), Atestado de Comparecimento, Solicitação de Transporte, Autorização de Acompanhante, Encaminhamento Social, Encaminhamento Interno, Orientações aos Pacientes e Acompanhantes, Entrevista Social/Admissão Social, Orientação para Acompanhante da Casa de Apoio – ABACC, Encaminhamento para o HEMOBA (Créditos de Sangue para pacientes que vão fazer cirurgias). Faz parte também da rotina, preenchimento dos livros de registro do Serviço Social, com todos os atendimentos realizados no setor, e preenchimento do prontuário eletrônico, com a Admissão Social, e a Evolução Social dos pacientes.

Existem formulários que são para medir produtividade das Assistentes Sociais como: Lista de Presença Atividade Educativa; Serviço Social - Ocorrências de Final de Semana; Indicadores do Serviço Social.

Diante do cenário supracitado, percebemos o quanto é importante pensar e entender a profissão dentro de um trinômio da totalidade, onde as relações acontecem dentro de uma estrutura – conjuntura – cotidiano para obtenção de um desvelamento mais próximo da realidade, que nunca será conhecida totalmente, já que a dialética que vivemos, não possui um ponto final, mas é possível aproximar dela sucessivamente, através da compreensão dos fenômenos não como fatos isolados, mas como parte de um complexo social.

SANTOS (2013, p.134) diante de toda esta configuração societária, nos traz em seu artigo que:

Assim, os desafios atuais, postos à profissão, são maiores, uma vez que a alteração das requisições profissionais ocorre, paralelamente, ao sucateamento das políticas públicas, aqui em especial a de Saúde, afetando diretamente o exercício profissional do assistente social, visto que é, também, muitas vezes, o operador terminal de políticas sociais.

Os desafios do cotidiano profissional devem ser enfrentados trazendo à baila a discussão da preocupante negação do direito, da forma como absorvemos o poder institucional em contraponto ao que rege o nosso projeto ético-político, já discutido anteriormente, deste questionamento diário do alinhamento do projeto profissional com o projeto sanitário, fazendo sempre bom uso da relativa autonomia para pensar estratégias de emancipação humana, a longo prazo.

#### 4 ANALISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

A pesquisa científica requer uma investigação planejada, desenvolvida e dirigida conforme normas metodológicas aceitas pela ciência, não existindo uma única forma de pesquisa, dependendo de interesse e conhecimento do tema a ser pesquisado, dos recursos disponíveis, do campo de atuação e da metodologia escolhida.

Os resultados de uma pesquisa dependem do posicionamento do pesquisador sendo necessário neste processo “desenvolver uma atitude de autocrítica em relação às próprias pesquisas” (RICHARDSON et al, 2008), o que Weber categorizou por “neutralidade axiológica”, de forma simples, tendo por justificativa ética que a ausência desta poderia configurar situações de “abuso de autoridade”. (WESS,2014)

Utilizamos como metodologia para investigação do tema, a revisão de literatura desenvolvida desde o primeiro contato com estágio supervisionado naquele espaço sócio ocupacional desbravando material impresso já publicado, principalmente livros, artigos, sites da internet, que segundo Lakatos e Marconi (2003), sua principal finalidade é colocar o pesquisador em contato direto com tudo o que foi produzido acerca do assunto para desenvolvimento de toda uma fundamentação teórica e a pesquisa de campo fazendo o uso do instrumento de coleta: a entrevista semiestruturada com as profissionais referenciadas da Nefrologia de um hospital público no Estado da Bahia, para suscitar pistas de reflexão e levantar dimensões de análise.

Marconi e Lakatos (2007) definem entrevista como um encontro entre duas pessoas, para que uma delas obtenha as informações sobre determinado assunto. A pesquisa teve um caráter qualitativo o qual, como assevera Figueredo (2009), pressupõe a verificação de múltiplas nuances de uma realidade, como os elementos subjetivos vinculados às percepções e a dinâmica das interações grupais através de seus significados para as pessoas.

A pesquisa foi desenvolvida ao longo dos dois semestres da disciplina TCC I E II, onde o período e o local da coleta de dados aconteceram entre os meses de outubro e novembro/2017, na cidade de Salvador.

O roteiro da entrevista foi dividido em duas partes. A primeira parte foi composta por questionário, com questões fechadas, que tiveram como objetivo traçar o perfil geral das entrevistadas. Foram perguntadas questões como idade, orientação sexual, etc. A



segunda fase da pesquisa de campo foi aplicada entrevista semiestruturada que teve por objetivo uma apreensão mais aprofundada de questões relacionadas a profissão de serviço social como condições de trabalho, prática profissional, impactos do trabalho na vida social e saúde das profissionais e satisfação profissional.

O universo da pesquisa foram as assistentes sociais que atuam na área de cuidados em nefrologia no Estado da Bahia. A amostra da pesquisa contou com duas assistentes sociais que atuam na área de nefrologia, estas foram escolhidas para compor a amostra por fazerem parte de um hospital de referência na Bahia.

As duas assistentes sociais são do sexo feminino e, para manter o anonimato da pesquisa, serão identificadas como A e Z. As profissionais têm algumas características em comum como se auto-declararem pretas, heterossexuais, cursaram a graduação em universidade particular presencial, possuem especialização cursada presencialmente, atualmente não participam de nenhum grupo de estudo ou pesquisa, informam ter se atualizado profissionalmente nos últimos 2 anos.

A profissional A tem entre 26 e 30 anos, não professa religião, possui estado civil solteira, não possui filhos, renda familiar entre 3 e 4 salários mínimos, é responsável pelo seu domicílio, concluiu a graduação em 2010, possui mestrado acadêmico cursado presencial.

A profissional Z, por sua vez, tem entre 36 e 40 anos de idade, professa a religião católica, é casada, não é responsável pelo domicílio, possui renda familiar entre 8 a 9 salários mínimos, concluiu a graduação em 2000.

As características das profissionais vão ao encontro da pesquisa em 2004 feita pelos Conselhos Regionais de Serviço Social e Universidade Federal de Alagoas e pontuada por Iamamoto (2009) como consta em seu artigo Os espaços sócio ocupacionais do assistente social do livro *Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais do Conjunto CFESS/CRESS*, em alguns pontos, tais como a informação de que as profissionais são em sua maioria mulheres, categoria majoritariamente feminina (97%), atuam em instituição pública (78,16%), onde a maioria possui apenas um vínculo empregatício (77,19%), 95% são heterossexuais e os salários de maior incidência a nível nacional está entre 4 (quatro) a 6 (seis) salários mínimos.

Quando questionadas sobre as condições de trabalho no que tange às condições estruturais, considerando carga horária, vínculo empregatício, condições éticas e técnicas para o trabalho profissional, as entrevistadas realçaram sobremaneira a lei das 30 horas, onde apesar de reconhecerem a criação da lei como um avanço para a categoria profissional, as assistentes sociais elencam que em contrapartida à redução da carga horária semanal houve a redução dos salários.

sou a favor das 30horas, mas eu acho que as 30h tinham que vir associadas com o piso garantido, que nós não temos e isso impacta diretamente em várias coisas...né? O que que adianta você dar 30h...6h por dia e... o seu salário reduzido? Não adianta...Não foi um GAAANHO! (A)

a questão do valor que o profissional hoje tem em termos de remuneração, isso caiu demais. O salário do profissional hoje é totalmente defasado por conta dessa questão[...]. No momento em que houve a legislação efetivada pelo Conselho Federal de Serviço Social, no caso, muitos demitiram profissionais para recontratar com valores bem mais abaixo, porque eles acham que pelo fato de você trabalhar 30h semanais não é equivalente, né...ao valor da remuneração que antigamente os profissionais tinham. (Z)

Com menor carga horária de trabalho e menor remuneração, uma das assistentes sociais afirma que esse contexto impulsiona as profissionais a procurarem outros vínculos empregatícios para compor sua renda mensal:

[...] na minha opinião é que a carga horária [de] 30 horas precisava ter vindo com o piso salarial porque hoje quem trabalha 6h se vê obrigada a ter dois vínculos porque o salário reduziu, então acabou caindo nesta armadilha. (A)

A entrevistada Z, por sua vez, faz uma leitura dessa realidade de diminuição da carga horária como uma perspectiva positiva no que se refere a possibilidade de ter mais de um vínculo e de realização de outras atividades.

as condições de trabalho hoje melhoraram bastante com a questão da carga horária de trinta horas semanais favorecendo com que o profissional que queira ter outro vínculo empregatício, possa, né... ter outra atividade laborativa em outro campo ou no mesmo campo de trabalho, aí vai a cargo de cada profissional...é...A questão também favorece pra quem tem interesse de estar se atualizando, né... fazendo cursos, tendo outra disponibilidade do turno livre, né...pra fazer o que acha que deve. (Z)

A “lei das 30 horas”, lei nº 12.317/10 que acrescenta dispositivo à Lei 8.662/93 para dispor sobre a duração do trabalho do Assistente Social, representou um avanço para a categoria profissional, tendo por base luta histórica da categoria. Para além do viés de permitir que a trabalhadora tenha mais tempo livre para, mais uma vez, vender sua força de trabalho ou fazer outras atividades, como citou a profissional Z, a criação da lei teve por objetivo o reconhecimento do Estado da luta dessa categoria de menor carga horária pela complexidade do trabalho e de suas condições. Nesse sentido, é importante demarcar o quanto as profissionais apesar elencarem prós e contras da lei, não a referendaram como direito e como fruto de luta dos trabalhadores.

Os objetivos para os quais a lei foi criada, enquanto demanda de trabalhadores foi de encontro às demandas do capital por exploração do trabalho em busca de lucros. Nesse sentido, foram criadas estratégias pelos Estado capitalista para solapar esse direito reconhecido pela lei. Por mais que seja considerada um avanço, os limites da materialização da lei foi e é sentido no cotidiano profissional.

A materialização da regulamentação acerca da carga horária pontuada pelas entrevistadas, não constrange os espaços socioocupacionais, quer sejam públicos ou privados, a cumprirem o que está sancionado em lei, corroborando com o contexto brasileiro, onde estão imbricados os elementos históricos da desigualdade social, a fragilidade do nosso processo democrático e o programa defendido pelo ajuste neoliberal, impactando consideravelmente nas condições de trabalho das assistentes sociais. (SANTOS E MANFROI, 2015).

Ainda no que se refere às condições de trabalho, a profissional A falou sobre terceirização e como esta tem impactado inclusive nos pouquíssimos cargos públicos efetivos para assistentes sociais, na perspectiva que o Estado é o ente abarcativo para responder estas demandas:

[...] a gente sabe que os vínculos de fato são fragilizados, né, totalmente. Hoje o que a gente vê [...] predominando de vínculos é a **terceirização** que a gente sabe o quanto isso é prejudicial para nossa categoria e para as demais, pelas demais eu não posso falar, falo pela nossa, tá...cada vez **menos** a gente tendo **acesso a concursos públicos** e quando ocorrem os concursos são poucas vagas para assistente social, né. E o que predomina de fato é a terceirização. Então, aqui, inclusive, nós somos terceirizadas algumas são vinculo misto, né... tem a federal que é \*, tem

a Estadual que é \* e \*. E isso reflete um pouquinho... um pouquinho não, reflete bastante de forma negativa na nossa categoria. (A) (grifo nosso)

Santos e Manfroi (2015) sintetizam que quando se fala em precarização em relação ao exercício profissional é possível encontrar dados convergentes como: baixos salários, a focalização e seletividade das políticas sociais, as formas de vínculos precários, onde a terceirização faz parte do pacote de desmontes socioeconômicos próprios da estratégia utilizada pelo capitalismo para se remontar após crise, em que a fragilidade do vínculo de emprego é flexibilizado, é latente, não há uma estabilidade financeira, fazendo parte do

“processo econômico, social e político que se tornou hegemônico e central na atual dinâmica do novo padrão de desenvolvimento capitalista – a acumulação flexível – no contexto de mundialização do capital e das políticas de cunho neoliberal.” (DRUCK, 2007).

Druck (2007) traz ainda que “a força se materializa principalmente na imposição de condições de trabalho e de emprego precárias frente à permanente ameaça de desemprego estrutural criado pelo capitalismo”, já que “ter qualquer emprego é melhor do que não ter nenhum”, resgatando Marx e Engels acerca da função política predominante do exército industrial de reserva - submissão e subordinação do trabalho ao capital, através da concorrência desleal e da divisão entre os próprios trabalhadores.

De forma geral, entendemos que a terceirização é o processo do trabalho pelo qual uma instituição contrata outra empresa para prestar um determinado serviço, tendo por mais comuns exemplos: os serviços de vigilância patrimonial, de limpeza, atendimento, *callcenters*, ou seja, as atividades-meio da corporação com vistas a baratear os custos e direitos trabalhistas, afinal de contas, o ideário neoliberal tem se mantido desde o Consenso de Washington, em 1989, na configuração das relações sociais de produção da mais-valia.

Iamamoto (2009) traz a discussão sobre a contradição existente na prática profissional entre “projeto ético-político” e “estatuto assalariado”, no sentido de que apesar do profissional de serviço social possuir, a partir da sua formação acadêmica liberdade para exercer a profissão, de acordo com as regulamentações existentes, o fato

de estar submetido aos ditames do empregador faz com que esse exercício livre seja feito com entraves, como se vê:

“A mercantilização da força de trabalho, pressuposto do estatuto assalariado, subordina esse trabalho de qualidade particular aos ditames do trabalho abstrato e o impregna dos dilemas da alienação, impondo condicionantes socialmente objetivos à autonomia do assistente social na condução do trabalho e à integral implementação do projeto profissional.” (IAMAMOTO,2009, p.348).

Essa realidade foi pontuada pelas entrevistadas nas seguintes falas:

O Serviço Social precisa estar em outras unidades, precisa ocupar outros espaços do hospital, que infelizmente a gente perdeu, então eu acho que o pontapé inicial seria de fato uma ampliação. [...] ao meu ver seria algo MUITO BOM para o serviço. [...] eram sete salas, passou para seis, de seis para quatro.(A)

eu acho que a gente perdeu muita autonomia, muita autonomia...em relação...antes, o Serviço Social, ele mesmo sendo interligado na área de Saúde, por exemplo, interligado a uma diretoria técnica, né...ele tinha sua autonomia de trabalho, mas atualmente não...é.. a gente percebe que muitas das vezes a área técnica interfere...é... diretamente na questão do trabalho do Serviço Social (Z)

O direcionamento da profissão vai ser, então, tensionada pelas demandas do empregador. No entanto, isso não quer dizer que nada pode ser feito pela profissional. Isso foi referenciado por lamamoto (2014, p.213) quando se reporta à perspectiva fatalista e messiânica. A primeira perspectiva é a do profissional que acredita e pauta seu fazer de forma como se a instituição tivesse todo controle da situação e não houvessem alternativas para o profissional desenvolver seu trabalho. A segunda, por sua vez, é a postura do profissional que acredita que pode resolver as expressões da questão social que intervém sem levar em consideração os limites institucionais. A autora infere que se faz necessária a análise constante das relações sociais estabelecidas no âmbito institucional, bem como a inserção das demandas institucionais com o movimento maior do sistema capitalista.

Se a profissional tem clareza sobre o seu fazer profissional, sobre seus limites e possibilidades no que se refere a sua prática, domina as dimensões estabelecidas por

Iamamoto (2009), quais sejam, teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa, atreladas ao conhecimento da instituição a qual trabalha e sua inserção no contexto maior do sistema capitalista, essa profissional será competente o suficiente para realizar seu trabalho com mais eficiência e por estarem inseridas em um contexto de equipe, como se vê nas falas:

A gente sabe que o tratamento é doloroso, a gente sabe que o tratamento é complexo pra esse paciente...então estarmos aqui inseridos nesta equipe, além de ser uma obrigatoriedade, né...existe a RDC, que é a Resolução da Diretoria Colegiada que obriga todas as unidades de diálise a ter NA EQUIPE MULTI o profissional de Serviço Social, além dessa obrigatoriedade...é...a gente considera que seja de fato um avanço muito grande em que traz benefícios inúmeros tanto para os pacientes, quanto as famílias que acompanham esses pacientes, quanto pra os demais membros da equipe.(A)

quando a gente tem um setor atuante dentro do hospital, eu acho que fica bem visível, nós enquanto profissionais aqui, eu vejo pela equipe do Hospital X, **nós temos um posicionamento profissional muito atuante** aqui, onde a gente se posiciona enquanto profissional quando tem que ser, então a gente acaba delegando quando não é, quando não faz parte da nossa função, né, ou da nossa atribuição profissional e a gente acaba redirecionando para o profissional adequado,(Z) (grifo nosso)

As respostas das entrevistadas demonstram que há um objetivo, há uma importância do Serviço neste espaço socioocupacional enquanto profissional de saúde necessária à composição da equipe multiprofissional de forma obrigatória como na aludida Resolução RDC nº 154, de 15 de junho de 2004. Essa estabelece o regulamento técnico para funcionamento do serviço de diálise e estipula os recursos humanos necessários, onde consta a vinculação de no mínimo 01 (uma) assistente social. Sem citar o que reza a Resolução CNS nº 218/97 que considera a importância da ação interdisciplinar no âmbito da saúde e reconhece a assistente social dentre as categorias como profissionais de saúde.

Dando continuidade, quando questionadas acerca do cotidiano profissional, foi pautada a questão da intersetorialidade, no sentido do trabalho especializado coletivo, onde a entrevistada A ressalta a necessidade do trabalho coletivo e a interface com vistas a satisfação do usuário do Sistema Único de Saúde:

então é isso, a nossa área de atuação não se restringe apenas a uma área, a gente trabalha a questão da intersetorialidade também, eu tô aqui

na saúde, mas eu preciso encaminhar meu usuário da saúde para... um programa de habitação, então eu vou acionar aquele órgão, aquela colega, aquela entidade que hoje trabalha na habitação; então, é... no nosso atual modelo de trabalho não é mais permitido cada um no seu quadrado (riso) cada um no seu mundinho, a gente precisa realmente estar em contato com outros locais, outras vivências, outras pessoas para que assim a gente possa se fortalecer. (A)

Nos Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde, dispositivo do conjunto de CFESS/CRESS (2010) de norteamento das ações das profissionais do Serviço Social nesta área, infere a fala supracitada onde se pensar e realizar uma atuação competente e crítica na área de saúde consiste, dentre outras estratégias, em “estimular a intersetorialidade, tendo em vista realizar ações que fortaleçam a articulação entre as políticas de seguridade social, superando a fragmentação dos serviços e do atendimento às necessidades sociais.” Ainda com o mesmo dispositivo trazemos a fala da entrevistadas que corroboram em “buscar a necessária atuação em equipe, tendo em vista a interdisciplinaridade da atenção em saúde”(CFESS,2010):

quando não faz parte da nossa função, né, ou da nossa atribuição profissional e a gente acaba redirecionando para o profissional adequado, eu acho que nós [...] no dia a dia conseguimos aqui delimitar nossa atuação aos demais profissionais. (Z)

trabalhamos com a questão de mediação de conflitos, SIM...mas-não-somente-o-Serviço-Social, a gente trabalha em parceria com os demais membros da equipe, entre tantas outras questões, né, que a gente vivencia no nosso dia a dia de coisas que não nos compete e a equipe INSISTE em colocar que é nosso, mas aí vai do profissional de SE IMPOR, e trazer, tornar claro praquela pessoa que isso não é atribuição do Serviço Social (A)

Dos grandes desafios postos à profissão e ao demais técnicos da saúde é romper com uma atenção fragmentária e compartimentalizada, onde o processo de trabalho se daria de forma isolada, sem um compromisso maior com a troca de conhecimentos e a cooperação entre as categorias profissionais.

O que observamos nos lugares de fala das entrevistadas, bem como na observação enquanto estagiária, que há uma necessidade real de rompimento com a

subalternidade da profissão, onde a interdisciplinaridade pressupõe que cada categoria tem sua parcela de contribuição dentro de seu cabedal teórico-metodológico, técnico-operativo e ético político “e nesse sentido, requer o respeito à autonomia e a criatividade de cada uma das profissões envolvidas” (SILVA e MENDES, 2014, p.59).

Onde o Serviço Social ao participar de trabalho de equipe na saúde dispõe dos determinantes sociais, econômicos e culturais das desigualdades sociais, como norteadores basilares para intervenção, “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.” (CFESS,2010, p.46).

O trabalho profissional da assistente social possui, conforme relata Iamamoto (2006) uma dimensão política:

As condições e relações sociais que circunscrevem o trabalho do assistente social atribuem à profissão uma dimensão política por excelência, que não se confunde com a militância político partidária. Apoia-se no fato do seu trabalho realizar-se inscrito em relações de poder, inerentes às relações sociais entre classes que estruturam a sociedade capitalista. A face visível dessas relações, para aqueles que as vivem no contra verso do poder, são as desigualdades expressas nas múltiplas formas de exploração, subordinação e exclusão do usufruto das conquistas da civilização por parte de segmentos majoritários da população. (IAMAMOTO, 2006, p.146)

Como relata a entrevistada Z, sobre atuar, interagir neste cenário de relação de poder, de mitigação de direitos, já que o movimento societário neoliberal é de negação de direitos o tempo todo e o acesso cada vez mais burocratizado, tecendo aqui uma boa crítica como a burocratização do Estado gerencial tem dissuadido a autonomia e o sentido profissional:

A gente forma e já vem logo tudo pronto *pra* gente e gente informa e se adequa hoje ao Serviço Social hoje que nos proporciona hoje... e **a gente na adequação, a gente adequa nosso usuário àquela informação** tentando dar acessibilidade a ele através da informação, mas não através do serviço diretamente, entendeu? Ahh, então, o senhor vai ser encaminhado para o serviço tal para ter o direito àquela consulta, aquele exame, entendeu, não propriamente ao... a burocracia acabou vindo *pro*



Serviço Social também, eu acho, a gente acabou **obrigatoriamente burocratizando** o serviço. (grifo nosso)

Assim como nas demais políticas sociais, a saúde no Estado gerencial vem na concepção da lógica de “mercadorização”, através de iniciativas de privatizações dos serviços como diz Serpa et al (2015), onde o capital através de sua versatilidade transforma um serviço cuja característica seria improdutiva para aquele, em potencialmente produtiva e rentável.

Postura que desemboca nas profissionais a necessidade de responder à instituição com conceito de produtividade, como se a saúde efetivamente assumisse o tônus de mercadoria, com quantificação de atendimentos, que intensifica o trabalho consideravelmente como se as questões subjetivas fossem relegadas a segundo plano, como se vê na fala das entrevistadas:

sim, hoje a gente trabalha com base também em **produtividade**, você sabe disso ,né?[...], a gente precisa fazer estatística dos nossos atendimentos, a gente precisa mostrar atendimento, **quantitativo** e **qualitativo**, então tudo isso de certo modo impacta, porque hoje o mercado de trabalho, ele como um todo pressiona o profissional para que ele possa ter esta produtividade então...(Z) (grifo nosso)

Vemos nas falas acima um misto da agudização do sofrimento psíquico face ao montante de demandas que somos chamadas a intervir nas expressões da questão social na saúde, bem como os efeitos do ajuste neoliberal onde o Estado cumpre seu papel estratégico de “diminuição de seu tamanho” para as funções de atendimento às necessidades da classe trabalhadora, utilizando de termos imbricados na administração empresarial com a ideologia de progressista, mas que aprofunda diuturnamente as desigualdades sociais com seu modelo gerencial.

O reconhecimento enquanto trabalhadoras assalariadas que precisam manter seu sustento é recorrente nas falas, ressaltando a exploração no valor do salário, inclusive:

e **garantir seu emprego**, né (risos) então de certo modo, sim, você, você tem que mostrar produtividade porque senão você é tido como profissional inútil dentro de uma empresa. (grifo nosso) (Z)

[...] porque nós somos seres humanos, **trabalhadores** também, **assalariados** também, (risos) então o que acontece: de certo modo a gente tem sim o impacto do trabalho na vida pessoal, por conta do volume

de trabalho que a gente tem, né, da demanda que a gente trabalha no dia a dia. (A) (grifo nosso)

Hoje a gente tem colegas que ganham mil e poucos reais [...] a gente tem realmente uma defasagem, um salário que não condiz com nossa realidade. (Z)

A gente tem hoje um salário estipulado, eu digo pelas terceirizadas, que hoje é um salário de R\$ 3.100,00 numa carga horária de 6h, né...então é uma realidade um pouco diferenciada de outros lugares [...] tem lugares que assistentes sociais hoje estão ganhando r\$1.500,00 ... r\$ 1.000,00...então aqui não é dos piores mas eu VISLUMBRO coisas melhores a frente...a gente não pode aceitar essa fra-gi-li-za-ção...não podemos aceitar, porque...3.100,00 NÃO É NADA!! Diante de profissionais de nível superior, diante de profissionais ca-pa-ci-ta-das e diante de profissionais que fazem a diferença nesta estrutura... vamos deixar 1 dia o hospital sem Assistente Social para gente ver como é que funciona? (A)

O interessante na postura das entrevistadas é o entendimento da inserção da profissão na divisão sociotécnica do trabalho, entendendo que a perversidade capitalista não as exime das incertezas, do excesso de demandas, da falta de autonomia real, da precarização. Percepção somada as demandas de sofrimento das trabalhadoras como se vê:

mas assim, constantemente eu me vejo... é .... so-bre-car-re-ga-da, né.... de muitas coisas...de demandas...de **sofrimento**...porque como a gente lida com pacientes em hemodiálise... a gente sabe das dificuldades(A) (grifo nosso)

Inferimos da fala, a recorrência das doenças psicossomáticas, como diz Santos e Manfroi (2015, p. 189), mostrando como essas transformações atingem a subjetividade da trabalhadora:

É por mobilizar, com intensidade e profundidade, a alma humana que o novo capitalismo, com sua nova cultura da fluidez e precarização do trabalho e da vida social, contribui para a epidemia de novas doenças psicossomáticas. As doenças do novo capitalismo atingem mais o homem integral, sua mente e corpo, com o estresse e a depressão sendo sintomas da colonização intensa da vida social pelos requisitos empresariais.

Christophe Dejours em seu livro *A loucura do trabalho* traz que “o trabalho nunca é neutro em relação à saúde, e favorece seja a doença, seja a saúde” e implica sofrimento e prazer, somado a fala de Raichelis (2011) que as profissionais de Serviço Social também vêm sofrendo as consequências da precarização do trabalho, de forma dolorosa, intensa e solitária.

Este cenário diário que nos ilustra a correlação de forças da luta de classes em disputa, assegurando o distanciamento entre os interesses institucionais e as demandas dos usuários, palco no qual que se apresenta a profissão.

As entrevistadas foram enfáticas na postura compromissada da Coordenação do Serviço Social em fomentar a qualificação e capacitação continuada das profissionais do hospital e atenta a práxis profissional na prestação de um bom trabalho e engajamento com o Projeto ético-político, como vemos abaixo:

A nossa Coordenação é justa. Ela é exigente, porém ela é justa. Ela sempre propicia coisas que não tinham antes, o que ela puder propiciar para o Serviço e para as profissionais ela faz, como Participação em Pós-graduação vinculadas ao Estado, vinculadas à Secretaria de Saúde....é... [...] seminário em tal lugar, [...] A gente tem colegas que fazem especialização em outro estado, [...].\*\*\* faz uma especialização em transplante cardíaco e pulmonar, [...] em Fortaleza e.... ela só tem acesso a essa especialização por hoje ela ser ASSISTENTE SOCIAL DO HOSPITAL ... outra pessoa, outra assistente social que queira se inscrever não tem acesso, não é aberto... então é algo que, querendo ou não, para ela finalizando vai ser muito bom .... porque é um diferencial e isso a Coordenação permite. (A)

..., a coordenadora atual sempre incentiva sim a qualificação e sempre estar aberta e disponível para poder nos colocarmos até na troca de horário, se for preciso, sim, nunca houve impedimento quanto a isso. (Z)

Por ser atribuição privativa de Assistente Social e ter uma Coordenação específica, neste sentido, que entende a necessidade da educação continuada como viés libertador das “amarras” da alienação do pragmatismo e, alinha-se com o projeto ético-político da profissão fazendo valer nosso Código de Ética que reza dentre os direitos, o “aprimoramento profissional de forma contínua” e por princípios o “Compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população e com o aprimoramento intelectual, na perspectiva da competência profissional” (CFESS, 1993).

O incentivo por parte da Coordenadora robustece a legitimidade profissional, e conseguimos visualizar isso na fala, onde as entrevistadas tecem comentários acerca da competência teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa, que são dimensões indissociáveis como diz Guerra (2000), desenvolvidas dentro do espaço da Nefrologia:

Os pacientes renais têm direitos específicos e você precisa estar muito bem orientada em relação a isso, não só referente aos direitos como também a forma como cada usuário vai ter acesso a esses direitos. (A)

[...] hoje a maioria dos pacientes insuficientes renais crônicos não conseguem retornar às suas atividades laborativas [...] nós enquanto assistentes sociais precisamos estar atentas [...] para que a gente possa dar acessibilidade a eles, claro que não temos ingerência alguma quanto a questão do favorecimento do benefício, mas munimos o paciente quanto a documentação necessária para que realmente na perícia, ele possa ser favorecido com o benefício. (Z)

Dimensões que têm suas particularidades, no sentido de uma visão macro, para além da construção operacional, por serem indissociáveis, pressupõe um viés intelectual dentro daquilo que é específico para o Serviço Social, em consonância com a busca incessante pelo acesso democrático aos direitos sociais previstos.

Questionamos acerca do entendimento dos usuários e das outras categorias profissionais sobre o trabalho das assistentes sociais naquele espaço socioocupacional. Nossas inquietações foram respondidas, nas seguintes falas:

Os profissionais acabam confundindo um pouco, mas... quando a gente tem um setor atuante dentro do hospital, eu acho que fica bem...é... bem visível (Z)

um dos desafios que nós assistentes sociais temos é justamente trazer pro usuário o porquê-estamos-aqui e para-que-estamos-aqui, porque muitos deles desconhecem quais são as nossas atribuições e por desconhecer acham que a gente pode estar desenvolvendo qualquer atividade...então, um dos desafios dos assistentes sociais é tornar claro essas atribuições e essas competências...não só para os usuários, como para a e-qui-pe que, por vezes, quer colocar para o Serviço Social, trazer para o Serviço Social coisas que não nos compete (A)

Para ilustrar a fala da profissional, enquanto estagiária, tive oportunidade de vivenciar várias experiências de orientação em situação de óbito de paciente, mas uma trouxe um pouco de agrura. Trata-se da situação em que aguardamos um médico

plantonista de determinada unidade do hospital, informar o óbito aos familiares; após preencher a declaração de óbito (documento utilizado para confecção da guia de sepultamento e posterior certidão de óbito em cartório), o profissional informou às familiares que o documento seria protocolado e entregue pela assistente social, que *incontinenti*, de forma segura e brilhante, corrigiu a elucubração dele e orientou que havia uma auxiliar administrativa na unidade que ele estava de plantão e devolveu o documento, que desconsertado saiu da sala de acolhimento, para prosseguir com os trâmites corretos, fora do seu senso comum.

Em outra oportunidade, quando do deslocamento da sala da Nefrologia no 2º andar para a Sala da Coordenação do Serviço Social no 3º andar, fui interpelada por uma enfermeira para admoestar um acompanhante de uma paciente que estava sentado no leito. E conforme normas e rotinas do hospital, até por questões de higiene e prevenção, seria uma atitude passível de repreensão. Mas não assumi tal postura policial e ainda ressaltei a profissional de enfermagem, que o hospital era um espaço de trabalho coletivo, qualquer uma categoria que presenciasse postura não condizente com as normas daquele espaço teria a obrigação de orientação, não sendo ação exclusiva do social.

Há uma necessidade veemente de posicionamento e elucidação das atribuições do Serviço Social, em virtude de toda construção do senso comum e das posturas submissas que outrora foi assumida pela profissão na sua gênese e que perdura até os tempos hodiernos, confirmando a observação da estagiária, vemos na fala:

a gente a todo momento precisa se mostrar, se impor, mesmo perante a equipe, mesmo perante a ...profissionais de outras categorias, não é? Porque o nosso fazer ele é subjetivo.... então, por ser subjetivo, o que não tá totalmente claro...diferente de uma enfermeira que tá aqui pra punccionar veia, que tá aqui pra fazer curativo...o nosso fazer é diferente, por isso as pessoas acham que aquilo que ninguém quer ser responsável atribui ao Serviço Social e não pode ser assim, a gente tem que tá muito atento. (A)

Santos e Manfroi (2015, p. 186) também elencam o desconhecimento das atribuições do assistente social por outros profissionais e gestores como uma das dificuldades mais citadas pelos profissionais, além da falta de reconhecimento.

Uma das entrevistadas traz o processo dialógico e a inteligência emocional, como estratégia de enfrentamento a cultura de subalternidade da profissão:

o que usamos de estratégia basicamente é isso: é o diálogo, é uma comunicação frequente, né, com os demais profissionais, é tentar manter uma boa relação e valorizar o seu espaço profissional. (A)

Fica latente o exercício diário de combate à representação social da profissão associada à figura da mulher como sinônimo de docilidade e abnegação, tão recorrente pelo fato do Serviço Social ser composto majoritariamente por mulheres. É só por meio desse esforço que se consegue se superar esta subalternidade, que é incentivada diariamente dentro do contexto societário de dominação e demonstração de poder das relações sociais.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo realizou uma análise do trabalho profissional em um contexto específico que é o campo da saúde e, mais diretamente, da nefrologia.

A partir das observações realizadas durante o período de estágio supervisionado curricular, que resultaram em registro no diário de campo, foi possível a construção de inquietações que acerca da temática.

O presente estudo realizou uma análise da delimitação do trabalho profissional do Serviço Social em um hospital referenciado em Nefrologia no estado da Bahia. Diferencial que inevitavelmente nos remete a uma “excelência” no serviço público; mesmo diante de todo esfacelamento que o Estado “mínimo” implica aos direitos sociais, dentre eles a saúde.

O Estado busca a eficiência e a eficácia do serviço público, através de suas “investidas privatizantes” para atender ao grande capital, onde “tem prevalecido um ataque à universalidade do acesso à saúde, um dos pilares centrais do SUS” corroborado pela falência do setor público de saúde, com um funcionamento precário. (SERPA et al, 2015)

Com o advento da globalização, o modelo de Estado neoliberal “mínimo”, para resolução das demandas sociais, vai priorizar a acumulação de capital através de cortes de gastos públicos em áreas fundamentais, como à saúde, educação, segurança, moradia, etc. corroborando para os diversos fatores que geram a miséria, o desemprego ou subemprego, a violência, a precarização social, o assédio moral, o adoecimento, dentre outras expressões da questão social, matéria-prima da profissão de Serviço Social.

Neste trabalho, trouxemos para o debate a centralidade do trabalho na sociedade capitalista e a importância da divisão sociotécnica do trabalho, onde as profissões são determinadas historicamente e são pensadas as políticas públicas sociais.

Ou seja, para cada contexto histórico das relações sociais, o capitalismo exige das categorias profissionais instrumentais e equipamentos que aumentem sua extração de mais-valia, através de um aparato ideológico pesado de objetificação do sujeito com apoio da “revolução tecnológica”, já que quem produz o lucro é a força de trabalho.

A política de saúde neste processo é gestada a partir de necessidades históricas e socialmente determinada, como vimos a evolução de um *não sistema* arcaico, oneroso e pontual perpassando através da Reforma Sanitária Brasileira para consolidação de um Sistema Único de Saúde, construído através de um momento privilegiado de organização social, de discussão e debates, de participação política de vários setores da sociedade que impactariam numa mudança nos serviços não apenas para saúde, mas sim numa mudança social superando o modelo privatista hegemônico.

O Serviço Social, inserido neste arranjo societário capitalista, vê na dinâmica/disputa entre o projeto profissional, o projeto institucional e o projeto societário, o seu campo de intervenção, que precisa estar alinhado com o Projeto ético-político da profissão, fruto de uma vasta maturação intelectual desde o Movimento de Reconceituação (representando um rompimento com o conservadorismo da gênese da profissão).

Através da revisão de literatura, ampliamos o arcabouço teórico e atrelados a observação do campo de estágio e a relação interpessoal muito tranquila com as técnicas daquele espaço sócio ocupacional, foi possível uma construção intelectual entendendo a relação indissociável da teoria com a prática na área da saúde.

Foi perceptível durante o estudo, o impacto das demandas sociais na configuração da atividade laboral e nas condições de trabalho, como as profissionais percebiam a sua condição de trabalhadora assalariada a serviço do Estado capitalista, contradição própria do sistema vigente.

E que apesar da venda da força de trabalho, as profissionais de Serviço Social buscavam dentro dos meios e instrumentos disponibilizados pela instituição, intervir de forma propositiva na reafirmação e defesa dos direitos sociais da classe trabalhadora; em consonância com o projeto ético-político dialogando sempre com o projeto sanitário.

Inferimos também a importância da educação continuada, já que a dinamicidade com que as relações societárias são engendradas requer um aprimoramento intelectual constante, somado à postura compromissada assumida pela Coordenação de Serviço Social do hospital em fomentar esta busca através da qualificação e capacitação das profissionais que laboram neste espaço.



Os limites e possibilidades estudados na vasta literatura acerca das condições estruturais de trabalho na área da saúde também foram facilmente visualizados nas falas das entrevistadas: a precarização, a terceirização, os baixos salários, o sofrimento, a subalternidade profissional e a falta de reconhecimento, a importância do fortalecimento da categoria, o “ganho” com a lei das 30 horas, a maturação das dimensões técnicas-operativas, ético-política e teórico-metodológica dando legitimidade as atribuições profissionais das assistentes sociais.

Entendemos, por fim, que em todas as searas sempre haverá uma disputa ideológica de projetos para que o capitalismo se mantenha perverso. E superar estas artimanhas, que são sub-reptícias, deve ser um exercício diário em qualquer espaço socioocupacional que as assistentes sociais venhamos intervir, enquanto profissão cujo Código de Ética reza pela busca intransigente dos direitos e democratização do acesso aos seus usuários.

Pensar a emancipação humana não é uma tarefa fácil, até porque não é interesse do capital que dita as regras do jogo societário, mas se faz necessário o amadurecimento desta perspectiva libertadora diante da importância da profissão, na luta de classes, sem descambar para o messianismo/fatalismo que diversas vezes somos confrontadas no dia a dia profissional.

Estamos diante de uma ofensiva neoliberal, que penaliza a massa da população, e não podemos ser ingênuas, dentro da especialização do nosso trabalho, de achar que não fazemos parte dessa massa. Eis um campo de desafios e debates para os quais esse trabalho pretendeu discutir e dar alguma contribuição.

## REFERÊNCIAS

ALVES, Júlio César Lopardo; FILHO, José Marçal Jackson. **Trabalho, saúde e formação política na enquete operária de Marx**. Trab. educ. saúde vol.15 no.1 Rio de Janeiro Jan./Apr. 2017 Epub Dec 15, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/>>. Acesso em: 07 set. 2017.

ANTUNES, R. Os Sentidos do Trabalho. **Ensaio sobre a negação e afirmação do trabalho**. Boitempo Editorial, 2011.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Política de saúde no Brasil**. Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional, [S. l.], 2007.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. Código de Ética Profissional dos Assistentes Sociais. **Resolução CFESS Nº 273, de 13 de março de 1993**, com as alterações introduzidas pelas Resoluções CFESS nº 290/1994 e nº 296/1994.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Lei de Regulamentação da Profissão de Assistente Social**. Lei Nº 8.662, de 07 de junho de 1993. Dispõe sobre a profissão de Assistente Social e dá outras providências.

\_\_\_\_\_. **Parâmetros para atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde**. Série Trabalho e Projeto Profissional nas Políticas Sociais, nº 2, Brasília: CFESS, 2010.

DEJOURS, **A loucura do trabalho**: estudo de Psicopatologia do Trabalho. São Paulo: Cortez, 1998.

DRUCK, Graça. **Flexibilização e Precarização**: formas contemporâneas de dominação do trabalho. CADERNO CRH, Salvador, n. 37, p. 11-22, jul./dez. 2002.

FIGUEREDO, Nélia Maria Almeida de. **Método e Metodologia na pesquisa científica**. 3ª ed. São Paulo: Yendis Editora Ltda, 2009.

Hospital Ana Nery. Disponível em: <http://www.han.net.br/quem-somos/>. Acesso em: 09Abr2017.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. Trabalho e individuo social no processo capitalista de produção. **Trabalho e individuo social**: um estudo sobre a condição operária na agroindústria canavieira paulista. São Paulo, Cortez, 2001.

IAMAMOTO, Marilda Vilela e CARVALHO, Raul de. **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil**: esboço de uma interpretação histórico-metodológica. 39a. Ed. São Paulo: Cortez, 2013.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. **O Serviço Social na Contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 25a. Ed. São Paulo: Cortez, 2001.

\_\_\_\_\_. **O Serviço Social na contemporaneidade: dimensões históricas, teóricas e ético-políticas**. Fortaleza, CRESS –CE, Debate n. 6, 1997.

\_\_\_\_\_. **Questão social, família e juventude: desafios do trabalho do assistente social na área sócio-jurídica**. In: SALES, M.A.; MATOS, M. de C.; LEAL, M. C.; LEAL, M.C.(Org.). *Política Social, Família e Juventude: uma questão de direitos*. São Paulo: Cortez, 2004.

\_\_\_\_\_. **Renovação e Conservadorismo no Serviço Social: ensaios críticos**. 2 ed. São Paulo: Cortez, 1994

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. de A. **Metodologia Científica**. 5.ed. São Paulo: Atlas, 2003.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. de A. **Metodologia do trabalho científico**. São Paulo: Atlas, 2007.

LIMA, T. C. S. **As ações sócio educativas e o projeto ético político do Serviço Social: tendências da produção bibliográfica**. 2006. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Programa de Pós-graduação em Serviço Social, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2006.

MATOS, M. C. **O debate do Serviço Social na Saúde nos anos noventa**. In: *Serviço Social e Sociedade*, São Paulo: Cortez, 2003. v. 74.

MIOTO, Regina Célia. **Estudos Socioeconômicos**. *Serviço Social: Direitos Sociais e competências profissionais*. Brasília-DF. 2009.

MIOTO, Regina Célia. **Orientação e acompanhamento social a indivíduos, grupos e famílias**. *Serviço Social: Direitos Sociais e competências profissionais*. Brasília-DF. 2009.

MOROSINI, Liseane. **Atuação Solidária: Assistentes Sociais fazem a diferença ao receber demandas diversas de usuários e têm na Saúde amplo campo de trabalho**. In: *Revista Radis: Fiocruz*, Rio de Janeiro, n.179, Ago/2017.

NETTO, J. P. **Transformações societárias e Serviço Social: notas para uma análise prospectiva da profissão no Brasil**. *Revista Serviço Social e Sociedade*. São Paulo: Cortez, 1996. n° 50, ano XVII, p. 87-132

NETTO, José Paulo. **Crise do Capital e consequências societárias**. *Serv. Soc. Soc.*, São Paulo, n. 111, p. 413-429, jul./set. 2012.

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

PAIVA, B. A. Reflexões sobre pesquisa e processos de formulação e gestão. In: **Capacitação em Serviço Social e política social**. Módulo 4. Brasília: UnB, Centro de Educação Aberta, Continuada a Distância, 2000.

RAICHELIS, Raquel. **Intervenção profissional do assistente social e condições de trabalho no SUAS**. Revista Serviço Social e Sociedade: Cortez, São Paulo, n. 104, Especial, out. /dez. 2010.

RAICHELIS, Raquel. **O trabalho do assistente social na esfera estatal**. Serviço Social: Direitos Sociais e competências profissionais. Brasília-DF. 2009.

RAICHELIS, Raquel. **O assistente social como trabalhador assalariado**: desafios frente às violações de seus direitos. Serv. Soc. Soc., São Paulo. n. 107, p. 420-437, jul./set.2011.

RICHARDSON, Roberto Jarry et al. **Pesquisa Social**: métodos e técnicas. 3 ed. São Paulo: Atlas, 2008.

SANTOS, Flávia B. P. . **O assistente social e as relações trabalho-saúde**: um estudo exploratório em unidade municipal de emergência do Rio de Janeiro/RJ . In: VÉRTICES, Campos dos Goytacazes/ RJ, v.15, n. 2, p. 133-159, maio/ago. 2013

SANTOS, Josiane Soares. **“Questão Social”**: particularidades no Brasil. São Paulo, Cortez, 2012. Coleção Biblioteca Básica do Serviço Social, v. 06.

SANTOS, Maria Teresa; MANFROI, Vania Maria. **Condições de trabalho das/os assistentes sociais**: precarização ética e técnica do exercício profissional. In: EM PAUTA, Rio de Janeiro/RJ, v. 13, n. 36, p. 178-196, 2º Semestre de 2015.

SERPA, Moema Amélia. et al. **As particularidades da precarização de trabalho dos (as) Assistentes Sociais na política de saúde**. In: O Social em Questão, João Pessoa/PB, n. 34,p. 277-296, Ano XVIII, 2015.

Sociedade Brasileira de Nefrologia. Disponível em: <http://www.sbn.org.br> Acesso em: 22Ago17.

TAVARES, Maria Augusta. **Acumulação, trabalho e desigualdades sociais**. Serviço Social: Direitos Sociais e competências profissionais. Brasília-DF. 2009.

WEISS, Raquel. **Max Weber e o problema dos valores**: as justificativas para a neutralidade axiológica. Revista de Sociologia e Política. Vol. 22 nº 49, Curitiba Jan/Mar 2014.

## APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA  
INSTITUTO DE PSICOLOGIA  
COLEGIADO DE SERVIÇO SOCIAL

### ENTREVISTA

A presente entrevista é um instrumento de pesquisa que objetiva coletar dados e informações para a elaboração de Trabalho de Conclusão de Curso exigida como requisito necessário para a conclusão do Curso de Graduação em Serviço Social pela Universidade Federal da Bahia, tendo por pesquisadora a discente Shirley da Encarnação Cruz com o tema: **Serviço Social e Nefrologia: Reflexões acerca do trabalho profissional num hospital de referência em Salvador/BA.**

1º Bloco – Questionário fechado

ENTREVISTADA:

DATA DA ENTREVISTA:

HORÁRIO:

OCUPAÇÃO:

#### A) QUESTÕES SOBRE O PERFIL SOCIAL

##### 1) Idade

( ) 20 a 25 anos ( ) 26 a 30 anos ( ) 31 a 35 anos ( ) 36 a 40 anos

##### 2) Raça/cor

( ) preta ( ) parda ( ) branca ( ) amarela ( ) indígena

##### 3) Sexo

( ) feminino ( ) masculino ( ) outro \_\_\_\_\_

##### 4) Orientação sexual

( ) heterossexual ( ) homossexual ( ) bissexual ( ) outra \_\_\_\_\_

**5) Orientação Religiosa (pode ser marcada mais de uma opção)**

- católica  protestante  matriz africana  espírita kardecista  judaica  
 budista  evangélica  sem religião  outra \_\_\_\_\_

**6) Estado civil**

- solteiro (a)  casada  viúvo (a)  união estável  divorciado (a)  outro \_\_\_\_\_

**7) Possui Filhos?**

- Sim. Quantos? \_\_\_\_\_  
 Não

**8) Composição do domicílio**

- unipessoal  
 entrevistado(a) e pais  
 entrevistado(a), pais e avós  
 entrevistado(a), cônjuge/companheiro(a)  
 entrevistado(a), cônjuge/companheiro(a) e filhos  
 entrevistado(a), cônjuge/companheiro(a) e pais/sogros  
 entrevistado(a), cônjuge/companheiro(a), filhos e pais/sogros  
 outro \_\_\_\_\_

**9) Responsável pelo domicílio**

- a(o) entrevistada(o)  
 a(o) cônjuge  
 a(o) entrevistada(o) e o cônjuge/companheiro (a)  
 entrevistada (o), cônjuge/companheiro (a) e filhos  
 entrevistada (o), cônjuge/companheiro (a) e pais/sogros  
 entrevistada (o), cônjuge/companheiro (a), filhos e pais/sogros  
 outros \_\_\_\_\_



**17) Você tem se atualizado profissionalmente nos últimos 2 anos?**

- ( ) Sim
- ( ) Não. Se não, passe para os blocos de perguntas abertas

**18) Indique os meios através dos quais você tem procurado se atualizar**

- ( ) livros e revistas da área
- ( ) participação em eventos locais, regionais ou nacionais
- ( ) participação em cursos
- ( ) participação em grupos de estudo
- ( ) atividades e informativos do CRESS 5ª Região
- ( ) outros \_\_\_\_\_

## 2º Bloco – Entrevista

**C) QUESTÕES SOBRE O TRABALHO PROFISSIONAL****1) Condições de trabalho**

- Fale sobre as condições estruturais de trabalho (considerando a carga horária, vínculo empregatício e condições éticas e técnicas para o trabalho profissional).
- Há algum tipo de bonificação para compensação pelo serviço desgastante? Considera satisfatória?
  - O que mudaria no seu espaço sócio ocupacional?

**2) O trabalho profissional**

- Quais as principais atividades desenvolvidas neste espaço?
- Quais as principais demandas para além da Saúde são chamadas a intervenção das assistentes sociais?
- No período de sua inserção no serviço, houve mudanças no volume e no tipo de demanda posta ao SS?
- Considera necessária qualificação/atualização com todas profissionais de Serviço Social? Tem apoio por parte da gestão do espaço sócio ocupacional para tal mister?
- Os usuários têm nitidez da função da assistente social no hospital?
- Considera satisfatório o entendimento das outras categorias profissionais inseridas neste espaço sócio ocupacional acerca do papel da assistente social?



- Há conflitos para delimitação do espaço profissional? Quais estratégias utilizadas quando percebe a existência desse conflito entre as partes envolvidas, quer seja assistente social/usuário ou assistente social/outras profissionais?
- Qual a importância do trabalho da assistente social na Nefrologia de um Hospital referenciado em Salvador?

### **3) Impactos do trabalho na vida social e saúde**

- Já houve casos de adoecimento/afastamento em função do acúmulo de trabalho (pressão, estresse, metas)? Conte como foi.
- Você se sente pressionada por alguma situação de trabalho? Essa pressão compromete o seu cotidiano?
- Como você utiliza o tempo do não trabalho?

**Pergunta final: Está satisfeita com seu trabalho? Por quê?**