

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO
MESTRADO EM EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE

Maria Conceição Barbosa dos Santos

ASSISTENTES SOCIAIS NA SAÚDE:
dilemas e desafios na construção de práticas críticas e reflexivas no HCI/INCA

Rio de Janeiro

2012

Maria Conceição Barbosa dos Santos

ASSISTENTES SOCIAIS NA SAÚDE:
dilemas e desafios na construção de práticas críticas e reflexivas no HCI/INCA

Dissertação apresentada à Escola Politécnica
de Saúde Joaquim Venâncio como requisito
parcial para obtenção do título de mestre em
Educação Profissional em Saúde.

Orientadora: Mônica Vieira

Rio de Janeiro

2012

Catálogo na fonte

Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

Biblioteca Emília Bustamante

S237a Santos, Maria Conceição Barbosa dos
Assistentes sociais na saúde: dilemas e
desafios na construção de práticas: críticas e
reflexivas no HCI/INCA. / Maria Conceição Babosa
dos Santos. - 2012.
107f.

Orientador: Mônica Vieira

Dissertação (Mestrado Profissional em Educação
Profissional em Saúde) - Escola Politécnica de
Saúde Joaquim Venâncio - Fundação Oswaldo Cruz,
Rio de Janeiro, 2012.

1. Serviço Social. 2. Reestruturação Produtiva.
3. Processos de Trabalho em Saúde. 4. Exercício
Profissional. I. Vieira, Mônica. II. Título

CDD 361.3

Maria Conceição Barbosa dos Santos

ASSISTENTES SOCIAIS NA SAÚDE:
dilemas e desafios na construção de práticas críticas e reflexivas no HCI/INCA

Dissertação apresentada à Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio como requisito parcial para obtenção do título de mestre em Educação Profissional em Saúde.

Aprovada em 18/09/2012

BANCA EXAMINADORA

Dr. Maurílio Castro de Matos – Faculdade de Serviço Social – UERJ

Dra. Neise Deluiz – Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio – FIOCRUZ

Dedico este trabalho aos meus amados Gilmar, Ana Luiza e Gabriel agradecendo pelo incentivo e peço desculpas pelo tempo de vocês subtraído. Aguardem-me! “Eu estou indo de volta pra casa...”

AGRADECIMENTOS

Difícil é medir palavras para agradecer, se nos caminhos que percorri para a construção deste trabalho encontrei pessoas tão especiais. Umhas que não faziam parte do meu cotidiano de vida e/ou trabalho, mas, que no momento necessário, estiveram do meu lado, outras que se fizeram presentes, por inúmeras maneiras, e se tornaram especiais e outras ainda, por sempre se constituírem razão de vida. De qualquer forma, dedico a todos meus sinceros agradecimentos:

À minha orientadora e ousou dizer “amiga” Mônica Vieira pela sabedoria na qual o saber transcende a esfera profissional/intelectual. Ela caminha nas trilhas do humano e do singular, na superação dos limites, com paradas certas no acolhimento, na compreensão, na capacidade de acreditar, incentivar e ainda demonstrar estar aprendendo. Você está no lugar certo! Quando eu crescer quero ser igual a você.

Aos colegas, assistentes sociais do HCI/INCA e demais Unidades hospitalares, que considero como importantes incentivadores dessa minha experiência e que juntos partilhamos trilhas, muitas vezes árduas, mas não menos legítimas da nossa profissão. Por tantas horas de convívio e testemunhos em nossas vidas.

Em especial às amigas Eliane, Célia e Letícia por serem cúmplices e defensoras de minha “ousadia”.

Aos meus familiares, que nos últimos meses em que vivemos momentos tão fortes em nossa família, souberam entender, sublimemente, minhas necessidades de cumprir essa jornada.

Aos anônimos aqui “revelados”, colegas de serviço, que se colocaram de alma e mente neste estudo, ávidos por encontrarmos caminhos, “entrada e saídas” na busca de também reconhecer a felicidade no trabalho.

Aos professores que gentilmente aceitaram o meu convite para compor as bancas de qualificação e de defesa. Espero ter atendido as suas expectativas e adianto que as contribuições iniciais para o trabalho foram fundamentais para sua concretização. Saibam que têm minha admiração e respeito profissional.

Enfim, peço perdão a todos aqueles aqui ocultados, e reafirmo, apesar do cansaço peculiar deste momento, a promessa de que este reconhecimento me acompanhará até que se revele em momento oportuno, certamente.

Cena contemporânea: Vida de Trabalhador

Mãe ao telefone – Filha, como está indo o trabalho do mestrado?

– Mãe tá indo, tá muito difícil, não tô dando conta.

– Você vai conseguir. Estou rezando por você. Mas, olha... você trabalha muito e ainda estuda. Cuida de sua saúde que é mais importante que o trabalho.

– Tá legal mãe, não se preocupe. Eu vou conseguir. Beijos!

– Outro em você, filha.

Mãe, você se foi e não viu o trabalho, e agora ele é seu!

Terminei, estou e estamos todos bem e, estamos cuidando bem do papai, viu?

Mãe, saudades, saudades, saudades eternas...

Esteja com Deus!

(o autor)

RESUMO

Este estudo reflete sobre o trabalho dos assistentes sociais no Hospital do Câncer I e suas percepções acerca dos seus processos de trabalho em saúde, apontando para as possibilidades e os limites do exercício profissional considerando o marco teórico-metodológico e técnico-operativo do Serviço Social. Tem como referencial epistemológico o método dialético-crítico de investigação e caracteriza-se como uma pesquisa do tipo qualitativa. Destaca-se entre as categorias do método, a totalidade, a particularidade, a contradição e a historicidade. Como categorias explicativas da realidade se privilegiam: a constituição histórica do Serviço Social, o trabalho em saúde, e as metamorfoses do processo de produção a partir do fenômeno da reestruturação produtiva nas sociedades capitalistas contemporâneas. Nesta realidade se busca verificar como o trabalho do Serviço Social se desenvolve considerando o caráter contraditório de seus espaços interventivos, marcados tanto pelos interesses dominantes voltados à reprodução material e ideológica da força de trabalho, quanto pelos interesses dos diversos segmentos da classe trabalhadora, voltados à garantia de alternativas que colaborem com a sua sobrevivência material. Assim, o desafio deste estudo está em apreender e desvelar os limites e as possibilidades potenciais presentes na dinâmica da vida cotidiana dos assistentes sociais que atuam neste campo profissional. Esta via de abordagem tem como respaldo a percepção de que a prática profissional se constitui em espaço privilegiado para a apropriação das potencialidades da intervenção, na medida em que se vê frente às diferentes expressões da vida cotidiana, as quais formam um mosaico que, dependendo do modo como se debruçar sobre ele, permite uma apreensão totalizante da realidade nas suas variadas dimensões e, em consequência, a construção de uma prática de espectro abrangente.

Palavras-chave: Serviço Social. Reestruturação Produtiva. Processos de Trabalho em Saúde. Exercício Profissional.

ABSTRACT

This studies are a reflection of the Cancer Hospital I social workers and their perceptions about their work in health pointing to profession possibilities and limits, considering theoretical-methodological and technical-operative marks in Social Service. Its epistemic referential is the critical dialectical investigation method and it is characterized as a qualitative research. Among the method characteristics, the totality, the particularity, the contradiction and historicity are highlighted. As reality explicative categories, the Social Service historical constitution; the work in health and the metamorphosis in the production process based on the contemporary capitalistic society restructuration phenomena are privileged. In this reality we aim to verify how Social Service work develops itself, considering the contradictory character of its interceptive spaces, marked by the dominant interests aimed at the labor force ideological and material reproduction and the many labor class segments interests, directed to the guarantee of alternatives that collaborates to the material survival. Therefore, the challenge of this study is to apprehend and unveil the limits and potential possibilities in daily life dynamic of social workers who work in this professional field. This approach path is supported by the perception that the professional practice is constituted in a privileged environment to the appropriation of interventional potentialities, as it sees in front of different expressions of daily life, which forms a mosaic that, depending on the angle, allows the total apprehension of the vary dimensions of reality and, in consequence, the construction of a large spectrum practice.

Key-Words: Social Service. Productive Restructuration. Health Work Process. Professional Exercise.

LISTA DE SIGLAS

ABESS	Associação Brasileira de Ensino de Serviço Social
BPC	Benefício de Prestação Continuada
CACON	Centro de Alta Complexidade em Oncologia.
CAP's	Caixas de Aposentadorias e Pensões
CBA	Consórcio Brasileiro de Acreditação Hospitalar
CBAS	Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais
CEP	Conselho de Ética em Pesquisa
CFESS	Conselho Federal de Serviço Social
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CTI	Centro de Tratamento Intensivo
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
EPSJV	Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio
FAF	Fundação Ary Frauzino
GM	Gabinete do Ministro
HCI/INCA	Hospital do Câncer 1 do Instituto Nacional do Câncer
IAP's	Institutos de Aposentadorias e Pensões
INCA	Instituto Nacional do Câncer
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
LOAS	Lei Orgânica da Assistência Social
LOS	Lei Orgânica da Saúde
MPOG	Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organização Não Governamental
PEP	Projeto Ético-Político
PIL	Programa Inca Livre de Tabaco
PNAO	Política Nacional de Atenção Oncológica
SAS/MS	Secretaria de Atenção a Saúde do Ministério da Saúde
SEP	Situação Existencial Problema
SUS	Sistema Único de Saúde
TFD	Tratamento Fora de Domicílio

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 O ESTADO NA CONFIGURAÇÃO DAS POLÍTICAS SOCIAIS: IMPLICAÇÕES PARA O TRABALHO DO SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE	16
2.1. ESTADO, QUESTÃO SOCIAL E A CONSTITUIÇÃO DAS POLÍTICAS SOCIAIS NO BRASIL.....	17
2.2. A CONFIGURAÇÃO HISTÓRICA DA POLÍTICA DE SAÚDE BRASILEIRA DIANTE DOS PROJETOS SOCIETÁRIOS, EM DISPUTA.....	22
3 SERVIÇO SOCIAL E O TRABALHO EM SAÚDE	28
3.1. CONTEXTO SÓCIO-HISTÓRICO DO SERVIÇO SOCIAL.....	28
3.2. TRABALHO, TRABALHADOR E O ASSISTENTE SOCIAL.....	35
3.3. REESTRUTURAÇÃO PRODUTIVA E A PRÁTICA PROFISSIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL.....	41
3.4. A ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO NA SAÚDE E O SERVIÇO SOCIAL.....	43
4 O ADOECIMENTO POR CÂNCER E A ATUAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL EM UM CENTRO DE REFERÊNCIA DE ATENÇÃO ONCOLÓGICA DO SUS	48
4.1. ONCOLOGIA NO BRASIL: COMPREENDENDO O CÂNCER COMO QUESTÃO DE SAÚDE PÚBLICA.....	48
4.2. A ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO DO SERVIÇO SOCIAL NO HCI/INCA.....	52
5 APROXIMAÇÕES AO EMPÍRICO: REFLETINDO SOBRE A PRÁTICA PROFISSIONAL	58
5.1. CAMINHO METODOLÓGICO DO ESTUDO.....	58
5.2. O TRABALHO DE CAMPO.....	61
5.3. IDENTIFICANDO COMO SE DESENVOLVE O EXERCÍCIO PROFISSIONAL DOS ASSISTENTES SOCIAIS NO HCI/INCA.....	65
6 A PRÁTICA PROFISSIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL: TENSÃO ENTRE PROJETO PROFISSIONAL E PROCESSO DE TRABALHO	72
6.1. SER ASSISTENTE SOCIAL: A ESCOLHA DA PROFISSÃO.....	73
6.1.1 Ser assistente social na/em saúde: a inserção no trabalho em saúde.....	75
6.1.2. Ser assistente social no INCA: a organização do processo de trabalho.....	81

6.2. EXERCÍCIO PROFISSIONAL: PERSPECTIVAS ANTERIORES E EXPECTATIVAS ATUAIS DOS ASSISTENTES SOCIAIS.....	87
6.2.1. Prática profissional: limites e possibilidades para acomodação e superação	89
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	92
REFERÊNCIAS.....	99
APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA.....	104
APÊNDICE B – TERMOS DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DO INCA.....	105
APÊNDICE C – TERMOS DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DO EPSJV.....	107

1 INTRODUÇÃO

Este estudo, ao refletir sobre as particularidades do exercício profissional do assistente social diante das demandas que se apresentam na atualidade, aponta para a conjuntura contraditória e adversa, com impactos devastadores sobre o processo de reprodução social da vida que se fazem notar de muitas formas, sobretudo, pela precarização do trabalho e pela desmontagem de direitos. No contexto de transformações societárias destaca-se o advento da reestruturação produtiva que vem definindo novos arranjos e formas de organização do trabalho nos diferentes segmentos produtivos que sustentam o ideário da sociedade capitalista contemporânea.

Diante deste panorama e dos inúmeros desafios que circundam a prática profissional dos assistentes sociais no campo da saúde, sendo este um espaço privilegiado para a reflexão acerca destas transformações societárias, buscou-se apreender este debate apontando os rebatimentos para a efetivação do trabalho destes profissionais.

A atuação dos assistentes sociais tem por base a apreensão das expressões da questão social, fundamentadas teórico-metodologicamente, direcionada à compreensão dos processos relacionados à política macroeconômica brasileira, contexto onde se gestam as políticas sociais.

A emergência do Serviço Social é demarcada por uma atuação nas políticas sociais cuja historicidade de sua atuação se limitava a funções meramente executivas, também chamadas de funções terminais. A concepção e o planejamento das políticas sociais ficavam a cargo de outras categorias profissionais e dos agentes governamentais. Ao Serviço Social cabia apenas executá-las, na relação direta com os “indivíduos, grupos e comunidades” que de algum modo eram atendidos pelos serviços sociais públicos. Para Guerra (2004), ao pensarmos o Serviço Social como uma profissão inscrita na divisão social do trabalho, apropriando-se do debate marxiano sobre a divisão entre trabalho manual e intelectual aponta-se para a clássica separação entre trabalho intelectual (quem pensa as políticas sociais) e trabalho manual (quem executa as políticas sociais)¹.

Ressalta-se que diante das sequelas provocadas pela questão social na contemporaneidade não se pode negar a urgência em se repensar permanentemente os processos de trabalho em que os assistentes sociais estão inseridos. Se as demarcações da

¹Essa dicotomia foi superada no âmbito profissional, e tal conquista encontra-se expressa no Art. 4º, Inciso II da Lei de Regulamentação da Profissão (Lei nº 8.662, de 07 de junho de 1993).

atualidade vêm imprimindo diferentes formas de manifestações e de expressões vivenciadas pela população brasileira, em especial a classe trabalhadora, é exatamente este cenário marcado por mudanças de toda ordem social, econômica e política que nos convoca para a construção de estratégias de enfrentamento da questão social.

O processo de reflexão crítica acerca da organização dos processos de trabalho permite identificar as dificuldades existentes nos espaços sócio-ocupacionais e coloca em pauta uma questão presente no cotidiano de trabalho dos assistentes sociais acerca de suas atribuições ou competências na equipe de saúde e o lugar que ocupam na divisão social e técnica do trabalho. O trabalho não impõe a diluição de competências e atribuições profissionais, mas, ao contrário, segundo a visão de Yamamoto (2002, p. 41), ele “exige maior clareza no trato das mesmas e cultivo da identidade profissional como condição de potencializar o trabalho coletivo”.

Nossa experiência profissional construída em unidade hospitalar pública de saúde possibilita a percepção da rigidez desta estrutura assistencial decorrente de formas verticalizadas e hierarquizadas, históricas no processo de gestão da saúde no país. A prática interdisciplinar, apontada por diversos autores como uma estratégia humanizada nas práticas em saúde e consoante ao seu conceito ampliado indica que as ações em saúde se desenvolvam integralizadas no atendimento às demandas que emergem no processo de adoecimento dos indivíduos e dos grupos. Entendemos que tal princípio ainda não se consolidou enquanto norteador da Lei nº 8.080/90 que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes do Sistema Único de Saúde (SUS).

Para Silva; Carvalho (2002) o processo de adoecimento tem estreita relação com as condições de vida, contudo a questão ainda é tratada de forma individualizada. Os autores apontam para a necessidade de discussão sobre as determinações estruturais dos problemas dos usuários da saúde que vão para além da doença.

O objeto da intervenção profissional visto exclusivamente do ângulo da singularidade, não ultrapassa as demandas institucionais, tampouco logra alcançar ações mais ousadas no campo das transformações sócio-institucionais. No processo de ultrapassagem da facticidade é necessário compreendê-la, controlá-la, partir dela para visões mais amplas e complexas do real. (...) É necessário apreender, capturar no próprio cotidiano a interferência das forças, das leis sociais, percebendo realmente sua concretude e visibilidade (PONTES apud SILVA; CARVALHO).

Considera-se necessário compreender que as condições que levam os indivíduos a adoecerem expressam leis socialmente aceitas e inerentes ao modo de produção capitalista. As

grandes determinações, como as relações sociais de produção, relações políticas e econômicas de dominação, relação capital-trabalho, leis de mercado, relação Estado-sociedade, etc, imprimem as condições de vida dos indivíduos adoecidos.

O câncer é considerado como um problema de saúde pública por ser a segunda causa de morte por doença no país e também porque 70% dos casos da doença chegam aos hospitais em estágio avançado². Para que se possa compreender a questão do câncer no Brasil e definir uma política de combate e controle da doença devem-se também ser consideradas, em uma dimensão ampla, as implicações das determinações acima citadas para o processo de adoecimento e de acesso ao tratamento de saúde.

Nesta conjuntura se aponta para a importância de estratégias de intervenção que balizam a prática profissional dos assistentes sociais em torno das demandas socialmente vulneráveis e que se expressam no cotidiano de trabalho pelos usuários, pelas equipes e pela gestão dos serviços de saúde, na perspectiva da organização dos processos de trabalho nos quais esses profissionais se inserem.

Ao propormos neste estudo uma reflexão sobre o exercício profissional dos assistentes sociais no Hospital do Câncer I do Instituto Nacional do Câncer do Rio de Janeiro (HCI/INCA), uma das suas unidades assistenciais, escolhe-se realizar uma inflexão aos marcos históricos que determinaram o surgimento da profissão no seio do capitalismo monopólico e sua trajetória de rupturas, avanços e recuos que vêm estruturando, consolidando e legitimando suas práticas em solos nos quais se revela a contundente contradição advinda da relação capital e trabalho e o desafio para se efetivar o Projeto Ético-Político (PEP) da categoria. Desta forma, o estudo aponta para os fenômenos macroestruturais que definem as políticas sociais no país e de que forma os assistentes sociais nelas atuam considerando os referenciais teórico-metodológico e técnico-operativo do Serviço Social.

As reflexões teóricas deste estudo que sustentam a compreensão das práticas dos assistentes sociais enquanto objeto de investigação, têm recorte temporal que as remetem à contemporaneidade e será analisada na perspectiva histórico-dialética.

Nossa trilha de investigação foi construída a partir do diálogo com os sujeitos envolvidos: os assistentes sociais que atuam no hospital. Percorrem-se trilhas nunca antes percorridas, buscando a inserção nas brechas abertas pela ciência para o “diálogo do conhecimento com a realidade social” (KHOURY, 1995, p.130).

² Dados do Ministério da Saúde de 2011.

Através desse diálogo se tem como objetivo analisar as condições objetivas do exercício profissional dos assistentes sociais e o trabalho coletivo em saúde no HCI/INCA a partir de entrevistas realizadas com os profissionais que integram a equipe de Serviço Social.

As questões que nortearam a investigação foram: Que processos de trabalho os assistentes sociais consideram prioritários para o desenvolvimento de sua prática profissional? Como os assistentes sociais participam da organização dos processos coletivos de trabalho na instituição? Em que medida os assistentes sociais identificam os limites e as possibilidades de realizarem o exercício profissional com base nos valores que sustentam o Projeto Ético-Político da categoria?

Procurou-se considerar a imediaticidade do real, compreender como as demandas chegam para o Serviço Social em seus espaços sócio-ocupacionais. Sugere-se que estas questões não são exclusivas, nem mesmo específicas deste espaço institucional, estando presentes na prática profissional dos assistentes sociais em qualquer área de atuação profissional, em particular no campo da saúde/oncologia.

A dissertação, estruturada em cinco capítulos localiza, inicialmente, uma das maiores discussões contemporâneas acerca da profissão que permeia a polêmica quanto ao Serviço Social ser considerado trabalho ou não. Há divergência dentre os próprios profissionais e estudiosos, criando uma linha divisória entre os que classificam o Serviço Social como trabalho e os que não classificam a profissão nesta categoria. Para desenvolvermos tal discussão trabalhamos as fundamentações teóricas de autores do Serviço Social como Marilda Iamamoto, Sara Granemann, Yolanda Guerra e Sérgio Lessa, dentre outros que escrevem acerca do trabalho e os elementos constitutivos do processo de trabalho.

Buscou-se também relacionar as questões apresentadas acima a partir da identificação de categorias de análise que sustentam o estudo. O capítulo 1 cujo título, *O Estado na configuração das políticas sociais: implicações para o trabalho do Serviço Social na saúde*, propôs-se analisar o processo de constituição das políticas sociais brasileiras, apontando para as especificidades da construção do Estado de Bem-Estar Social no país e a construção histórica da política de saúde brasileira.

No capítulo 2, *Serviço Social e o Trabalho em Saúde* se desenvolvem reflexões sobre o processo histórico de constituição do Serviço Social no Brasil, a inserção dos assistentes sociais na divisão social e técnica do trabalho, considerando o novo paradigma do trabalho nas sociedades pós-industriais. Busca-se, então, subsidiar a compreensão dos processos de trabalho em que os assistentes sociais se inserem no campo da saúde, tendo como campo de estudo o HCI/INCA. Considerou-se, portanto, a conjuntura atual desta política social no

Brasil e as repercussões do fenômeno da reestruturação produtiva, suas implicações para a organização do trabalho em saúde e o trabalho do Serviço Social. O capítulo 3 aborda o adoecimento por câncer e as práticas profissionais realizadas pelos assistentes sociais. Este capítulo intitulado *O adoecimento por câncer e a atuação do Serviço Social em um centro de referência de Atenção Oncológica do SUS*, aponta para as ações e estratégias do INCA para o controle de câncer no país. Procurou-se discutir sua magnitude no cenário da saúde e se as práticas profissionais ali desenvolvidas podem ser pensadas como referência nas instituições de saúde em todo o território nacional e, nesse bojo, tentou-se aprofundar o processo de trabalho do Serviço Social no HCI/INCA.

As trilhas metodológicas percorridas nessa investigação são tratadas no capítulo 4, *Aproximações ao Empírico: refletindo sobre a prática profissional*, que também se dedica a uma primeira aproximação da análise das entrevistas realizadas com os assistentes sociais. Nelas procura-se desvelar a percepção desses profissionais acerca do exercício profissional neste campo, cuja proposição aponta para os dilemas e desafios de efetividade de uma prática crítica e reflexiva em saúde. Mais do que uma descrição formalizada do método, dos instrumentos e do processo operacional em si, consta peculiaridades da investigação, sobretudo quanto às escolhas feitas, das aproximações daquilo que é empírico, dos sujeitos implicados na pesquisa, dos critérios utilizados, das subjetividades da pesquisadora e dos achados iniciais.

Finalizando este estudo, o capítulo 5 é reservado à análise do trabalho de campo que expressa o relato dos assistentes sociais, as questões identificadas como centrais e que refletem sua compreensão acerca do exercício profissional no HCI/INCA. A compreensão destas questões permite discutir as possibilidades de intervenção do assistente social neste campo de atuação que se pautem nos elementos constitutivos do processo de trabalho em saúde, seja confirmando ou transformando as práticas, mas direcionando para um exercício profissional comprometido com a qualidade dos serviços prestados à população usuária do SUS e considerando as particularidades das relações de trabalho dessa equipe em questão.

2 O ESTADO NA CONFIGURAÇÃO DAS POLÍTICAS SOCIAIS: IMPLICAÇÕES PARA O TRABALHO DO SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE

Este capítulo discorre sobre o processo de constituição das políticas sociais brasileiras, apontando para as especificidades de construção do Estado de Bem-Estar Social no país e que buscou responder a emergência da questão social que surge com a expansão da pobreza e da vulnerabilidade nos grupos participantes ou potencialmente participantes do processo de acumulação e de produção de riquezas. Em torno deles se articula a questão do trabalho coletivo na saúde, com destaque para o processo histórico-dialético da constituição do trabalho do Serviço Social e as interfaces política e social que definiram o seu lugar na divisão social e técnica do trabalho, bem como as vulnerabilidades daí decorrentes para a organização de seus processos de trabalho na área da saúde com foco na oncologia.

As transformações societárias resultantes das mudanças nas relações entre capital e trabalho, do avanço do neoliberalismo enquanto paradigma político e econômico globalizado vão trazer para o campo da Seguridade Social brasileira, profundos paradoxos. Pois, se de um lado o Estado brasileiro aponta constitucionalmente para o reconhecimento de direitos, por outro se insere em contexto de ajustamento a essa nova ordem capitalista internacional.

O campo das políticas sociais no Brasil, em especial a saúde, merece ser contextualizado historicamente, tendo em vista que em meio às relações sociais se processam as diferentes demandas da população usuária nos diferentes modelos de prestação de seus serviços. Aponta-se, dessa forma, o caráter dialético de suas atribuições, já que definidas e operacionalizadas em meio às transformações societárias advindas do modo de produção capitalista e as relações de classe por elas estabelecidas na sociedade.

Esta questão será aqui tratada a partir de fenômenos sócio-estruturais que se constituíram em marcos históricos para a formulação das políticas sociais brasileiras. Nesta perspectiva, abordaremos primeiramente o Estado na construção das políticas sociais; em seguida a Configuração histórica da Política de Saúde brasileira diante dos projetos societários em disputa tendo como marco o Movimento da Reforma Sanitária.

2.1 ESTADO, QUESTÃO SOCIAL E A CONSTITUIÇÃO DAS POLÍTICAS SOCIAIS NO BRASIL

As peculiares e históricas relações entre Estado, mercado e sociedade civil que consolidaram as diferentes formas de realização do Estado de Bem-Estar Social em várias partes do mundo, resultaram em conquistas sociais e democráticas que buscaram compatibilizar as desigualdades sociais criadas pelo capitalismo com equidade e redistribuição da riqueza social. Em meados da década de 70, esse modo de regulação social do capitalismo, que estruturou o chamado Welfare State³, entrou em crise colocando em xeque as bases históricas e as conquistas sociais consolidadas a partir da II Guerra Mundial, no contexto do que ficou conhecido como “os 30 anos de ouro do capitalismo”.

A tradição marxista traz, em sua construção histórica, clássicas formulações em relação ao Estado e suas ações. Nessa perspectiva, as ações do estado estariam, em última instância, voltadas para garantir a produção e reprodução de condições favoráveis à acumulação do capital e ao desenvolvimento do capitalismo.

A crise do capitalismo contemporâneo, somada à derrocada do Leste Europeu nos anos 80, acabou por abrir o caminho para a emergência das teses neoliberais de desmontagem do Estado enquanto instância mediadora da universalização dos direitos e da cidadania. Nas sociedades capitalistas o Estado é perpassado pelas contradições do sistema e assim sendo, objetivado em instituições, com suas políticas, programas e projetos, apóia e organiza a reprodução das relações sociais, assumindo o papel de regulador e fiador dessas relações (YAZBEK, 2008).

Neste sentido, entende-se que as políticas sociais implantadas nos países de capitalismo avançado não foram produtos de uma ação autônoma e beneficente do Estado, mas “o resultado de concretas, prolongadas e muitas vezes violentas demandas das classes populares” (VILAS, 1978, p. 7).

Nesses países havia uma longa tradição de luta pelos direitos de cidadania e muitos benefícios sociais foram conquistados pelos trabalhadores, sendo administrados pelo Estado como forma de distribuição da riqueza acumulada pelo capital.

³ Welfare State ou Estado de Bem-Estar define-se, de modo geral, pela responsabilidade do Estado pelo bem-estar de seus membros. Trata-se de manter um padrão mínimo de vida para todos os cidadãos, como questão de direito social, através de um conjunto de serviços provisionados pelo Estado, em dinheiro ou em espécie. Trata-se da intervenção do Estado no processo de reprodução e distribuição da riqueza, para garantir o bem-estar dos cidadãos (SILVA, 2006).

As políticas sociais se referem a ações que determinam o padrão de proteção social implementado pelo Estado, voltadas, em princípio, para a redistribuição dos benefícios sociais visando à diminuição das desigualdades estruturais produzidas pelo desenvolvimento socioeconômico. Elas têm suas raízes nos movimentos populares do século XIX, voltadas aos conflitos surgidos entre capital e trabalho, no desenvolvimento das primeiras revoluções industriais.

Foi ao longo do século XIX, com o amadurecimento da organização do movimento operário, que os trabalhadores europeus muniram-se de estratégias de lutas, colocando o Estado burguês numa posição mais vigilante às reivindicações dos trabalhadores, e em “estado de permanente ansiedade” (MARTINELLI, 2007, p.93).

Essa tomada de consciência operária não se refere somente ao reconhecimento das condições desumanas de vida e de trabalho da população da época, nem ao pauperismo que ameaçava a ordem social e política, que emerge desse processo de industrialização, mas, também, segundo Pereira (2003, p. 112) “pela tomada de consciência e reação dessa classe contra essas condições”. Insere-se, portanto, na discussão em torno da questão social aqui compreendida na perspectiva da autora como sendo o produto e a expressão da relação contraditória entre esses dois elementos ou, sucintamente, o produto e a expressão da contradição fundamental entre capital e trabalho historicamente problematizada. Nesta mesma perspectiva, podemos dizer que se trata do resultado de um processo histórico de conflito na relação capital e trabalho, que vem adquirindo novas modalidades nos últimos tempos, por força de mudanças profundas na reestruturação produtiva, na forma de gestão do Estado, nas políticas sociais.

Netto (2001) fundamenta, a partir da análise marxiana, que a questão social tem uma radicalidade histórica pelo caráter explorador do regime do capital e a distingue das expressões sociais derivadas da escassez nas sociedades que precederam a ordem burguesa no período pré-industrial. A escassez, hoje manifestada, decorre de uma situação produzida socialmente, resultado da contradição das forças produtivas e das relações de produção.

Ao analisar as configurações que definem o sistema de proteção social, deve-se levar em conta a particularidade sócio-histórica de cada conjuntura. Neste sentido, entende-se que as demandas por proteção social e por igualdade organizam-se de forma diferenciada em cada sociedade, e interagem em função de sua dinâmica econômica, social e da forma de organização e legitimação de seu sistema político.

Para Antunes (1995) em países como o nosso, o sistema de proteção social sempre esteve relacionado aos mínimos sociais e, com os ideários neoliberais se instalando no cenário

brasileiro, a situação da precarização das relações de trabalho teve um efeito bombástico afetando a classe que vive do trabalho.

No Brasil, as políticas sociais foram implantadas na terceira década do século XX, em condições muito diversas, assumindo características peculiares, que vão marcar seu desenvolvimento posterior e que ajudam a compreender suas limitações atuais. Sobre o processo de constituição do sistema estatal de proteção social brasileiro, Santos (1992) refere ser ele impulsionado por uma ampliação de demanda por igualdade e autonomia. Esta demanda é oriunda da afirmação da igualdade entre os indivíduos no contexto de organização política das sociedades modernas, seja para enfrentar problemas advindos da ampliação da participação, seja para dar retorno ao problema da baixa participação política e fraca institucionalização democrática.

Para Yasbek (2008) o papel do Estado só pode ser objeto de análise se referido a uma sociedade concreta e à dinâmica contraditória das relações entre as classes sociais nesta sociedade. É neste sentido que o Estado é concebido como uma relação de forças, como uma arena de conflitos. Relação assimétrica e desigual que interfere tanto na viabilização da acumulação, como na reprodução social das classes subalternas. Desta forma, entendemos que os estudos acerca das políticas sociais na perspectiva capitalista apontam que elas são estruturalmente condicionadas pelas características políticas e econômicas de Estado e que,

[...] as teorias explicativas sobre a política social não dissociam em sua análise a forma como se constitui a sociedade capitalista e os conflitos e contradições que decorrem do processo de acumulação, nem as formas pelas quais as sociedades organizaram respostas para enfrentar as questões geradas pelas desigualdades sociais, econômicas, culturais e políticas (CHIACHIO, 2006, p.13).

Este quadro societário atualiza os dilemas frente à questão social e as novas configurações que assume na sociedade capitalista atual, em decorrência da imposição de uma agenda de ajustes econômicos aos requisitos ditados pela globalização dos mercados e do capital em nível planetário.

A incorporação do ideário neoliberal nas sociedades que, como a brasileira, vivem os impasses da consolidação democrática, o frágil enraizamento da cidadania e as dificuldades históricas de sua universalização, apresentam consequências importantes. Estas se expressam no acirramento das desigualdades sociais, encolhimento dos direitos sociais e trabalhistas, aprofundamento dos níveis de pobreza e exclusão social, aumento da violência urbana e da criminalidade, agravamento sem precedentes da crise social que, iniciada nos anos 80, aprofunda-se continuamente na primeira década do século XXI. Em tal contexto, o debate sobre as políticas sociais ganha relevância pelo seu caráter de mediação entre as demandas

sociais e as respostas organizadas pelo aparato governamental. Nesse aspecto, Yasbek (2008) aponta que, em seu percurso histórico, a Política Social brasileira vai encontrar na Constituição de 1988 uma inovação: a definição de um sistema de Seguridade Social para o país, colocando-se como desafio a construção de uma Seguridade Social universal, solidária, democrática e sob a primazia da responsabilidade do Estado.

Para a autora, a Seguridade Social brasileira por definição constitucional é integrada pelas políticas de Saúde, Previdência Social e Assistência Social e supõe que os cidadãos tenham acesso a um conjunto de certezas e seguranças que cubram, reduzam ou previnam situações de risco e de vulnerabilidades sociais.

A intervenção estatal, regulamentada por leis complementares que normatizaram as determinações constitucionais, passou a referir-se a um terreno mais vasto da vida social, tanto com objetivos de equalizar o acesso a oportunidades, como de enfrentar condições de destituição de direitos, riscos sociais e pobreza.

Assim, nas décadas de 1980 e 1990, o Brasil enfrentou uma ampla agenda de reformas no que se refere à ação social do Estado que teve, entre seus resultantes, mudanças significativas no perfil do sistema brasileiro de proteção social. A Constituição de 1988 lançou as bases para uma expressiva alteração da intervenção social do Estado, alargando o arco dos direitos sociais e o campo da proteção social sob responsabilidade estatal, com impactos relevantes no que diz respeito ao desenho das políticas, à definição dos beneficiários e dos benefícios. A ampliação das situações sociais reconhecidas como objetos de garantias legais de proteção e submetidas à regulamentação estatal implicaram significativa expansão da responsabilidade pública em face de vários problemas cujo enfrentamento se dava, parcial ou integralmente, no espaço privado.

Diante da necessidade de proteção social dos cidadãos, determinada pela Constituição de 1988, algumas responsabilidades foram normatizadas, como: 1) a instituição da Seguridade Social como sistema básico de proteção social, articulando e integrando as políticas de seguro social, assistência social e saúde; 2) o reconhecimento da obrigação do Estado em prestar de forma universal, pública e gratuita, atendimento na área de saúde em todos os níveis de complexidade; para tanto, o texto constitucional prevê a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS), sob gestão descentralizada e participativa; 3) o reconhecimento da assistência social como política pública, garantindo direito de acesso a serviços por parte de populações necessitadas, e direito a uma renda de solidariedade por parte de idosos e portadores de deficiência em situação de extrema pobreza; 4) o reconhecimento do direito à aposentadoria não integralmente contributiva (ou seja, parcialmente ancorada em uma transferência de

solidariedade) dos trabalhadores rurais em regime de economia familiar; e 5) o reconhecimento do seguro-desemprego como direito social do trabalhador a uma provisão temporária de renda em situação de perda circunstancial de emprego.

Pela via da Política Social e de seus benefícios o Estado busca, portanto, manter a estabilidade, diminuindo desigualdades e garantindo direitos sociais, embora o país não alcance a institucionalidade de um Estado de Bem-Estar Social. Em síntese, o Estado brasileiro buscou administrar a questão social desenvolvendo políticas e agências de poder estatal nos mais diversos setores da vida nacional, privilegiando a via do Seguro Social.

Podemos dizer que essas políticas, não obstante integradas numa perspectiva mais generosa de proteção social, não foram submetidas a um princípio único, seja da garantia de proteção a todos os cidadãos, seja de reforço ao modelo conservador de bem-estar em vigor até então. Princípios diferenciados e, em parte, contraditórios em certas áreas que tratam da Seguridade Social foram incluídos, considerando-se, como exemplo, alguns aspectos no tocante ao atendimento das necessidades reais dos cidadãos. Ou seja: se de um lado determinou a obrigatoriedade da Educação no que se refere ao ensino fundamental, de outro, introduziu o caráter contributivo da Previdência Social. A reafirmação do caráter contributivo da Previdência Social é acompanhada do reconhecimento de uma intervenção diferenciada em relação aos trabalhadores rurais. Outro exemplo a ser observado é a afirmação da universalidade da Assistência Social, a ser oferecida a quem dela necessitar, ao mesmo tempo em que se reafirmam seus objetivos de atendimento aos grupos identificados por vulnerabilidades tradicionais, como as crianças, os idosos ou os portadores de deficiência. A universalidade é integral, no que se refere à Seguridade Social, apenas no atendimento de saúde.

Para Faleiros (2008), o impacto redistributivo das políticas sociais precisa ser analisado no contexto da correlação de forças, aí inserida a ação do assistente social. O corte de certos recursos tem diminuído a amplitude da ação social, mas várias políticas, como a de combate à pobreza, vêm trazendo novas possibilidades de recursos, o que exige que o processo contra-hegemônico esteja, permanentemente, atento às conjunturas.

2.2 A CONFIGURAÇÃO HISTÓRICA DA POLÍTICA DE SAÚDE BRASILEIRA DIANTE DOS PROJETOS SOCIETÁRIOS, EM DISPUTA

Com a industrialização nos países centrais e o nascimento da medicina social na Alemanha, França e Inglaterra, a assistência à saúde dos trabalhadores foi sendo assumida pelo Estado. A conquista de alguns direitos sociais pelas classes trabalhadoras foi mediada pela interferência estatal, no seu papel de manutenção da ordem social capitalista e de mediação das relações entre as classes sociais. No século XX, esta interferência será aprofundada, com a elaboração de políticas para o setor e o surgimento de diversas propostas.

O cenário da saúde no Brasil tem origens remotas de uma expressiva desigualdade no acesso aos serviços de saúde. Até o início do século XX a cura de doenças era realizada por instituições de caridade sustentadas pela Igreja e por doações, ou por médicos que atendiam apenas aqueles que podiam pagar por seus serviços. O Estado não participava dessa assistência. Segundo Bravo (2004), a intervenção estatal no Brasil só vai ocorrer no século XX, mais efetivamente na década de 30. No século XVIII, a assistência médica era pautada na filantropia e na prática liberal. No século XIX, em decorrência das transformações econômicas e políticas, algumas iniciativas surgiram no campo da saúde pública, como a vigilância do exercício profissional e a realização de campanhas limitadas. Nos últimos anos do século, a questão saúde já aparece como reivindicação no nascente movimento operário. No início do século XX, surgem algumas iniciativas de organização do setor saúde, que serão aprofundadas a partir de 30.

Com a aceleração da urbanização e as problematizações acerca da questão social que a classe trabalhadora impunha à época era necessário que o Estado passasse a apresentar respostas políticas, particularmente para a situação precária no âmbito da higiene, saúde e habitação. Nesse período, a política da saúde foi organizada com base em dois eixos: um da saúde pública e outro da medicina previdenciária.

Em 1923 a Lei Elói Chaves representou um marco no surgimento da Previdência Social Brasileira, com a criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP's). Através delas algumas empresas, inicialmente as das estradas de ferro, ofereciam aos seus funcionários assistência médica, além de aposentadorias e pensões. A assistência médica curativa prestada pelas CAP's era financiada pelas empresas e seus empregados. As CAP's cresceram bastante, sendo que algumas categorias profissionais já possuíam hospitais próprios e, em 1932, foram transformadas em Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP's). Estes Institutos atendiam trabalhadores de uma determinada categoria profissional e já havia alguma

participação do Estado. Nesse momento a contribuição era tripartite, sendo realizada pelos empregados, pela empresa e pelo Estado, que atuava mediando a base contributiva previdenciária. Nesse mesmo ano foi criada a carteira de trabalho, espécie de certidão de nascimento cívico.

Em 1939 se regulamentou a justiça do trabalho e em 1943 foi homologada a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). Em 1960 foi promulgada a Lei nº 3.807/60, denominada Lei Orgânica da Previdência Social, que veio estabelecer a unificação do regime geral da previdência social, destinado a abranger todos os trabalhadores sujeitos ao regime da CLT, excluídos os trabalhadores rurais, os empregados domésticos e naturalmente os servidores públicos e de autarquias e que tivessem regimes próprios de previdência.

Por volta de 1966 os IAP's existentes se fundem e é criado o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) para unificar e executar as políticas de previdência e assistência, com uma participação ainda maior do Estado. Foi criada a categoria dos pré-cidadãos, que eram aqueles que ocupavam lugar no processo produtivo, mas sem reconhecimento legal, e que eram excluídos das políticas públicas produzidas.

Em 1972 se iniciou a ampliação da abrangência previdenciária. As empregadas domésticas e os trabalhadores rurais foram beneficiados pela cobertura da assistência médica no sistema de saúde e, em 1973 incorporaram-se os trabalhadores autônomos.

Em 1977 foi criado o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), havendo maior cobertura da população (todos os trabalhadores urbanos formalmente inseridos no mercado de trabalho e parte dos trabalhadores rurais) e, conseqüentemente, aumento de gastos. Devemos considerar que, até então, quem precisasse de assistência médica deveria: pagar diretamente; ser atendido em instituições filantrópicas; ou estar formalmente inserido no mercado de trabalho. Esse último condicionante pode ser denominado de “cidadania regulada”, uma vez que os direitos do cidadão estavam condicionados não apenas à sua profissão, mas ao modo como a exercia.

Já as ações de saúde pública ou preventiva (vacinação, saneamento, controle de endemias, etc.) eram de acesso universal. Contudo, esse modelo de atenção à saúde não atendia às reais necessidades da população no que se refere à promoção da integralidade já que não conseguiu superar o paralelismo entre as ações de prevenção e de cura.

Ainda nesta década o mundo passa por uma crise no modelo de financiamento médico e no Brasil o modelo hegemônico se configurou pela assistência médica curativa através da compra de serviços privados. Isto tem ocorrido ora pelo pagamento direto do usuário ao

médico, ora pelo pagamento indireto (pelas empresas) através de serviços próprios, conveniados ou comprados no mercado.

De acordo com Vasconcelos (2003, p. 76) “no final da década de 1970 ganha destaque, na relação Estado-sociedade, o movimento pela democratização da saúde, que, envolvendo intelectuais/profissionais de saúde, movimentos sociais e estudantes criaram condições para a construção do projeto da Reforma Sanitária brasileira”.

O Movimento da Reforma Sanitária que culminou com a VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em Brasília em 1986, propõe que a saúde seja um direito do cidadão, um dever do Estado e que seja universal o acesso a todos os bens e serviços que a promovam e recuperem. Desse pensamento resultaram duas das principais diretrizes do SUS, que são a universalidade do acesso e a integralidade das ações. Nessa conferência estavam postas as bases do movimento da Reforma Sanitária, em busca de um novo direcionamento para a política de saúde, até então seletiva e com caráter meramente curativo.

Conforme explicitado, tal movimento, de cunho político-ideológico reivindicava uma saúde pública balizada nos princípios da universalidade, integralidade e equidade, sendo a principal proposta da Reforma Sanitária a defesa da universalização das políticas sociais e a garantia dos direitos sociais.

Nesta direção, ressalta-se a concepção ampliada de saúde, considerada como melhores condições de vida e de trabalho, ou seja, com ênfase nos determinantes sociais; a nova organização do sistema de saúde por meio da construção do SUS, em consonância com os princípios da intersetorialidade, da integralidade, da descentralização, da universalização, da participação social e da redefinição dos papéis institucionais das unidades políticas (União, Estado, municípios, territórios) na prestação dos serviços de saúde; e efetivo financiamento do Estado. Além desses princípios, vislumbrava-se um conceito mais amplo de saúde, passando a agregar fatores determinantes expressos através das condições de saneamento, moradia, alimentação dentre outros, os quais pudessem subsidiar um estado pleno de bem-estar físico, mental e social.

Ressalta-se que a saúde foi uma das áreas em que os avanços constitucionais foram mais significativos. Esta política social passou por diversas mudanças evidenciadas em diferentes contextos históricos o que impulsionou um processo de visível evolução, que culminou no Sistema Único de Saúde (SUS) baseado no princípio constitucional da saúde como direito de todos e dever do Estado. O Sistema Único de Saúde (SUS), integrante da Seguridade Social e uma das proposições do Projeto de Reforma Sanitária foi regulamentado

em 1990, pela Lei Orgânica da Saúde (LOS)⁴. Ao compreender o SUS como uma estratégia, o Projeto de Reforma Sanitária tem como base o Estado democrático de direito, responsável pelas políticas sociais e, conseqüentemente, pela saúde. Como fundamentos desta proposta destacam-se a democratização do acesso; a universalização das ações; a melhoria da qualidade dos serviços, com a adoção de um novo modelo assistencial pautado na integralidade e equidade das ações; a democratização das informações e transparência no uso de recursos e ações do governo; a descentralização com controle social democrático; a interdisciplinaridade nas ações. Tem como premissa básica a defesa da “saúde como direito de todos e dever do Estado” (BRAVO, 1999; BRAVO; MATOS, 2001).

Contudo, a política pública de saúde tem encontrado notórias dificuldades para sua efetivação, como a desigualdade de acesso da população aos serviços de saúde, o desafio de construção de práticas baseadas na integralidade, os dilemas para alcançar a equidade no financiamento do setor, os avanços e recuos nas experiências de controle social, a falta de articulação entre os movimentos sociais, dentre outras. Todas estas questões são exemplos de que a construção e consolidação dos princípios da Reforma Sanitária permanecem como desafios fundamentais na agenda contemporânea da política de saúde.

A universalidade do direito – um dos fundamentos centrais do SUS e contidos no projeto de Reforma Sanitária – é um dos aspectos que tem provocado resistência nos formuladores do projeto privatista da saúde.

Os valores coletivos que pautaram a constituição do SUS estão sendo substituídos pelos valores individualistas, corporativos, focalistas que fortalecem a consolidação do projeto voltado para o mercado, que tem por suporte a consolidação do SUS para os pobres e a segmentação do sistema.

Tal configuração vem impactando, sobremaneira, o trabalho dos assistentes sociais na saúde e seus dilemas para o exercício profissional considerando tais valores que fortalecem cada vez mais a concepção privatista da saúde, consolidando o SUS para os pobres e promovendo a segmentação do sistema. Os impactos para o Serviço Social se estendem na formação profissional, na inserção nas equipes de saúde na perspectiva de amenizar os conflitos decorrentes do processo de pauperização da classe trabalhadora, bem como na reafirmação deste ideário na execução desta política social. Para o Conselho Federal de Serviço Social (CFESS, 2010, p. 23):

⁴ LOS, Lei Orgânica da Saúde nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 que institui o SUS (Sistema Único de Saúde) em substituição ao SUDS (Sistema Único Descentralizado de Saúde).

A nova configuração da política de saúde vai impactar o trabalho do assistente social em diversas dimensões: nas condições de trabalho, na formação profissional, nas influências teóricas, na ampliação da demanda e na relação com os demais profissionais e movimentos sociais. Amplia-se o trabalho precarizado e os profissionais são chamados a amenizar a situação da pobreza absoluta a que a classe trabalhadora é submetida.

Contudo, ao reconhecer a saúde como resultado das condições econômicas, políticas, sociais e culturais, preconizada por Lei, o Serviço Social passa a fazer parte do conjunto de profissões necessárias à articulação de amplo movimento de massas que questione a cultura política da crise gestada pelo grande capital e que lute pela ampliação da democracia nas esferas da economia, da política e da cultura.

Na saúde, sobretudo, o Serviço Social deve, conforme detalhado no capítulo seguinte, contribuir na identificação e análise dos fatores que intervêm no processo saúde/doença da população usuária promovendo canais legais de publicização e socialização de informações/ações. Busca auxiliar, assim, para que este coletivo de sujeitos caminhe política e ideologicamente na direção da defesa da bandeira contínua de implementação do projeto de Reforma Sanitária em acordo com o Projeto Ético-Político da categoria.

Para que políticas e direitos sociais sejam efetivados pelo Estado é fundamental a participação de todos os que deles necessitam. Aos trabalhadores, usuários e gestores da saúde cabem ações que reafirmem o campo da saúde como sendo um espaço de lutas por melhores condições de vida da classe trabalhadora, hoje, cada vez mais precarizada nas suas condições básicas de reprodução social.

A atuação do assistente social é realizada a partir da proposição e desenvolvimento de políticas públicas que possam responder pelo acesso dos segmentos de populações aos serviços e benefícios construídos e conquistados socialmente, principalmente, aquelas da área da Seguridade Social.

Desde seus primórdios aos dias atuais, a profissão tem se redefinido, considerando sua inserção na realidade social do Brasil, entendendo que seu significado social se expressa pela demanda de atuar nas sequelas da questão social. Em outros termos, se revela nas desigualdades sociais e econômicas, objeto da atuação profissional, manifestas na pobreza, violência, fome, desemprego, carências materiais e existenciais, dentre outras. A atuação profissional se faz, prioritariamente, por meio de instituições que prestam serviços públicos destinados a atender pessoas e comunidades, que buscam apoio para desenvolverem sua autonomia, participação, exercício de cidadania e acesso aos direitos sociais e humanos; podem ser da rede do Estado, privadas e ONG's.

Segundo Vasconcelos (2006), as práticas democráticas permitem que os usuários se apropriem de categorias de análise demandadas pelo próprio cotidiano de vida, permitindo que, gradualmente, estes se percebam como sujeitos críticos capazes de se colocarem e atuarem politicamente na luta pelos seus interesses, em suas dimensões particulares e universais.

Assim, no caso da saúde, o assistente social deve atuar, sobretudo, como vetor na promoção da saúde pública brasileira com qualidade e permitir que esta se transforme em bandeira de luta de toda a população usuária do SUS. Desta forma, considerando a atual relação entre Estado e sociedade e suas implicações para as políticas sociais brasileiras, que neste estudo tem focada a área da saúde, redefinem as demandas postas ao assistente social que são resultantes das configurações contemporâneas da questão social no Brasil. Diante delas acirram-se os desafios ao exercício profissional que acreditamos passar, necessariamente, por uma profunda reflexão acerca dos processos de trabalho à luz da Seguridade Social. Pois o novo cenário reclama uma nova postura político-profissional, agora comprometida com o acesso como direito constitucional.

No campo da oncologia se expressam inúmeras sequelas da questão social, tendo em vista que o adoecimento por câncer tem como um de seus determinantes, os aspectos sociais gerados pelo modo de vida da população. Dentre eles, destacamos o padrão de acesso a saneamento básico, alimentação, higiene, saúde básica, a não prática de hábitos como o tabagismo e uso de álcool ou outras drogas, e outros.

Diante destes determinantes sociais cabe ressaltar o grande desafio para o desenvolvimento de ações de combate ao câncer considerando que a conjuntura atual aponta concretamente impactos devastadores sobre o processo de reprodução social da vida e estes se fazem notar de muitas formas, sobretudo, pela precarização do trabalho, pela desmontagem dos direitos e pela privatização das políticas sociais.

São problemáticas históricas que norteiam o trabalho do assistente social e se expressam como desafios cotidianos para uma prática profissional comprometida com o acesso enquanto direito humano e constitucional.

3 SERVIÇO SOCIAL E O TRABALHO EM SAÚDE

3.1 CONTEXTO SÓCIO-HISTÓRICO DO SERVIÇO SOCIAL

O Serviço Social tem sua gênese na sociedade capitalista monopolista, sendo uma profissão que possui uma história fundada no pensamento conservador mediante as necessidades da divisão sócio-técnica do trabalho marcadas por um conjunto de variáveis que vão desde a alienação e a contradição, ao antagonismo. No Brasil, o Serviço Social buscou se afirmar historicamente como uma prática de cunho humanitária, através da legitimação do Estado e da proteção da Igreja, a partir da década de 1940.

O Serviço Social sendo uma profissão inserida na divisão social e técnica do trabalho possui uma funcionalidade na gestão das múltiplas tensões sociais cotidianamente enfrentadas pelos assistentes sociais em seus espaços sócio-ocupacionais particulares (IAMAMOTO; CARVALHO, 1985).

Durante os anos de 1960, observou-se uma profunda erosão do Serviço Social tradicional em muitos países, explicada, historicamente, por uma crise do capitalismo nesse período. Crescia, também, a onda de movimentos reivindicatórios das classes subalternas que se opunham à ordem burguesa, inclusive a categoria do Serviço Social.

Segundo Iamamoto; Carvalho (1985), durante a consolidação do capitalismo monopolista no Brasil, a "questão social" pode ser definida como "queda do padrão de vida dos trabalhadores", causada pelo aumento da taxa de exploração da força de trabalho obtida através da política de "arrocho salarial". Com essa política procurava-se atrair o investimento externo, para alavancar o desenvolvimento industrial, e inserir a economia brasileira na nova divisão internacional do trabalho pautada pela internacionalização da produção.

Na ditadura, a "questão social" foi enfrentada, por parte do Estado e do empresariado, através da repressão e da assistência. Com a expansão da assistência construiu-se um mercado nacional de trabalho para o Serviço Social. Ao mesmo tempo os serviços sociais começaram a ser explorados como fonte de acumulação de capital, e não apenas como instrumentos de redistribuição de renda.

O Movimento de Reconceituação do Serviço Social emergido na América Latina estava diretamente ligado com a generalizada recusa ao imperialismo estadunidense. Este continente se une ideologicamente e a categoria de assistentes sociais se mostra favorável a uma renovação profissional e a uma luta contra o conservadorismo.

No Brasil, o processo de renovação do Serviço Social poderia ser explicado por Yamamoto; Carvalho (2001), como uma tentativa de resposta à crise de legitimidade da profissão. Trata-se de uma dupla crise de legitimidade: funcional e social. Para a crise de legitimidade funcional, ou seja, com os empregadores (basicamente o Estado), a "saída" consiste na tecnificação da prática profissional, dando lugar a uma perspectiva modernizadora do Serviço Social. Entretanto, no que diz respeito à crise de legitimidade social (em relação às demandas dos usuários, ou dos segmentos sociais com os quais a profissão trabalha), a "saída" consiste em romper com as tradicionais instituições empregadoras dos profissionais, isto é, principalmente com o Estado, dando lugar a uma perspectiva "refundacional" ou de "intenção de ruptura". Destarte, fica claro que a pretensão de refundar o Serviço Social não cobre a totalidade das expressões do processo de renovação da profissão. Existia, também, junto com essa tendência, uma outra que se caracterizou pela modernização e tecnificação das práticas profissionais, numa tentativa de se adaptar às novas demandas tecno-burocráticas dos Estados desenvolvimentistas.

Esse movimento no Brasil proporcionou algumas conquistas: a necessidade de intercâmbio entre os países da América Latina unindo as reivindicações da categoria; explicitou a tão necessária dimensão política da ação profissional; a aproximação do Serviço Social ao pensamento crítico das Ciências Sociais e do movimento estudantil deixando de lado uma fundamentação baseada nas vertentes psicológicas e a vinculação institucional com a Igreja. Sobre essa aproximação com as diferentes disciplinas Netto (2001, p. 126), aponta

[...] a interação das preocupações técnicas profissionais com as disciplinas vinculadas com as ciências sociais; é então que a formação recebe de fato o influxo da sociologia, da psicologia social e da antropologia e absolutamente inegável o aspecto positivo daí decorrente – principalmente se leva-se em conta o fato, consensualmente reconhecido, da ausência de fortes tradições intelectuais e de investigação na formação profissional.

O ambiente político diferenciado no Brasil em que se desenvolveu esse processo deve ser levado em consideração, se comparado à dinâmica nos demais países da América – da América Latina (especialmente do Cone Sul). Ou seja, no Brasil, uma ditadura, e, nos outros países, uma democracia com grande mobilização social, como o caso chileno a partir da experiência do governo da Unidade Popular. Por esta razão, para Netto (2001) a renovação no Brasil será, antes de tudo, modernizadora e somente depois, com o ingresso da classe operária no cenário político, é que iniciará um processo de ruptura ou "intenção de ruptura". Ainda, segundo o autor, é a reforma universitária no Brasil no ano de 1968 que criará os cursos de pós-graduação e profissionalizará o trabalho docente. Essa reforma está relacionada com o

processo de industrialização (diferente dos outros países da América latina, cujas ditaduras tinham como projeto a desindustrialização). A profissionalização do trabalho docente e os cursos de pós-graduação, associados ao desenvolvimento político da classe operária, são fatores que ajudam a explicar o grande desenvolvimento teórico-político do Serviço Social, particularmente, a partir dos anos 1980.

Ao longo do processo ditatorial, Netto (2001) distingue a constituição de três perspectivas: 1) Modernizadora: nesta perspectiva o positivismo constitui o pano de fundo onde se procura utilizar o "método científico" das ciências naturais para também analisar a sociedade, tratando a vida social da mesma forma em que é tratada a natureza, ou seja, coisificada. A autolimitação epistemológica traz como consequência a atitude conhecida como agnóstica. Para o autor, o positivismo opera no limite da reificação, sem conseguir ir além deste limite, ou seja, sem fazer a crítica ao processo de reificação da vida social, operando com uma racionalidade auto-limitada, que no caso da ação social, significa separar os meios dos fins; 2) Reatualização do conservadorismo: nesta perspectiva coloca-se a temática da intersubjetividade, do diálogo, ou seja, da linguagem exclusivamente como instrumento de trabalho. A transformação social é entendida como crescimento da pessoa (ser a ser - mais) e o objeto de intervenção profissional é caracterizado como Situação Existencial Problema (SEP). Busca-se, através de uma leitura simplificada, e, portanto, empobrecida da fenomenologia, criticar o positivismo no Serviço Social, negando a separação (ou o dualismo) sujeito-objeto, propondo-se resgatar o Serviço Social "originário", antes da "queda" no positivismo. Esse Serviço Social, anterior ao positivismo, é o Serviço Social Tradicional, a compreensão do Serviço Social como a ajuda psicossocial; o diálogo como instrumento de trabalho; a transformação social entendida como ser-mais; e o objeto de intervenção profissional como SEP, o problema vivenciado pelo usuário; 3) Intenção de ruptura: esta perspectiva surge a partir da crise final da ditadura, quando o movimento operário, constituído em sujeito político, emerge no cenário político-social, na passagem dos anos 70 para os 80. Esse processo se refrata no interior do Serviço Social no Congresso da Virada (III Congresso de Assistentes Sociais do Brasil) no ano de 1979. Obviamente, esse processo, que emergiu no Serviço Social, já tinha um acúmulo realizado nos anos 60 e também, ainda que em circunstâncias totalmente desfavoráveis, nos anos 70, como ficou patente com a experiência do Método BH⁵. Existe aqui uma relação explícita, entre os interesses das classes sociais

⁵ Experiência vivenciada pelos docentes da Escola de Serviço Social da Universidade Católica de Belo Horizonte durante o período de 1972 a 1975, comumente conhecido por "Método BH". Este se consistiu efetivamente no primeiro projeto para a profissão, que pretendia romper com o "Serviço Social tradicional", do

subalternas, e sua expressão teórica na teoria social crítica, particularmente, na tradição marxista.

É possível encontrar a inspiração do pensamento de Karl Marx nas pesquisas e na teoria política ideológica, tendo em vista que os assistentes sociais, pertencentes à classe assalariada, e ao se especializarem como categoria no trabalho coletivo, proclamado no Código de Ética em vigor sob a Lei nº 8.662/93. E, sobretudo, é possível apanhar, partindo da perspectiva dialética, a intrínseca relação entre os elementos contrários presentes na continuidade e na ruptura de uma profissão inserida na divisão social e técnica do trabalho.

Enfim, a tradição marxista vinculada ao Serviço Social ocorreu tanto nos países de capitalismo avançado como na América do Norte e Europa Ocidental, como nos países em desenvolvimento da América Latina. Essa relação não aconteceu por acaso, foi fruto da crise da profissão com a herança conservadora tradicionalista, da pressão exercida pelos movimentos sociais revolucionários e ainda pela atuação do movimento estudantil.

Nessa relação do Serviço Social com a teoria marxista foi possível compreender o significado social da profissão, contribuir na reflexão da intervenção sócio-profissional e, sobretudo, para fundamentar a teoria e a prática profissionais. Tomando a posição de Barroco (1996) podemos dizer que foi “a consciência do profissional de sua condição de trabalhador, que rebate na organização política da categoria e na reflexão marxista que, gradativamente, se apropria da realidade social, apreendendo o trabalho como elemento fundante da vida social”. Segundo Faleiros (1981, p.117):

Nos anos 60, os movimentos e lutas sociais, o desenvolvimento de experiências reformistas na América Latina, o surgimento da revolução cubana, a luta de guerrilhas e a reflexão em torno do processo de dependência acentuaram a insatisfação de muitos assistentes sociais que se viam como ‘bombeiros’, chamados a apagar pequenos incêndios, a atuar no efeito da miséria, a estabelecer contatos sem contribuir efetivamente para a melhoria da vida cotidiana do povo.

Conforme Netto (1989), a aproximação entre o Serviço Social e a tradição marxista se estabelece nos idos dos anos 60, exatamente quando é possível observar a convergência de alguns fatores extra-profissionais, tais como: o clima de efervescência política internacional e nacional expresso no, entre outros fenômenos, fortalecimento do movimento estudantil. Em termos intra-profissionais, verifica-se o esgotamento dos moldes do “Serviço Social tradicional”, entendido como incapaz de fornecer as respostas necessárias frente ao padrão de acumulação capitalista então vigente.

ponto de vista teórico-metodológico, formativo e interventivo . O “Método BH” inaugura o surgimento da vertente nominada por Netto (1991) de “intenção de ruptura” e se configura enquanto mais um dos importantes marcos para se entender a trajetória do Serviço Social no Brasil.

Esse movimento de efervescência política possibilitou a construção de uma proposta concreta de intervenção, definindo objeto e objetivos do Serviço Social para além do conservadorismo, através da aproximação com o marxismo até então inexistente. Conforme Netto:

A reconceituação é sem qualquer dúvida, parte integrante do processo de erosão do Serviço social “tradicional” e, portanto, nesta medida, partilha de suas causalidades e características. Como tal, ela não pode ser pensada sem a referência ao quadro global (econômico-social, político, cultural e estritamente profissional) em que aquele se desenvolve. No entanto, ela se apresenta com nítidas peculiaridades, procedentes das particularidades latino-americanas; nas nossas latitudes, “a ruptura com o Serviço Social tradicional se inscreve na dinâmica de rompimento das amarras imperialistas, de luta pela libertação nacional e de transformação da estrutura capitalista excludente, concentradora” (NETTO, 2005, p. 146 e apud FALEIROS, 1987, p. 51).

A emergência da classe trabalhadora como sujeito político, teve influência sobre a instituição universitária, que fora reformada no ano de 1968, seguindo o modelo da universidade estadunidense, visando à formação dos quadros técnico-científicos necessários ao processo de expansão produtiva promovida pela ditadura. A partir da reforma universitária, são criados os cursos de pós-graduação em Serviço Social, dando lugar ao surgimento de um profissional dedicado, exclusivamente, ao trabalho acadêmico. Essa profissionalização do trabalho acadêmico, paradoxalmente, propiciou a formação de quadros profissionais dedicados ao desenvolvimento da reflexão crítica sobre o Serviço Social.

O pensamento crítico se desenvolve na universidade, uma vez que elas se tornaram o alvo no conjunto das instituições durante o regime militar. A intenção de ruptura começou nas universidades, fundamentalmente, nos cursos de pós-graduação, visto ser um ambiente cultural rico e autônomo e a natureza do trabalho acadêmico exigir liberdade nos espaços das Universidades.

Todos esses fatores foram decisivos na inquietação dos assistentes sociais quanto ao seu papel profissional mediante as expressões da “questão social”. As ações profissionais passaram a ser questionadas quanto à sua eficácia mediante a realidade social brasileira, assim como os fundamentos teóricos e metodológicos que fundamentavam sua prática.

Na década de 80, houve um amadurecimento teórico-político da vertente de intenção de ruptura, sendo que a produção teórica começou a superar os equívocos iniciais, pois se passou a estudar Marx em suas fontes originais. O processo de redemocratização da sociedade brasileira possibilitou que mudanças significativas ocorressem no interior do Serviço Social. Uma delas refere-se à percepção desses profissionais enquanto trabalhador assalariado, cuja atividade estava inserida na divisão social e técnica do trabalho. Além disso, foi implantado

no âmbito da formação profissional um novo currículo, o de 1982, o qual orientava uma formação crítica e comprometida com os trabalhadores. O Código de Ética de 1986 configurou-se como um elemento significativo do processo de renovação profissional, sobretudo, nos aspectos político e teórico, expressando, de forma incontestada, a aproximação com a perspectiva teórica marxista. Na década de 90, com o seu aprofundamento teórico e político, a vertente de intenção de ruptura alcançou a hegemonia no interior do Serviço Social, expressando-se no atual Projeto Ético-Político da profissão. Este é resultante da Lei de Regulamentação da Profissão de 1993, das Diretrizes Curriculares da Associação Brasileira de Ensino de Serviço Social (ABESS), de 1996, e do Código de Ética Profissional, de 1993.

O Projeto Ético-Político dos assistentes sociais se expressa na liberdade e na justiça social enquanto valores éticos e políticos centrais, tendo como pressupostos a equidade e a democracia. Neste sentido, destacamos alguns princípios que devem fundar sua prática: reconhecimento da liberdade como valor ético central e das demandas políticas a ela inerentes; defesa intransigente dos direitos humanos; ampliação e consolidação da cidadania com vistas à garantia dos direitos civis, sociais e políticos das classes trabalhadoras; e posicionamento em favor da equidade e da justiça social.

A normatização impressa no Código de Ética de 1993 ao estabelecer direitos e deveres do assistente social deixa registrada a relevância da dimensão política no exercício da profissão. Respalda em princípios e valores humanistas, o código é mais do que um guia norteador da profissão; é um dispositivo de luta por uma sociedade mais justa, o que pressupõe uma reflexão crítica permanente sobre a maneira como se desenvolve o processo de trabalho do assistente social. A regulamentação da profissão foi instituída sob a Lei nº 8.662/93.

Para Netto (2006, p. 144), os projetos profissionais são compreendidos como estruturas dinâmicas que procuram responder às alterações das necessidades sociais, das novas requisições técnico-operativas, às transformações societárias de toda ordem – econômicas, históricas e culturais –, “ao desenvolvimento teórico e prático da própria profissão e, ademais, às mudanças na composição do corpo profissional”. Assim, segundo o autor, os projetos profissionais não podem ser considerados algo estático, pois, ao contrário, se renovam, se reinventam na forma de sua consolidação, diante à dinâmica e às contradições da realidade social.

O Projeto Ético-Político pressupõe uma prática que leve a transitar do reino das necessidades para o da liberdade; pressupõe também a capacidade de o homem criar valores, escolher alternativas e ser reconhecido como cidadão (BATTINI, 2008).

Portanto, no âmbito do Serviço Social, tratar sobre o projeto profissional significa referir-se àquele construído coletivamente pela categoria dos assistentes sociais, incluindo-se aí, o conjunto dos membros que dão efetividade à profissão, envolvendo, assim, profissionais que atuam em diferentes espaços sócio-ocupacionais, bem como as instituições formadoras, os pesquisadores, os docentes e os estudantes de Serviço Social, os organismos corporativos, acadêmicos e sindicais, entre outros (NETTO, 2006). Ressalta-se, ainda, que é fundamental a forma como esses trabalhadores se organizam para a efetivação e a legitimação de um projeto profissional.

Por outra parte, a experiência socioprofissional comprovou que, para que um projeto profissional se afirme na sociedade, ganhe solidez e respeito frente às outras profissões, às instituições privadas e públicas e frente aos usuários dos serviços oferecidos pela profissão, é necessário que ele tenha em sua base um corpo profissional fortemente organizado (NETTO, 2006, p.144).

Neste sentido, o resultado de um trabalho realizado deverá estar em sintonia com o projeto profissional e, fundamentalmente, com sua consolidação como um dever ser e não como uma proposta ideal (IAMAMOTO, 2002).

Neste aspecto concordamos com Netto (2006) quando apontamos para uma abordagem do aspecto coletivo de um projeto entendendo-o como um projeto societário, comprometido com a imagem de sociedade a ser construída, que reclama determinados valores para justificá-la e que privilegia certos meios (materiais e culturais) para concretizá-la.

Ressaltamos também, de acordo com o autor, que na ordem do capital, por razões econômico-sociais e culturais, mesmo num quadro de democracia política, os projetos societários que respondem aos interesses das classes trabalhadoras e subalternas sempre dispõem de condições menos favoráveis para enfrentar os projetos das classes proprietárias e politicamente dominantes (MOTTA apud NETTO, 2006, p.3).

As novas determinações históricas da sociedade contemporânea, entre elas a reestruturação produtiva, inferiram diferentes determinações para o trabalho dos assistentes sociais, enquanto trabalho assalariado. A profissão não é imune à dinâmica dos processos sociais contemporâneos que determinam a sua configuração técnico-profissional, com claras implicações em suas competências e atribuições, bem como nas suas condições de trabalho.

3.2 TRABALHO, TRABALHADOR E O ASSISTENTE SOCIAL

O processo de produção de base capitalista no decorrer da história metamorfoseou-se de inúmeras maneiras. Foi a partir da década de 1970, com a crise estrutural, que esse modo de produção desencadeou uma grande reestruturação produtiva do capital.

Segundo Cattani (1995), a partir da década de 1970, o mundo vem passando por transformações profundas na dimensão econômica, política e social, por uma transição para um modo de produção que Harvey (1996) caracteriza como modo de acumulação flexível. Através da globalização, redefiniram-se os padrões culturais, as relações sociais, os conceitos básicos do processo do trabalho. Cattani (1995, p. 182) conceitua processo de trabalho como: a atividade voltada para a produção de valores de uso para a satisfação de necessidades humanas, independente das formas sociais que assuma e das relações sociais de produção. Seu significado é eminentemente qualitativo, e refere-se à utilidade do resultado do trabalho. Já do ponto de vista do produto como processo de produção, assume um significado quantitativo, e supõe um modo definido de relações de produção que determinam as condições sociais nas quais se realiza o trabalho.

A discussão sobre um novo paradigma do trabalho nas sociedades pós-industriais, que se instalou com mais nitidez nas décadas de 1980 e 1990, a partir da reestruturação produtiva, recolocou a centralidade do trabalho no processo produtivo, ampliando a discussão sobre suas formas de gestão, demandas e relações.

Com as mudanças no mundo do trabalho causadas pela reestruturação produtiva, ocorreu uma subproletarização do mesmo, em decorrência das formas diversas de trabalho parcial, precário, terceirizado, subcontratado, vinculado à economia informal, ao setor de serviços, etc. Houve heterogeneização, complexificação e fragmentação do trabalho, transformações essas que penetram fundo no operariado industrial tradicional acarretando metamorfoses no mundo do trabalho. Desta forma, as garantias ao trabalho são reduzidas ou mesmo eliminadas e estas formas de exploração do trabalho que pareciam relíquias da história são reatualizadas, inclusive o trabalho semi-escravo e o infantil. Para Iamamoto (2008, p.125):

O predomínio do capital fetiche conduz à banalização do humano, à descartabilidade e indiferença perante o outro, o que se encontra na raiz das novas configurações da questão social na era das finanças. [...] Condensa a banalização do humano que atesta a radicalidade da alienação e a invisibilidade do trabalho social e dos sujeitos que o realizam na era do capital fetiche.

O processo de produção do capital cria, por meio do trabalho útil, novos valores de uso, sendo assim considerado um processo de trabalho. No processo de trabalho a atividade

do homem consegue transformar o objeto sobre o qual versa o trabalho, de acordo com o fim perseguido, valendo-se do instrumento correspondente. Este processo desemboca num produto cuja matéria é oferecida pela natureza e adaptada às necessidades humanas, mediante uma mudança de forma, base pela qual se definirá o seu valor de uso.

Devido a mudanças ocorridas no mundo do trabalho, mudanças essas que interferem diretamente nas demandas impostas ao Serviço Social, há a necessidade de se conhecer essa categoria que:

“[...] além de indispensável para a compreensão da atividade econômica, faz referência ao próprio modo de ser dos homens e da sociedade” (NETTO; BRAZ, 2007, p.29)

As condições de existência e reprodução da sociedade se obtêm numa interação com a natureza: a sociedade, através dos seus membros, transforma matérias naturais em produtos que atendem às suas necessidades. Esta transformação é realizada em virtude do trabalho. Para tanto, o homem se vale da objetivação, que transforma a finalidade previamente construída na consciência em um produto objetivo. O que era apenas uma idéia se transforma em um novo objeto, anteriormente inexistente, o qual possui história própria. É a mediação que articula a teleologia (finalidade) com a gênese de um novo objeto.

Ao transformar a realidade (a natureza) o homem também se transforma porque desenvolve novas habilidades e porque precisa conhecer os nexos causais e as determinações mais importantes do setor da natureza que deseja transformar. As consequências dos atos humanos jamais coincidem completamente com a finalidade de sua origem, uma vez que há acaso nas objetivações. Ao se inserir na realidade já existente o novo objeto desencadeia situações que jamais poderão ser previstas em sua totalidade. Isto altera não só a relação indivíduo/natureza, mas também a relação dos indivíduos entre si, pois eles também têm que responder às novas necessidades e explorar novas possibilidades, postas nas novas situações que surgem. Logo, para Antunes (2006, p. 19),

“Os seres sociais tornaram-se mediados entre si e combinados dentro de uma totalidade social estruturada, mediante um sistema de produção e intercâmbio estabelecido.”

Assim, concordamos com o autor ao referir que o trabalho se constitui como categoria que possibilita o salto ontológico das formas pré-humanas para o ser social, sendo ele então a categoria fundante deste ser (MARX, 1974). Ele está no centro do processo de humanização do homem; para apreender sua essencialidade é preciso vê-lo como momento de surgimento do pôr teleológico (surgimento de sua finalidade) enquanto protoforma da práxis social. O

trabalho é constitutivo do ser social, mas o ser social não se reduz ou esgota no trabalho. Quanto mais se desenvolve o ser social, mais as suas objetivações transcendem o espaço ligado diretamente ao trabalho, e quanto mais rico o ser social, tanto mais diversificadas e complexas são as suas objetivações.

Para Lukács “somente o trabalho tem na sua natureza ontológica um caráter claramente transitório. Ele é em sua natureza uma inter-relação entre homem (sociedade) e natureza. [...] Todas as determinações que [...] estão presentes na essência do que é novo no ser social e estão contidas *in nuce* no trabalho. O trabalho, portanto, pode ser visto como um fenômeno originário, como modelo, protoforma do ser social.” (LUKÁCS apud ANTUNES, 2006).

O ser social é mais que trabalho, uma vez que cria objetivações que ultrapassam o universo do trabalho; para tanto existe uma categoria teórica mais abrangente: a categoria de práxis. Tal categoria inclui todas as objetivações humanas, inclusive o trabalho. Os produtos e obras resultantes da práxis podem objetivar-se materialmente e/ou idealmente: no caso do trabalho, sua objetivação é necessariamente algo material, mas há objetivações que se realizam sem gerar transformações em uma estrutura material qualquer (como os valores éticos). Para Netto; Braz (2007, p. 44),

A categoria de práxis permite apreender a riqueza do ser social desenvolvido: verifica-se na e pela práxis, como, para além das suas objetivações primárias, constituídas pelo trabalho, o ser social se projeta e se realiza nas objetivações materiais e ideais da ciência[...] construindo um mundo de produtos, obras e valores – um mundo social, humano, enfim, em que a espécie humana se converte inteiramente em gênero humano. [...] a categoria de práxis revela o homem como ser criativo e autoprodutivo: ser da práxis, o homem é produto e criação da sua auto-atividade, ele é o que (se) fez e (se) faz.

Entendemos que para Lukács (1981, p. 11), a teleologia na práxis social, que se objetiva, só é possível desde que haja uma adequada apreensão dos nexos que constituem a realidade sobre a qual o sujeito age e que permite a busca dos meios adequados para a realização do fim posto. O trabalho cotidiano na realidade contemporânea, como exercício da práxis, torna-se um desafio constante, ou mesmo uma prática impossível de ser concretizada para os profissionais, haja vista a imediatividade das demandas em tempos de capitalismo.

Quando o indivíduo que realiza o trabalho não se reconhece nele enquanto sujeito, cria-se uma cisão entre o sujeito e o objeto, uma relação de estranhamento que permite a (re)produção de relações sociais nas quais a riqueza humana socialmente construída não é apropriada material e espiritualmente pelos indivíduos que a construíram. Neste sentido, citamos Barroco (1996, p. 35),

A alienação se (re)cria em novas formas, que invadem todas as dimensões da vida social e a objetivação do ser social, como um campo de possibilidades; se realiza em termos do desenvolvimento humano-genérico, mas não se objetiva para o conjunto de indivíduos sociais.

Para que o trabalho se realize como atividade livre é preciso que seja uma atividade criadora, consciente, que amplie as forças essenciais do ser social. Logo, não pode ser entendido como um meio de sobrevivência ou de exploração e dominação entre os homens. O trabalho é a atividade fundante da liberação do homem, a liberdade é uma capacidade inseparável da atividade que a objetiva.

Uma das maiores discussões contemporâneas acerca da profissão permeia a polêmica quanto ao Serviço Social ser considerado trabalho ou não. Há divergências dentre os próprios profissionais e estudiosos, criando, então, uma linha divisória entre os que classificam o Serviço Social como trabalho e os que não classificam a profissão nesta categoria.

A primeira vertente defende a idéia de que o Serviço Social é trabalho, é defendida por autores como Marilda Iamamoto, Sara Granemann, Yolanda Guerra, dentre outros. Para Granemann (1999) o Serviço Social é trabalho, uma vez que através de sua ação interventiva ocorre a transformação da natureza, e sendo assim, possui os elementos constitutivos do processo de trabalho: a força de trabalho e suas finalidades, matéria-prima ou objeto, e meios ou instrumentos. Ainda para a autora, o desenvolvimento da tecnologia distancia a relação entre homem e natureza e cria uma forma de produção que mantém uma relação entre todos os âmbitos da vida social. Desta forma, até o que não intervém diretamente na natureza mantém relação com ela. Assim, o trabalho no capitalismo mantém interligadas todas as formas de trabalho, e há a transformação da natureza, mesmo que esta seja mediada por instrumentos.

A autora assinala (1999), ainda, que não existe uma matéria-prima e um instrumento próprio do processo de trabalho do Serviço Social, pois não existe um único processo de trabalho na profissão, uma vez que as instituições – Estado, ONG's, empresas – demandam diferentes processos de trabalho.

Guerra (2000), ao classificar o Serviço Social enquanto trabalho, destaca que o aparecimento da profissão surge com o agravamento das expressões da questão social. Fundamenta-se na idéia de que o Estado, ao criar mecanismos para controlar a classe subalterna, mais especificamente através das políticas sociais, faz surgir um espaço de trabalho para o assistente social. A partir desta configuração da profissão, o Serviço Social é visto como trabalho e não como filantropia. A autora ressalta que

“O Serviço Social sendo um trabalho, e como tal de natureza não liberal tem nas questões sociais a base de sustentação da sua profissionalidade e sua intervenção se realiza pela mediação organizacional de instituições”. (GUERRA, 2000, p.18).

Enquanto profissão interventiva o Serviço Social possui uma finalidade e se utiliza de instrumentos e meios para a intervenção em seu objeto, considerando, sobretudo, ser ele partícipe do campo de trabalho no qual está inserido. A autora ainda aponta que somente o trabalho dá instrumentalidade e instrumentaliza as coisas e que

No processo de trabalho a passagem do momento da pré-ideação (projeto) para a ação propriamente dita requer instrumentalidade. Requer a conversão das coisas em meios para o alcance dos resultados. Essa capacidade só pode se dar no processo de trabalho, no qual o homem mobiliza todos os recursos convertendo-os em instrumentos para alcançar seus resultados. É essa capacidade que, como instância de passagem possibilita passar das abstrações da vontade para a concreção das finalidades (GUERRA, 2000, p. 9).

Para Iamamoto (2001) o Serviço Social é um trabalho especializado, expresso sob a forma de serviços, que tem produtos: interfere na reprodução material da força de trabalho e no processo de reprodução sociopolítico ou ideopolítico dos indivíduos sociais. A autora aponta que o reconhecimento do exercício da profissão como trabalho proporcionou a categoria configurar a sua prática como trabalho profissional, o que é um avanço, pois o Serviço Social deixa de ser tratado como uma prática abstrata. Ainda segundo a autora (1997, p. 40), esta análise permite mediatizar a interconexão entre o exercício do Serviço Social e a prática da sociedade. Compreender a prática profissional, enquanto trabalho, significa apreender que a ação realizada pelo assistente social é projetada anteriormente à sua execução; ela possui um caminho a ser percorrido antes de sua finalidade.

A segunda vertente traz a idéia de que o Serviço Social não é trabalho. Com destaque para Lessa (2000) que se apóia na idéia de que o Serviço Social não é trabalho porque não realiza a transformação da natureza nos bens materiais necessários à reprodução social, e também porque a profissão não realiza a mediação entre o homem e a natureza. O autor fundamenta-se na discussão de Marx, que afirma que o trabalho é categoria fundante do mundo dos homens e consiste no ato de transformar a natureza. Considera ainda que a intervenção do Serviço Social ao contrário, intervém nas relações puramente sociais, isto é, nas relações entre os homens. Acrescenta o autor que não é possível relacionar as profissões que realizam trabalho e as que regulam as relações sociais, e organizam os homens em sociedade. Para o autor, afirmar que o Serviço Social é trabalho é aplicar forçosamente matéria-prima e meios de produção à profissão.

O trabalho tem uma função social particular e específica na relação com a totalidade social, que é a de transformar a natureza em bens materiais necessários à reprodução social: "[...] o trabalho é um processo entre o homem e a Natureza, um processo em que o homem,

por sua própria ação, media, regula e controla seu metabolismo com a Natureza[...]." (MARX apud LESSA, 2000, p. 2)

No modo de produção capitalista maduro, em que a grande indústria já se desenvolveu e aparece como a premissa de toda a produção, alterou-se também a base sobre a qual vinha se desenvolvendo até então a produção. Não se trata mais agora do trabalho executado pelo artesão ou mesmo pelo operário isolado, mas do trabalho realizado por um organismo criado pelo capital, o trabalhador coletivo.

O conceito desenvolvido acerca do trabalho coletivo por Lessa também tem por base o exposto por Marx,

[...] de um pessoal combinado de trabalho, cujos membros se encontram mais perto ou mais longe da manipulação do objeto de trabalho. Com o caráter cooperativo do próprio processo de trabalho amplia-se (erweiter sich), portanto, necessariamente o conceito de trabalho produtivo e de seu portador, do trabalhador produtivo. Para trabalhar produtivamente, já não é necessário, agora pôr pessoalmente a mão na obra; basta ser órgão do trabalhador coletivo, executando qualquer uma de suas subfunções. (LESSA, 2000, p.12).

Evidencia-se, portanto, a ampliação do conceito de trabalho. Já não se considera o trabalhador individual aquele que realiza a transformação da natureza e sim o trabalhador coletivo, que no seu conjunto produz os meios materiais necessários à reprodução social.

A questão central para Lessa em torno desta temática está na defesa de que ao reduzir todas as práxis sociais em trabalho, é como se considerássemos todos os indivíduos como operários e, desta forma, não haveria divisão de classes ou luta de classes. Sendo assim, capitalistas que participam da organização da produção, poderiam ser considerados trabalhadores. E isto esvaziaria o antagonismo classista tão necessário para a superação da ordem capitalista.

O estudo se apóia na perspectiva de que o Serviço Social é trabalho considerando suas metamorfoses na conjuntura contemporânea. Consideramos que ambas as vertentes baseiam-se na discussão sobre a ontologia do ser social, na qual Lukács (1978) revela que o trabalho é fundante do ser social, ou seja, que foi através da transformação da natureza que o homem foi criando habilidades, desenvolvendo a linguagem, o pensamento, a consciência e a capacidade de se relacionar socialmente. Através do trabalho as necessidades humanas são supridas e sempre surgem novas necessidades, o que demanda um aperfeiçoamento e evolução do trabalho humano e da sua capacidade de criar e evoluir. E, segundo Marx,

“[...] no processo de trabalho a atividade do homem efetua, portanto, mediante o meio de trabalho, uma transformação do objeto de trabalho, pretendida desde o princípio. O processo extingue-se no produto”. (MARX, 1983, p. 151).

Para que ocorra uma melhor compreensão sobre o processo de trabalho do Serviço Social, é necessário que os profissionais levem em conta as mudanças decorrentes da sociedade contemporânea, onde a profissão foi institucionalizada com a intenção de adequar a classe operária às novas condições impostas pelo processo de industrialização e o avanço do capitalismo sendo requisitado pelo Estado como força de trabalho especializado, para atuar no setor de serviços, e, em particular, como executor das políticas desenhadas pelo próprio Estado, pois o mesmo passa a criar políticas públicas que redistribuiriam o valor excedente do capital. Sendo assim, ressalta-se também, e, sobretudo, a importância de os assistentes sociais obterem maior apreensão sobre a dinâmica das Instituições onde atuarem e se contextualizarem acerca do papel que ocupam no processo coletivo de trabalho.

3.3 REESTRUTURAÇÃO PRODUTIVA E A PRÁTICA PROFISSIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL

As mudanças trazidas pela globalização influenciam diretamente as formas de organização de produção e, conseqüentemente, repercutem no processo de trabalho do assistente social. Para Yasbek; Martinelli; Raichelis (2005, p. 3) o processo de reestruturação produtiva nas sociedades capitalistas contemporâneas em um mundo globalizado vem exigindo o aprofundamento da análise bem como o desvendamento dos impactos que desencadeia nos âmbitos da (des)organização do trabalho, da (contra)reforma do Estado e das transformações societárias. Isso demonstra a associação entre os processos de precarização do trabalho, o desemprego estrutural, a crise dos sistemas de proteção social no cenário contemporâneo, dentre outros.

Nesta realidade contemporânea, é possível verificar como o trabalho do Serviço Social se desenvolve num espaço contraditório, marcado tanto pelos interesses dominantes voltados à reprodução material e ideológica da força de trabalho, quanto pelos interesses dos diversos segmentos da classe trabalhadora, voltados à garantia de alternativas que colaborem com a sua sobrevivência material.

Reconhecer o Serviço Social como uma profissão eminentemente interventiva no âmbito da questão social nos leva a uma reflexão permanente sobre o seu processo de trabalho. As mudanças ocorridas no mundo do trabalho interferem diretamente no cotidiano de seus usuários, e por conseqüência, nas demandas, que se tornam cada vez mais complexas. O profissional, ao repensar as determinações sociopolíticas do seu trabalho, passa a enfrentar, em conjunto com a sociedade, os dilemas da construção da esfera pública, da democracia, da

cidadania e dos direitos a ela inerentes, considerando as particularidades do exercício profissional e sua condição de cidadão.

Assim, o desafio está em apreender e desvelar os limites e as possibilidades potenciais presentes na dinâmica da vida cotidiana profissional. Esta via de abordagem tem como respaldo a percepção de que a prática profissional se constitui em espaço privilegiado para a apropriação das potencialidades da intervenção, na medida em que se vê frente às diferentes expressões da vida cotidiana, as quais formam um mosaico que, dependendo do modo como se debruçar sobre ele, permite uma apreensão totalizante da realidade nas suas variadas dimensões e, em consequência, a construção de uma prática de espectro abrangente.

Entretanto, frente às alterações na demanda de trabalho do assistente social, no mercado de trabalho, nos processos de trabalho e nas condições em que se realizam, nos quais esses profissionais ingressam enquanto profissionais assalariados, torna-se necessário desencadear um processo de desvelamento do que se oculta nas práticas cotidianas dos assistentes sociais e, concomitantemente, apreender as possibilidades do “novo”. Para isso, faz-se necessário a incorporação da ação investigativa como instrumento para o exercício profissional. A investigação possibilita o resgate e a reconstrução da ação cotidiana dos assistentes sociais, capturando suas determinações e seus nexos através de estudo reiterado e crítico da realidade social. As relações de trabalho são desregulamentadas e flexibilizadas. A prática profissional do assistente social, enquanto uma das dimensões da prática social tem como solo a história da sociedade e é dela que emanam as requisições profissionais, os condicionantes de seu trabalho e as respostas possíveis de serem formuladas tendo em vista o enfrentamento e/ou superação das demandas da questão social no país – seu objeto de investigação/intervenção.

Iamamoto (2008, p.233) afirma que são muitos os desafios atuais e que o maior deles é “tornar esse projeto um guia efetivo para o exercício profissional e consolidá-lo por meio de sua implementação efetiva, ainda que na contramão da maré neoliberal, a partir de suas próprias contradições e das forças políticas que possam somar na direção por ele apontada. [...] Exige-se uma análise acurada das reais condições e relações sociais em que se efetiva a profissão, num radical esforço de integrar o dever ser com a objetivação desse projeto, sob o risco de se deslizar para uma proposta idealizada, porque abstraída da realidade histórica, elidindo as particularidades, determinações e mediações que incidem no processamento dessa especialização do trabalho coletivo”.

Nesta análise, o assistente social é um profissional que articula o exercício do Serviço Social e o contexto social, econômico e político do país. No discurso contemporâneo,

podemos citar as competências exigidas a esses profissionais como revestidas de: espírito empreendedor, criatividade, inovação, autocontrole, empatia, dinâmica para lidar com situações adversas, entre outras; características estas baseadas no modo de produção toyotista.

Para a autora (2001, p. 53), o trabalho se compenetra e confunde com objetos. Materializa-se no objeto, à medida que este é elaborado e o que no trabalhador era dinamismo é, agora, plasmado no produto, quietude. O trabalhador é o tecedor e o produto, o tecido.

Os assistentes sociais podem contribuir para a construção deste projeto societário, com a adoção, no cotidiano, de algumas diretrizes, que são: compromisso com a qualidade dos serviços públicos prestados à população; posicionamento em favor da universalidade do acesso aos bens e serviços relativos aos programas e políticas sociais públicas; defesa da gestão democrática e articulação com as entidades da categoria dos assistentes sociais, com o movimento de outras categorias e com a luta pela garantia dos direitos dos trabalhadores. O desafio é fortalecer a luta pela garantia e ampliação dos direitos sociais e a democratização da política social.

3.4 A ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO NA SAÚDE E O SERVIÇO SOCIAL

A forma de organização do trabalho coletivo em saúde reflete a fragmentação do processo de prestação do cuidado que, no seu sentido ampliado, integra diferentes necessidades humanas. Destacam-se algumas formas de organização que afastam o trabalhador do entendimento e controle do processo: a separação entre concepção e execução, a padronização de tarefas distribuídas entre os diversos agentes, de modo a facilitar o cumprimento da tarefa e a hierarquização de atividades com atribuição de diferentes valores na remuneração da força de trabalho.

A discussão sobre a implementação do SUS é discussão presente no âmbito do Serviço Social, dada a importância desta política pública, que tem como princípios a universalidade, a equidade, a integralidade e a participação popular. Esses princípios se articulam com o Projeto Ético-Político da profissão, com a garantia de direitos, sendo, então, um tema muito presente nas discussões acerca do exercício profissional do assistente social nesta área de atuação⁶.

Para Costa (2000), nos serviços de saúde, a inserção dos assistentes sociais no conjunto dos processos de trabalho destinados a produzir serviços para a população é mediatizada pelo reconhecimento social da profissão e por um conjunto de necessidades que

⁶ Ver “O debate do Serviço Social na saúde nos anos 90”. O autor discorre sobre a evolução do debate do Serviço Social na saúde, fundamentalmente na década de 90 (Matos, 2003).

se definem e redefinem-se a partir das condições históricas sob as quais a saúde pública se desenvolveu no Brasil. E, segundo a autora, com a implementação do SUS, mudanças de ordens tecnológica, organizacional e política passaram a exigir novas formas de organização do trabalho na saúde, determinadas pela hierarquização por nível de complexidade, descentralização e democratização do sistema, e imprimiram novas características ao modelo de gestão e atenção e, portanto, aos processos de trabalho, vindo a comporem novas modalidades de cooperação. A atual organização do sistema de saúde, ao tempo em que atende algumas reivindicações históricas do movimento sanitário, de que são exemplos a universalização, a descentralização e a incorporação dos mecanismos de controle social e de participação social da comunidade, ainda não superam algumas contradições existentes, dentre as quais constam a demanda reprimida/exclusão, a precariedade dos recursos, a quantidade e a qualidade da atenção, a burocratização e a ênfase na assistência médica curativa individual.

Ainda, segundo a autora, uma nova orientação na prática do assistente social se deve também à própria reorganização da saúde. Este profissional passa agora a desempenhar atividades que abrangem ações de caráter emergencial assistencial, na educação, na informação, na comunicação em saúde, no planejamento, na assessoria e, por fim, na mobilização e na participação social. Estas atividades passam a ser operacionalizadas através dos seguintes núcleos de objetivação: levantamento de dados, interpretação de normas e rotinas, agenciamento de medidas e iniciativas de caráter emergencial, procedimentos de natureza sócio-educativa, informação e comunicação em saúde, e desenvolvimento de atividades de apoio pedagógico e técnico-político. As novas incumbências trazidas para o profissional do Serviço Social passaram a exigir um referencial teórico crítico e não apenas habilidades técnico-operativas.

Nogueira; Mito (2003) apontam que dentre os diversos fatores determinantes das condições de saúde incluem-se os condicionantes biológicos (idade, sexo, características herdadas pela herança genética), o meio físico (que inclui condições geográficas, características da ocupação humana, disponibilidade e qualidade de alimento, condições de habitação), assim como os meios sócio-econômico e cultural, que expressam os níveis de ocupação, renda, acesso à educação formal e ao lazer, os graus de liberdade, hábitos e formas de relacionamentos interpessoais, a possibilidade de acesso aos serviços voltados para a promoção e recuperação da saúde e a qualidade de atenção pelo sistema prestado. Neste sentido, a definição de necessidades de saúde ultrapassa o nível de acesso a serviços e tratamentos médicos, levando em conta as transformações societárias vividas ao longo do

século XX e já no XXI envolvendo aspectos éticos relacionados ao direito à vida e à saúde, direitos e deveres. É necessário, portanto, apreender a saúde como produto e parte do estilo de vida e das condições de existência, sendo que a situação saúde/doença é uma representação da inserção humana na sociedade.

Diante do exposto, não é possível compreender ou definir as necessidades de demandas de saúde sem levar em conta que elas são produtos das relações sociais e destas com o meio físico, social e cultural.

Sendo assim, aponta-se para um grande desafio posto aos assistentes sociais na organização das práticas em saúde, cujo exercício profissional deve coadunar com o Projeto Ético-Político da profissão. Compromisso que se expressa na direção da efetivação das propostas da Reforma Sanitária no sentido de buscar estratégias coletivas de enfrentamento para as expressões da questão social no âmbito da saúde. Considera-se que, como lembra Yazbek (2001), o pensamento liberal estimula um vasto empreendimento de “refilantropização do social”, já que não admite os direitos sociais, uma vez que os metamorfoseia em dever moral: opera, assim, uma profunda despolitização da “questão social” ao desqualificá-la como questão pública, questão política e questão nacional.

Para a realização da prática profissional em todas as esferas do segmento social se busca observar a totalidade dos fatos e ter em conta a relação entre o imediato e as mediações mais profundas das questões. Portanto, há que se abandonar os pensamentos simplificados, analisando as situações concretas como expressões de correlações de forças, articulando-se à análise dos conflitos, dos interesses em jogo e das estratégias em movimento.

O Serviço Social é desafiado por este contexto tão adverso por seu lugar específico na divisão sócio-técnica do trabalho. A profissão precisa adensar este debate para que, a partir de análises concretas com base na realidade, possa contribuir para o enfrentamento teórico-prático de forma crítica e com competência. Para Iamamoto (2008, p. 26) este pensamento,

[...] requer que os fenômenos e processos sociais sejam re-traduzidos na esfera do pensamento, que procura apreendê-los nas suas múltiplas relações e determinações, isto é, em seu processo de constituição e de transformação, pleno de contradições e mediações em sua totalidade.

Não se pode pensar em uma prática profissional como prática do indivíduo isolado, desvinculado da trama social que cria sua necessidade e condiciona seus efeitos na sociedade. Onde a mesma é tida como uma relação singular entre o assistente social e o usuário de seus serviços, com frágil conhecimento das expressões da questão social e das políticas sociais correspondentes. Quando a formação profissional privilegia a construção de estratégias, técnicas e formação de habilidades, centrando-se no como fazer, a partir da justificativa de

que o Serviço Social é uma “profissão voltada à intervenção no social”, está fadada a criar um profissional que, aparentemente sabe fazer, mas não consegue explicar as razões, o conteúdo, a direção social e os efeitos de seu trabalho na sociedade.

Um desafio da profissão é romper com os vieses de caráter fatalista ou messiânico, de fundo conservador, ainda presente na prática de alguns assistentes sociais. O outro desafio é participar de um empreendimento coletivo, que permita, de fato, trazer para o centro do debate, o exercício cotidiano do assistente social.

Verifica-se, pois, uma tensão entre o trabalho controlado e submetido ao poder do empregador, as demandas dos sujeitos de direito e a relativa autonomia do profissional para perfilar o seu trabalho. Assim, o trabalho do assistente social encontra-se sujeito a um conjunto de determinantes históricos, que fogem ao controle e impõem limites, socialmente objetivos, à consecução de um projeto profissional coletivo no cotidiano do mercado de trabalho (IAMAMOTO, 2008, p. 424).

As abordagens deste referencial teórico nos levam a compreender que não se pode perder a capacidade de crítica, a capacidade de buscar os fundamentos, a essência da crítica. Viver a contemporaneidade com consciência de si, dos outros, do contexto, e com propostas; é preciso um reencontro profundo e constante com a crítica.

A competência política e teórico-metodológica nos auxilia a demarcar os limites e alcances da prática profissional alicerçados num conjunto de habilidades que vão desde o reconhecimento das particularidades do terreno de atuação do Serviço Social e suas implicações político-ocupacionais até o domínio dos recursos técnico-instrumentais mobilizados para analisar e intervir sobre algum aspecto da realidade, como para sistematizar e refletir sobre sua própria prática (ALMEIDA, 1996, p.41).

Sendo assim, desvendar o objeto de trabalho pelo qual o assistente social atua é essencial para o desenvolvimento de um processo de trabalho consistente. Conhecer como a questão social se expressa no cotidiano dos sujeitos sociais e suas formas de organização e resistência é imprescindível para que se tenha subsídios para construir coletivamente alternativas para o seu enfrentamento.

Entende-se, portanto, que no debate contemporâneo, para compreendermos acerca dos processos de trabalho do Serviço Social no contexto das políticas sociais brasileiras e as relações técnico-operativas e organizacionais que lhes são inerentes, se faz necessário situá-lo historicamente, rompendo com uma visão endógena e focalista, da profissão. Ou seja, captar novas mediações frente às mudanças inerentes ao processo de desenvolvimento do capitalismo tardio no país e as mazelas dele decorrentes.

Ressaltamos, portanto, os desafios postos aos assistentes sociais ao interferirem nas relações sociais cotidianas, no atendimento às variadas expressões da questão social, tidas como experimentadas pelos indivíduos sociais no trabalho, na família, na luta pelos seus

direitos e a necessária percepção de seu exercício profissional considerando o contexto sócio-histórico que propiciou sua emergência e trajetória profissional.

4 O ADOECIMENTO POR CÂNCER E A ATUAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL EM UM CENTRO DE REFERÊNCIA DE ATENÇÃO ONCOLÓGICA DO SUS

O adoecimento por câncer e a busca por tratamento é uma experiência complexa na medida em que abarca as particularidades expressas pelos indivíduos e também coletivamente no que se refere ao acesso aos serviços de saúde que são constituintes do SUS e a forma como estão hierárquica e regionalmente organizados. Sobre os aspectos particulares destacam-se as implicações físicas, emocionais, sociais e econômicas, comprometimentos que impactam o cotidiano de vida desses usuários e de seus familiares, suas relações de trabalho e relações sociais.

Na área da saúde, em especial a oncologia, que atende a um grande contingente populacional, se observa que o adoecimento é a própria manifestação da precariedade das condições de vida, das dificuldades de acesso à prevenção primária e secundária, e da fragilidade das políticas de proteção social no país.

No Brasil, o câncer é uma doença entendida como problema de saúde pública, sendo considerada pelo Ministério da Saúde como a segunda causa de morte por doença. Em todo o mundo, o câncer traz particularidades por ser uma doença crônica e em nosso país se agrega o perfil de diagnóstico com estadiamentos avançados.

4.1 ONCOLOGIA NO BRASIL: COMPREENDENDO O CÂNCER COMO QUESTÃO DE SAÚDE PÚBLICA

O termo câncer é utilizado, genericamente, para representar um conjunto de mais de 100 doenças, incluindo tumores malignos de diferentes localizações. A cirurgia, a radioterapia (especialidade médica focada no tratamento oncológico utilizando radiação ionizante) e a quimioterapia (método que utiliza compostos químicos, chamados quimioterápicos, no tratamento de doenças causadas por agentes biológicos ou pelo adoecimento por diferentes cânceres) são os principais tratamentos de combate e de controle do câncer (BRASIL, 2006).

Os avanços da medicina no campo da oncologia são inegáveis e se intensificaram nas últimas décadas do século passado, causando impacto na perspectiva da prevenção, do diagnóstico, da proposta terapêutica e dos cuidados paliativos. Não obstante estes importantes avanços, o câncer continua sendo um problema de saúde pública nos ditos países desenvolvidos e, sobretudo, nos países em desenvolvimento.

Conforme relatório apresentado pelo Centro Internacional de Pesquisas contra o Câncer da Organização Mundial de Saúde o câncer deverá superar as doenças cardiovasculares no ano de 2030, devendo ser a primeira causa de mortalidade no mundo⁷.

Segundo o estudo, os casos de câncer dobraram entre 1975 e 2000, e devem duplicar novamente entre 2000 e 2020. Em 2030, o câncer poderá ser fatal para 17 milhões de pessoas; o panorama vislumbrado é de 27 milhões de novos casos e de 75 milhões de pessoas vivendo com câncer durante os cinco anos seguintes a seu diagnóstico. Mais da metade dos novos casos e dois terços dos óbitos ocorrerão nos países pobres.

O estilo de vida é preponderante na análise deste fenômeno, contribuindo para tal cenário o consumo de cigarros, os hábitos alimentares, cada vez menos saudáveis, e a ausência de atividade física contínua.

Ações que vão ao encontro do controle e do combate ao câncer exigem a adoção orgânica da compreensão do conceito ampliado de saúde e o exercício da transversalidade das políticas públicas e sociais. São, portanto, um desafio para os governos, para os sistemas de saúde e para a sociedade. Infere-se que este desafio é ainda maior para os países empobrecidos, já que frequentemente têm baixo gasto público em saúde e convivem com doenças transmissíveis e outros problemas de saúde já superados ou controlados pelos países desenvolvidos.

Nesses países, a luta é ainda pela garantia das mínimas condições para o diagnóstico precoce de cânceres com potencial de tratamento e cura em estadiamentos iniciais. Também, pela universalização efetiva destes tratamentos e incorporação de tecnologias acessíveis à população, como no caso brasileiro. É fato que a situação do câncer na atualidade (e na perspectiva futura) constitui-se um desafio aos sistemas de saúde mundiais.

Um fator importante que aumenta a incidência do câncer no mundo e no Brasil é o crescimento e o envelhecimento populacional. Este aumento se observa tanto em populações com nível socioeconômico elevado como em faixas sociais de baixa renda. A exposição diferenciada a fatores ambientais vinculados ao processo de industrialização, como agentes químicos, físicos e biológicos, também impacta a incidência de câncer. A susceptibilidade genética juntamente com os fatores ou condições resultantes do modo de vida e do ambiente determinam o risco do adoecimento por câncer⁸ (Estimativa de câncer para 2010/INCA).

⁷Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/estimativa/2010/index.asp?link=conteudo_view.asp&ID=7>. Acesso em: 11 ago. 2011.

⁸ Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/estimativa/2010/index.asp?link=conteudo_view.asp&ID=2>. Acesso em: 11 ago. 2011.

Ainda, segundo o INCA, as neoplasias malignas constituem a segunda causa de morte na população, representando quase 17% dos óbitos de causa conhecida.

Para responder a este quadro sanitário foi criada a Política Nacional de Atenção Oncológica (PNAO), através da Portaria GM nº 2.439/05 que estabelece ações estratégicas⁹ a serem organizadas de forma articulada com o Ministério da Saúde e com as Secretarias de Saúde dos Estados e municípios, permitindo: 1. Desenvolver estratégias coerentes com a política nacional de promoção da saúde; 2. Organizar uma linha de cuidados que perpassa todos os níveis de atenção e de atendimento; 3. Constituir Redes Estaduais ou Regionais de Atenção Oncológica (Planos Estaduais de Saúde, hierarquização, fluxos de referência e contra-referência, acesso e atendimento integral); 4. Definir critérios técnicos para o funcionamento e avaliação e monitoração dos serviços públicos e privados; 5. Ampliar a cobertura (a universalidade, a equidade, a integralidade, o controle social e o acesso); 6. Fomentar, coordenar e executar projetos estratégicos de incorporação tecnológica; 7. Contribuir para o desenvolvimento de processos e métodos de coleta, análise e organização dos resultados das ações decorrentes da PNAO; 8. Promover intercâmbio com outros subsistemas de informações setoriais, implementando e aperfeiçoando permanentemente a produção de dados e a democratização das informações; 9. Qualificar a assistência e promover a educação permanente dos profissionais de saúde; 10. Fomentar a formação e especialização de recursos humanos; 11. Incentivar a pesquisa na atenção oncológica.

A Política Nacional de Atenção Oncológica define como focos de atuação a promoção, a prevenção, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e os cuidados paliativos (este último foco definido em 1990 pela OMS como sendo o cuidado ativo e total dos pacientes cuja doença não responde mais aos tratamentos curativos; trata-se do controle da dor e de outros sintomas, da consideração de problemas de ordem social, psicológica e espiritual), além da implementação desta política em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas da gestão pública. Propõe a articulação entre o Ministério da Saúde e as secretarias estaduais e municipais de saúde. Não obstante o avanço no campo político-jurídico que significou a instituição de uma política nacional de atenção oncológica, principalmente acerca da ampliação da cobertura do atendimento aos doentes de câncer, tais proposições ainda não provocaram alterações nas estimativas de adoecimento.

⁹ Estas ações compreendem a assistência médico-hospitalar, prestada direta e gratuitamente aos pacientes com câncer, como parte dos serviços oferecidos pelo SUS, e a atuação em áreas estratégicas, como prevenção e detecção precoce, formação de profissionais especializados, desenvolvimento da pesquisa e geração de informação epidemiológica.

Como componentes fundamentais para a efetivação da PNAO foram determinados: Promoção e Vigilância em Saúde; Atenção Básica; Média complexidade; Alta complexidade; Centros de Referência de Alta Complexidade em Oncologia; Plano de Controle do Tabagismo e outros Fatores de Risco, do Câncer do Colo do Útero e da Mama; Regulamentação suplementar e complementar; Regulação, fiscalização, controle e avaliação; Sistema de Informação; Diretrizes Nacionais para a Atenção Oncológica Avaliação Tecnológica; Educação permanente e capacitação.

Em 19/12/2005 foi também criada a PORTARIA SAS/MS 741 que define a criação de Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia, os Centros de Assistência da Alta Complexidade em Oncologia (CACON) e os Centros de Referência de Alta Complexidade em Oncologia.

No Brasil, as estimativas para o ano de 2012 serão válidas também para o ano de 2013 e apontam à ocorrência de aproximadamente 518.510 casos novos de câncer. Os tipos mais incidentes serão os cânceres de pele não melanoma, próstata, pulmão, cólon e reto e estômago para o sexo masculino; e os cânceres de pele não melanoma, mama, colo do útero, cólon e reto e glândula tireóide para o sexo feminino.

As principais estratégias para o controle do câncer são: a prevenção, a detecção precoce, o diagnóstico/tratamento e os cuidados paliativos, reiterando-se que hábitos saudáveis, qualidade de vida e acesso garantido ao sistema de saúde são condições básicas. Há clara correlação entre o controle do câncer, e de outras doenças crônicas também, com a necessidade de efetivo atrelamento entre os deferentes níveis de atenção (da atenção primária à alta complexidade tecnológica). Trata-se, portanto, não somente da construção de ações de combate e controle do câncer de forma isolada, mas sim de uma rede de atenção de referência e contra-referência organizada e de prestação contínua de serviços a populações determinadas. Rede construída a partir de parâmetros de diagnóstico e tratamento, adequando-se à necessidade de saúde da população, recursos humanos, materiais e econômicos, como mecanismo que busca atender a complexidade dos sistemas de saúde contemporâneos, tendo como foco os problemas coletivos em saúde.

A conjuntura atual aponta concretamente impactos devastadores sobre o processo de reprodução social da vida e estes se fazem notar de muitas formas, sobretudo, pela precarização do trabalho e pela desmontagem dos direitos. O Estado brasileiro tem apresentado para o (pseudo) enfrentamento da pobreza e da exclusão social, alternativas e estratégias refilantropizadoras. O campo da saúde é um espaço privilegiado para a reflexão acerca destas transformações e seus rebatimentos no Serviço Social. Observa-se que neste

campo, são muitos os desafios postos para a profissão, sobretudo o da promoção e da proteção da saúde da população brasileira, um direito conquistado pela sociedade no final dos anos 1980 e que vem sendo consolidado com a implementação de uma política pública instituída como Sistema Único de Saúde.

O assistente social, reconhecido como um trabalhador da saúde é um profissional identificado como um dos principais articuladores de equipes interprofissionais (VASCONCELOS, 2003, p.26). Contudo, muitas vezes este reconhecimento não é incorporado pela categoria e, por esta razão, não encontram estratégias eficazes para a organização de seus processos de trabalho, colocando-os subsumidos nas ações coletivas das equipes de saúde. Tal questão nos desperta para a presente investigação, tendo como lócus de análise a Unidade Hospitalar I do INCA (HCI/INCA). O tópico seguinte se aproxima da análise do exercício profissional do Serviço Social nesse espaço de intervenção, o que permitirá, posteriormente, compreender o processo de trabalho desses profissionais diante do compromisso com o Projeto Ético-Político e das mudanças contemporâneas da realidade social.

4.2 A ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO DO SERVIÇO SOCIAL NO HCI/INCA

O Serviço Social tem historicamente desenvolvido suas práticas com os usuários junto a políticas públicas e sociais, na orientação de direitos e acesso a programas e benefícios. Em função da própria estruturação histórica do Serviço Social como profissão, os usuários ainda buscam o assistente social, solicitando “ajuda” ao acesso, seja na saúde ou em outra área de trabalho. Assim, a forma de desenvolver o atendimento, a postura teórica e metodológica do profissional será o determinante na construção do resultado do trabalho. O atendimento pode se caracterizar como uma “ajuda” ao acesso aos programas e/ou políticas sociais ou, efetivamente, como uma ação de troca entre o profissional e o usuário, não somente com o objetivo de “incluir-lo”, mas também de orientá-lo acerca de seus direitos, fomentando a análise crítica do acesso aos direitos, trabalhando no sentido de transformar a intenção dos direitos em direitos de fato. Nos dois casos estará presente a dimensão política da prática profissional, seja comprometida com a manutenção do *status quo* ou com a contra-hegemonia.

Pensar esta profissão na área de oncologia em tempos de Seguridade Social é ir além do espaço institucionalmente posto, entendendo o processo de saúde-doença como resultante de variáveis econômicas, sociais, culturais, políticas, enfim, como resultado das determinações históricas.

Nessa direção, os processos interventivos que abrangem o trabalho do Serviço Social em oncologia são norteados pela compreensão do processo saúde-doença como decorrente das condições históricas de trabalho e de vida da população. A ação do assistente social na saúde se desenvolve em diferentes dimensões, em consonância com o seu compromisso profissional.

O processo de trabalho busca, sobretudo, acolher as demandas postas pelos usuários (pacientes, familiares e afins) e promover ações que permitam a sua participação nos serviços prestados pelas instituições de saúde e a incorporação destes na prestação da assistência. A democratização do acesso da população às políticas públicas e sociais caminha para reafirmar o caráter necessariamente coletivo do enfrentamento das expressões da questão social no campo da saúde. Identificam-se, portanto, o baixo nível sócio-econômico, a pouca escolaridade, o desemprego, o rompimento de vínculos familiares, a precariedade nas condições de moradia e de habitabilidade, a dificuldade para a acessibilidade aos serviços básicos, a precarização dos meios de transporte, a falta de acesso à informação, ou seja, condições básicas para reprodução social dos indivíduos e grupos de indivíduos.

O INCA atende diferentes especialidades oncológicas por meio de suas cinco unidades hospitalares: HCI, HCII, HCIII, HCIV e HCV. Cada uma dessas estruturas médico-hospitalares atende a determinadas especialidades oncológicas, cuja maior concentração de especialidades está na Unidade I.

As equipes de Serviço Social desenvolvem seus processos de trabalho atrelados ao fluxo institucional que atende expressamente as especialidades médicas. Dessa forma, cada uma das cinco equipes de Serviço Social possui especificidades em seu projeto de intervenção que assumem características inerentes às particularidades do campo, bem como aquelas inerentes à sua trajetória histórica no cenário da oncologia no Brasil.

A Unidade I, nosso campo exploratório, está situada à Praça da Cruz Vermelha nº 23 e congrega a maioria das especializações oncológicas do INCA, totalizando 13 serviços (abdome, urologia, cabeça e pescoço, plástica, neurocirurgia, tórax, dermatologia, hemoterapia, medicina nuclear, hematologia adulto e infantil, oncologia clínica e pediatria). A Unidade oferece cerca de 190 leitos, dispostos em 156 leitos em 04 andares de enfermarias, 09 leitos de emergência e 16 em unidades de terapia intensiva e 09 na unidade pós-operatória. Abriga, também, os serviços de hemoterapia e patologia clínica que atendem a todas as unidades hospitalares do INCA. A média mensal de atendimentos do HCI/INCA é de 430 aberturas de matrículas; 13.990 consultas médicas e 4.852 não médicas ambulatoriais¹⁰.

¹⁰ Dados estatísticos do HCI/INCA referentes a agosto de 2011.

O setor de Serviço Social do HCI/INCA está situado no andar térreo do hospital. Dispõe de 01 sala onde se instalam a chefia e a subchefia de serviço e dois funcionários administrativos. É também o local onde alguns profissionais realizam as atividades técnicas administrativas. É composto por quinze assistentes sociais e destes, treze têm vínculo público (MS) e dois, privado (Fundação do Câncer)¹¹. Importante destacar: dos assistentes sociais com vínculo MS, oito ingressaram há pouco mais de um ano por concurso público. Desta forma a equipe tem 56% de quadro efetivo recém-chegado. O ano de 2010 foi marcado pela realização do concurso e também pela conquista da categoria pelas 30h na jornada de trabalho. No INCA o cumprimento desta Lei¹² está sob ação judicial diante do impasse do MPOG¹³ em acatar tais determinações. Sendo assim, não se pode determinar que esta jornada de trabalho seja considerada oficial para os assistentes sociais do INCA, com derivações importantes para a organização dos processos de trabalho desses profissionais.

O hospital dispõe de 190 leitos onde atuam sete assistentes sociais distribuídos em 04 andares de enfermarias. Destes, 03 são destinados a pacientes adultos e 01 para crianças e adolescente. Na enfermaria infantil, de 37 leitos (incluindo o centro de terapia intensiva – CTI), atua uma assistente social. Os atendimentos aos pacientes adultos internados são realizados por seis assistentes sociais totalizando 153 leitos entre especialidades clínicas, cirúrgicas e CTI. Neste processo se realizam visitas diárias aos leitos na perspectiva de acompanhar e monitorar demandas sociais que foram deflagradas no processo ambulatorial. As abordagens focam demandas sociais e exigem articulações com redes e/ou políticas sociais direcionando-se ao seu acesso. Somam-se também as ações de caráter interdisciplinar e atividades coletivas, “Grupo de acompanhantes de pacientes internados”, na perspectiva de acolhimento às demandas oriundas desse processo e aquelas pertinentes às necessidades específicas trazidas pelos mesmos.

As ações coletivas realizadas pelos assistentes sociais buscam disseminar informações acerca das políticas sociais, direitos sociais, recursos institucionais internos e externos com proposta de fomento ao controle social pela via da participação dos usuários. Destacam-se as modalidades de “Sala de Espera” (realizada diariamente nos espaços de atendimento ambulatorial), o grupo denominado “Encontros com o Serviço Social” (realizado

¹¹ Até 2010 era denominada Fundação Ari Frauzino (FAF). Esta questão será aprofundada no capítulo 5.

¹² Lei 12.317, de 26 de agosto de 2010, que altera o artigo 5º da Lei de Regulamentação Profissional (Lei 8.662/1993) e define a jornada máxima de trabalho de assistentes sociais em 30 horas semanais sem redução salarial.

¹³ MPOG – Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão da Presidência da República.

semanalmente em espaço exclusivo), sendo este de caráter mais interativo, no qual usuários trazem temáticas de seus interesses para discussão coletiva.

O Serviço Social se insere nas ações de captação de sangue e hemoderivados, desenvolvendo atividades internas e externas por meio de atendimentos individualizados e coletivos. Atua também no programa de cessação do tabagismo (PIL)¹⁴ realizando grupo terapêutico junto aos usuários (pacientes e familiares) com dependência de tabaco.

Na chefia do serviço atuam dois assistentes sociais que acumulam ações de gestão, ensino e assistência e atuam diretamente nos programas institucionais e fóruns interdisciplinares.

Os atendimentos que compreendem o processo de trabalho ambulatorial são realizados das 08:00 às 17:00 horas, por meio de agenda prévia ou por demandas espontâneas, colocando seu foco principal na busca ativa¹⁵.

Os atendimentos por busca ativa têm como estratégia acolher demandas dos usuários no dia de sua matrícula na instituição ou o mais precocemente possível em relação a ela. Desta forma se entende que o acesso precoce aos direitos sociais, a que fazem jus as pessoas portadoras de neoplasia maligna e/ou outras doenças crônicas, pode se constituir em melhoria da qualidade do tratamento da doença e redução do impacto deste no seu contexto de vida. Neste processo atuam sete assistentes sociais, sendo seis atuando com os pacientes adultos e um para criança e adolescentes.

A organização atual do processo de trabalho no ambulatório de adultos comporta 04 salas exclusivas do serviço localizadas no térreo do hospital (destinadas aos pacientes das clínicas de abdome, cabeça e pescoço, urologia, tórax, neurocirurgia, cirurgia plástica, medicina nuclear, oncologia clínica, dermatologia, radioterapia e setor de emergência). No segundo andar, um assistente social atende a demanda ambulatorial de hemoterapia agregando às suas atividades a realização de palestras para grupos internos e externos à instituição, numa perspectiva de realizar a captação de sangue e hemoderivados, e 01 sala no 11º andar no serviço de pediatria.

A estrutura física onde são realizados os atendimentos ambulatoriais está localizada em local distante dos ambulatórios das especialidades médicas. Assim, ao realizar a busca ativa, os assistentes sociais necessitam de inúmeros deslocamentos conduzindo usuários e

¹⁴ PIL – Programa INCA Livre do Tabaco.

¹⁵ Busca ativa. No momento, esta modalidade de atendimento não está ocorrendo, mas tem por previsão reiniciar no segundo semestre deste ano.

seus respectivos prontuários para efetivarem seus atendimentos nas salas a eles destinadas, devendo retornar com os mesmos para o local de origem.

A entrevista social é realizada na perspectiva de conhecer o contexto de vida dos usuários e identificar sua rede social de apoio. Busca-se, sobretudo, compreender as necessidades apresentadas e a viabilidade de atendê-las por meio das políticas sociais públicas e de outros recursos institucionais oriundos da sociedade civil organizada. Para isso os profissionais utilizam formulário próprio com roteiro de entrevista estruturado, elaborado pela equipe. Este instrumento de coleta de dados vem subsidiando os profissionais na compreensão das demandas apresentadas e na organização de suas práticas coletivas.

O foco central nestas abordagens é identificar a situação que envolve o registro civil, condições de trabalho e renda, estrutura familiar, condições de moradia, rede social de apoio, acessibilidade, percepção sobre o diagnóstico de câncer, dentre outros. Ou seja, questões que podem impactar o processo saúde/doença.

Neste aspecto, um projeto de intervenção deve assegurar a realização de ações comprometidas com as demandas individuais e coletivas da população usuária. O relato em prontuário deverá ser observado tendo em vista a compreensão por parte dos demais profissionais da equipe de saúde acerca do contexto social do paciente e suas derivações para a efetividade de seu tratamento.

Com foco nas necessidades sociais identificadas a intervenção profissional se volta, primeiramente, para as necessidades concretas mais imediatas. Para isso, realizam-se orientações e encaminhamentos observando as possibilidades de acesso aos recursos sociais e às documentações necessárias.

A unidade ambulatorial pediátrica envolve peculiaridades na qual o trabalho do assistente social se realiza em conformidade ao Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). O trabalho neste processo demanda uma sistemática articulação com a rede pública de saúde (em suas diferentes esferas de atenção), com as políticas de Assistência Social previstas pela Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), com as instituições sócio-jurídicas, as instituições de ensino, com destaque as demandas para abrigamento temporário em Casas de Apoio para criança e adolescente, tendo em vista as dificuldades de acessibilidade – tendo em vista o deslocamento diário para os atendimentos de característica contínua e ininterrupta.

Os assistentes sociais desenvolvem atividades de planejamento e coordenação dos cursos, preceptoria, docência, e realizam orientação de trabalho de conclusão de curso compondo também as comissões de ensino interdisciplinares do INCA na perspectiva de formação profissional para a rede oncológica em todo o país. Trata-se dos cursos de

residência multiprofissional em saúde e cursos de especialização e aperfeiçoamento na área de oncologia.

A equipe participa de eventos científicos, tanto da categoria profissional como daqueles específicos do campo da saúde e da área da oncologia. Esta proposta de ação coaduna com a proposta de construção de espaços para reflexão e divulgação acerca do trabalho do Serviço Social. Participa também de fóruns interdisciplinares no INCA e instituições afins, em nível local e nacional. Ainda nesta perspectiva, atua nos programas institucionais pertinentes à Política Nacional de Humanização (PNH)¹⁶ e do Consórcio de Acreditação Hospitalar¹⁷ enquanto estratégia de gestão no âmbito da saúde preconizado pelo MS e definido pela PNAO.

Quanto às documentações, a equipe desenvolve rotina de registro para todas as atividades aqui relacionadas, seja em formulário padronizado, em livro ata ou no prontuário único dos pacientes. Ressalta-se o preenchimento de relatório estatístico mensal, onde são contabilizadas as ações individuais e coletivas e que está estruturado em conformidade aos eixos norteadores das ações e competências preconizadas nos Parâmetros para Atuação dos Assistentes Sociais na Política de Saúde (CFESS, 2010).

¹⁶ A Política Nacional de Humanização existe desde 2003 para efetivar os princípios do SUS no cotidiano das práticas de atenção e gestão, qualificando a saúde pública no Brasil e incentivando trocas solidárias entre gestores, trabalhadores e usuários.

¹⁷ Consórcio Brasileiro de Acreditação: realiza consultoria em Saúde, visa à promoção de melhoria dos cuidados ao paciente. O CBA é o representante exclusivo da Joint Commission International no Brasil. Disponível em: <<http://www.acreditacaoemsaude.blogspot.com/>>. Acesso em: 30 jun. 2012.

5 APROXIMAÇÕES AO EMPÍRICO: REFLETINDO SOBRE A PRÁTICA PROFISSIONAL

5.1 CAMINHO METODOLÓGICO DO ESTUDO

Tendo em vista a necessidade de explicitar a direção metodológica adotada no estudo, este capítulo sistematiza o caminho metodológico percorrido pela pesquisadora.

Parte-se do entendimento epistemológico de que o trabalho científico é um trabalho desenvolvido por um investigador com o objetivo de desvendar uma verdade oculta, que pré-existe, isto é, que está latente no objeto. Assim, o diálogo experimental será, nesta perspectiva, encarado como uma interrogação que o sujeito dirige ao objeto de forma a que este desvende a verdade oculta. O trabalho científico é, portanto, um trabalho persistente, em que a invenção está ausente (CORREIA, 2007).

O ato de investigar as contradições da realidade social é desafiador, especialmente nesse caso em que a análise do trabalho dos assistentes sociais em saúde, configura-se em objeto de estudo profundamente imbricado com a trajetória profissional da pesquisadora. Nesse caso, não são poucas as situações que causam perplexidade até mesmo aos profissionais de longa caminhada, mas que, e principalmente por isso, animam para um movimento de permanente postura de seu desvelamento.

Este estudo foi realizado nesta perspectiva, centrado nas práticas dos assistentes sociais, buscando compreender as determinações que configuram o exercício profissional e como são por eles percebidas.

O estudo não se propôs a identificar elementos causais do processo saúde/doença, mas permitiu refletir acerca das práticas em oncologia desenvolvidas pelos assistentes sociais em meio às contradições nas quais se definem e se realizam. Neste estudo, privilegia-se o trabalho dos assistentes sociais na área da saúde, pois, neste campo se observam os muitos desafios postos para a profissão, sobretudo os da promoção e da proteção da saúde da população brasileira.

A pesquisa, de caráter qualitativo, partiu da perspectiva histórico-dialética buscando compreender as correlações de força presentes nas ações deste campo da saúde e as mediações no desenvolvimento do trabalho destes profissionais. Em que pese a relevância da pesquisa junto aos assistentes sociais da saúde, sabe-se que diferentes profissões necessitam construir estratégias para a compreensão e o comprometimento com esses novos tempos de profundas mudanças de toda ordem societária.

No caso desse estudo, buscou-se compreender se e como as contradições que permeiam a prática profissional dos assistentes sociais em saúde são apreendidas, e suas especificidades no INCA.

A pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Ela se preocupa, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (MINAYO, 2004, p. 21-22).

Concordamos com Minayo (2004), para quem a pesquisa qualitativa assume uma tarefa central ao buscar compreender a realidade humana vivida socialmente. É uma das formas de se produzir conhecimento, que foi se estruturando com o tempo, criando seus objetos e métodos, definindo as relações que os pesquisadores devem estabelecer com seus objetos de conhecimento; a prática profissional representa uma das possibilidades de se produzir conhecimento também.

Em algumas áreas mais profissionalizadas, como é o caso do Serviço Social, tem-se valorizado o saber que se origina do fazer profissional. Esta é uma questão muito importante para pensarmos a pesquisa no Serviço Social, pois é fundamental para o seu desenvolvimento que haja uma reflexão contínua sobre sua prática, como uma forma de produzir conhecimento, tão importante quanto a pesquisa acadêmica (MARSIGLIA apud MOTTA et al., 2006).

Do ponto de vista metodológico, o Serviço Social vem trabalhando com pesquisas qualitativas, com os estudos de casos, os instrumentos e técnicas de entrevistas, principalmente, entrevistas semi-estruturadas, a análise de conteúdo e discurso. Nesta perspectiva considera-se que os estudos na área da saúde devem usar as metodologias qualitativas para captar o "significado e a intencionalidade" inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais (MINAYO, 2001).

Para o desenvolvimento da pesquisa optamos pelo estudo de caso, uma investigação empírico-indutiva, utilizada quando se deseja analisar situações concretas, em suas particularidades e fortemente baseada no trabalho de campo (DINIZ, 1994). É uma categoria de pesquisa cujo objeto é uma unidade que se analisa profundamente. Pode ser caracterizado como um estudo de uma entidade bem definida, como um programa, uma instituição, um sistema educativo, uma pessoa ou uma unidade social. Visa conhecer o seu "como" e os seus "porquês", evidenciando sua unidade e identidades próprias. É uma investigação que se assume como particular debruçando-se sobre uma situação específica, procurando descobrir o que há nela de mais essencial e característico.

O método de estudo de caso tem sido usado, de forma mais ou menos sistemática e meticulosa em várias áreas de pesquisa, tais como Ciência Política, Sociologia, Psicologia, Serviço Social, Administração, Antropologia, História, Economia, etc. Trata-se de um tipo de pesquisa que tem sempre um forte cunho descritivo. O pesquisador não pretende intervir sobre a situação, mas dá-la a conhecer tal como ela lhe surge. Para tanto, pode valer-se de uma grande variedade de instrumentos e estratégias. No entanto, um estudo de caso não tem que ser meramente descritivo. Pode ter um profundo alcance analítico, pode interrogar a situação. Pode confrontar a situação com outras já conhecidas e com as teorias existentes. Pode ajudar a gerar novas teorias e novas questões para futuras investigações. Desta forma, o estudo de caso envolve o estudo profundo e exaustivo de um ou poucos objetos de maneira que se permita o seu amplo e detalhado conhecimento (MINAYO, 2007).

Ainda nesta perspectiva, destaca-se a leitura flutuante, que consiste em estabelecer contato com os documentos a serem analisados e em conhecer o texto deixando-se invadir por impressões e orientações (BARDIN, 1977). À leitura em profundidade de cada um dos relatos até dominar o todo de um mesmo depoimento denomina-se técnica de impregnação (SCHRAIBER, 1995).

MARTINS (2006) cita como argumentos mais comuns dos críticos do estudo de caso: a falta de rigor; a influência do investigador; fornece pouquíssima base para generalizações e são muito extensos e demandam muito tempo para serem concluídos. Como vantagens da pesquisa, a autora aponta que o estudo de caso visa à descoberta; enfatiza a interpretação em contexto; busca retratar a realidade de forma completa e profunda; usa uma variedade de fontes de informação; revela experiência vicária e permite generalizações; procura representar os diferentes pontos de vista presentes numa situação social e também utiliza uma linguagem e uma forma mais acessível do que outros relatórios de pesquisa.

5.2 O TRABALHO DE CAMPO

O presente estudo se desenvolveu a partir da análise do trabalho dos assistentes sociais no INCA e assim, se apóia em Iamamoto (2001), para quem, ao colocar-se como objeto de sua própria pesquisa, o Serviço Social volta-se sobre si mesmo e descortina ângulos inusitados para o desdobramento de diferentes estudos sobre a profissão. Além disso, pesquisar no e o Serviço Social é conhecer as respostas que a profissão vem formulando para o enfrentamento e a superação das diferentes expressões da questão social, sobretudo, contribuições para a efetividade e a consolidação dos princípios do Projeto Ético-Político profissional.

Destacam-se, entre as categorias do método, a totalidade, a particularidade, a contradição e a historicidade que enriquecem a condução desta investigação para a apreensão das questões centrais que envolvem o exercício profissional dos assistentes sociais no Hospital do Câncer I. Tais categorias são dotadas de significados, pois são construções históricas em movimento que atravessam o desenvolvimento do conhecimento e, portanto, permitem penetrar no objeto de pesquisa e na realidade social.

O recorte realizado na investigação aqui proposta se constitui em uma particularidade de determinada totalidade, que é apreendida no conjunto de suas relações, expressando, portanto, suas especificidades através das manifestações sócio-históricas da realidade da qual faz parte. É na realidade em movimento que se busca construir e conhecer o objeto desta pesquisa, tomado-a na totalidade das interações complexas que se ligam através das relações reais e não como algo isolado. Assim, o método dialético valoriza a contradição dinâmica dos fatos e das ações dos sujeitos, o que permite ao pesquisador observar as relações entre o todo e a parte, para explicar a vida social (LEFEBVRE, 1991).

Para Minayo (2004) o roteiro de entrevista difere do sentido tradicional do questionário, que pressupõe questões e hipóteses fechadas e aponta que o roteiro para entrevista visa apreender o ponto de vista dos atores e deve orientar a entrevista sem perder a finalidade do que está sendo estudado e investigado.

Neste aspecto, Alves-Mazzotti; Gewandsznajder (2000) afirmam que apesar da flexibilidade nas pesquisas qualitativas, é fundamental o detalhamento prévio da temática para que haja uma formulação clara do problema.

O roteiro da entrevista obedeceu ao formato semi-estruturado focando as questões pertinentes à temática do estudo: sobre a trajetória profissional (o porquê da escolha profissional, tempo de formação, ingresso no serviço público, entrada no setor saúde,

expectativas anteriores sobre o trabalho); inserção no processo atual de trabalho (como se deu o processo, como ele se configura, dinâmica da demanda); percepção do contexto atual de trabalho; dificuldades identificadas para o desenvolvimento do trabalho e perspectivas profissionais.

O estudo foi aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa do INCA e da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio – EPSJV – (ANEXOS). Os sujeitos foram informados sobre o tema e os objetivos da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, como previsto pela Resolução nº 196/96, do Conselho Nacional de Saúde.

Buscou-se garantir aos entrevistados abertura em suas colocações e a cada um dos sujeitos foi esclarecido que a participação seria livre e a desistência respeitada, não acarretando nenhum prejuízo ao trabalho deles, havendo sigilo sobre todos os depoimentos e demais materiais produzidos.

A pesquisadora se comprometeu em fornecer informações detalhadas e necessárias sobre o conteúdo das entrevistas e solicitou a cada participante a autorização para o uso do gravador. Assumiu também diante dos entrevistados a garantia de resguardo dos conteúdos, permitindo total liberdade de expressão no decorrer das entrevistas garantindo também a privacidade, integridade e anonimato dos participantes. Dessa forma, entendemos que a participação na pesquisa não envolveu riscos aos profissionais.

A pesquisadora assumiu o compromisso de divulgar aos participantes os resultados do estudo, com o compromisso de publicá-los através de artigos em periódicos de circulação na área técnica e acadêmica do Serviço Social e do campo da saúde pública, tanto no âmbito da produção científica do INCA como da EPSJV.

As entrevistas aconteceram no período de 30 de novembro/2011 com término em 22 de dezembro/2011. Uma entrevista foi realizada, excepcionalmente, no mês de janeiro de 2012 devido ao afastamento de um profissional da equipe entrevistada no período previsto.

Foi utilizada a entrevista aberta e em profundidade, na busca de maior flexibilidade, de informações mais ricas e de uma imagem mais próxima da complexidade das situações ou dos fenômenos estudados. A entrevista aberta e em profundidade consiste em perguntas mais gerais e questões de relance, para retomar ou esclarecer a narração dos sujeitos. A flexibilidade deste tipo de entrevista possibilita contato mais íntimo entre o entrevistador e o entrevistado, favorecendo a exploração em profundidade de seus saberes, bem como de suas representações, de suas crenças e valores.

O conteúdo das entrevistas permaneceu em posse única e exclusiva da pesquisadora, com identificação codificada, evitando, assim, riscos na identificação dos profissionais entrevistados por parte de terceiros. A análise dos dados aconteceu nos meses de fevereiro, março e abril de 2012.

Quanto ao material das entrevistas, após a transcrição e a conferência de sua fidelidade, iniciou-se a leitura flutuante, uma das etapas do processo de análise do material empírico na pesquisa qualitativa.

Foi também elaborado um diário de campo com anotações de alguns dados sobre a identidade pessoal e social dos sujeitos, assim como o registro de algumas impressões que contribuíram significativamente para o processo de análise, dentre eles o desenvolvimento das práticas profissionais no cotidiano de trabalho dos assistentes sociais. O fato de a transcrição e a observação terem sido realizadas pela própria pesquisadora, permitiu uma auto-avaliação do seu papel como entrevistadora e observadora, possibilitando ajustes na trajetória do estudo.

Desse modo, foi possível detectar os elementos que enunciam a lógica subjacente à fala do sujeito, e elaborar um esquema provisório de interpretação (uma síntese de cada depoimento) à luz do referencial teórico que orienta a pesquisa e das categorias empíricas ou núcleos temáticos que emergem ou são identificados com base na leitura reiterada das entrevistas (MINAYO, 1992).

Após esse procedimento, no qual a atenção está voltada, particularmente, à singularidade de cada entrevista, procedeu-se à leitura horizontal do conjunto dos relatos, que permitiu estabelecer as relações entre os depoimentos, pois é esse sistema de relações que torna possível as interpretações.

O processo de leitura vertical e horizontal permitiu identificar os seguintes núcleos temáticos (ou núcleo de sentidos): participação na organização dos processos institucionais de trabalho; trabalho em equipe e os valores que sustentam o Projeto Ético-Político da categoria. Em seguida, procedeu-se à organização do material recolhido, à sua sistematização, sua condensação e as aproximações com as narrativas de uma mesma situação, recebendo grifo aquelas que mais chamam a atenção nos depoimentos.

A elaboração de um quadro contendo os núcleos temáticos relacionados às respostas dos entrevistados contribuiu para visualizar o panorama geral do encaminhamento dos dados, evidenciando as categorias. Cabe ressaltar que esse processo se configurou como um longo trabalho de construção e reconstrução contínua, mas, também como um salutar processo de investigação, onde cada fazer e refazer torna possível a eliminação de idéias preconcebidas e, desta forma, a visualização com mais clareza e veracidade acerca do que emerge dos dados.

O estudo envolveu quatorze assistentes sociais dos quinze¹⁸ que atuam na Unidade I do INCA. Esta unidade hospitalar é a maior em extensão e a mais complexa do Instituto, pois abriga o maior número de especialidades médicas e serviços oncológicos (radioterapia, hemoterapia, cirurgia por robótica, etc.). Nela também fica localizada a direção geral do INCA e o Centro de Transplante de Medula Óssea. Desta forma, é grande o número de pessoas circulantes e de atendimentos, potencializando, consideravelmente, a demanda ao Serviço Social.

O gráfico a seguir demonstra a composição das equipes de Serviço Social do HCI/INCA e seus respectivos vínculos de trabalho, considerando a configuração a partir da inserção dos profissionais oriundos do concurso público ocorrido em 2010.

TABELA 1. COMPOSIÇÃO DAS EQUIPES DE SERVIÇO SOCIAL DA UNIDADE I/INCA E TIPOS DE VÍNCULO DE TRABALHO.

HCI/INCA		
As Social → vínculo ↓	X	Y
MS	8	5
FC		2
SUBTOTAL	15	

MS. Ministério da Saúde

FC. Fundação do câncer

X. Assistentes sociais com ingresso 2011 concurso/2010

Y. Assistentes sociais que já integravam a equipe

Atualmente, o grupo pode ser identificado a partir de um marco importante que é o concurso público realizado em 2010 que gerou o ingresso de dois profissionais na equipe no segundo semestre do mesmo ano e mais seis no início do ano seguinte. A chegada desses profissionais é considerada, de forma emblemática, o motivo que gerou a saída de outros cinco no mês de junho do ano referido. A saída desses profissionais estava prevista, tendo em vista todos terem vínculos temporários devendo, portanto, ser substituídos pelos profissionais do concurso. Esses profissionais estiveram na equipe por, aproximadamente, seis anos, sendo, dessa forma, considerados parte integrante e legitimados como tal. O processo de substituição, nesse aspecto, deflagrou sentimentos e sensações desconfortáveis não somente por parte dos profissionais que deixariam o serviço, mas também naqueles recém-chegados.

Assim, esse processo se iniciou num misto de perda/dor e ganhos/expectativas e todo tipo de emoção que dele pode derivar, não só pelo Serviço Social, mas por toda a Instituição.

¹⁸ Considera-se a 15ª profissional, a pesquisadora.

A idade média situa-se entre trinta e cinco e quarenta e cinco anos, sendo as idades extremas, vinte e quatro e cinquenta e seis anos. Esta caracterização etária aponta para uma diversidade no tempo de formação e uma relativa (não significativa) homogeneidade de expectativas acerca das relações sociais e das motivações acerca da profissão. Sobre as relações sociais que derivam do grupo percebe-se a formação de subgrupos cujos integrantes se aproximaram ou não por várias motivações. Dentre elas destacamos: tempo de trabalho na instituição; o nível de relação pessoal/informal que ultrapassam os limites da instituição; afinidade de pensamentos, valores, modo de vida; ou pela aproximação no mesmo processo de trabalho. Neste último percebe-se a ocorrência de um maior acolhimento entre profissionais antigos e novos. A equipe é bastante homogênea no que diz respeito à origem e pertencimento de classe social, ou seja, aproximação por faixa de renda.

5.3 IDENTIFICANDO COMO SE DESENVOLVE O EXERCÍCIO PROFISSIONAL DOS ASSISTENTES SOCIAIS NO HCI/INCA

Como profissão de caráter eminentemente interventiva, o Serviço Social tem na investigação sobre o cotidiano de vida dos usuários a base que permite compreender sua vulnerabilidade social e como as condições de adoecimento a potencializa. Neste sentido, suas ações caminham na perspectiva de disseminar as informações e os meios pelos quais possam acessar as políticas sociais e, no contexto da oncologia visa, primordialmente, desenvolver ações que viabilizem a acessibilidade dos usuários ao tratamento oncológico em resposta aos determinantes e às demandas sociais implícitas na questão do câncer no país. Nesta perspectiva, busca fomentar e promover a reafirmação e a legitimação das políticas sociais que conferem direitos sociais aos pacientes/usuários em curso de tratamento oncológico e de outras políticas intersetoriais, entendendo que estas ações podem se desdobrar em oferta de serviços com efetiva operacionalidade das políticas públicas e sociais.

O caráter de resolutividade e de produtividade que atende à lógica do mercado e a estrutura hospitalocêntrica que define os processos de trabalho em saúde têm se constituído em obstáculo para o fortalecimento da autonomia coletiva dos diferentes atores na saúde, que buscam uma assistência equânime, o acolhimento com qualidade e singularidade. Torna-se, pois, um desafio para os profissionais responderem às demandas objetivas e subjetivas do adoecimento por câncer, reveladas no cotidiano das instituições e das equipes de saúde; identificando as representações sociais do câncer que podem muitas vezes determinar e reafirmar sua condição de vida ou criar estratégias necessárias para o seu enfrentamento.

O trabalho do assistente social se desenvolve atrelado à realidade do campo interventivo no qual está inserido. Na área oncológica as ações assistenciais envolvem as etapas de confirmação diagnóstica, realização de tratamentos específicos para controle e cura da doença e cuidados paliativos. Sendo assim, diferentes formas de sistematização das práticas podem ser planejadas e desenvolvidas pelo Serviço Social.

A partir do foco no processo assistencial em oncologia, é importante destacar que, de acordo com a idade do paciente, o tipo e a localização do tumor, o diagnóstico de câncer revela perfis e demandas diferenciadas dos usuários, podendo determinar especificidades na organização do processo de trabalho das equipes de saúde. São muitas as implicações de um diagnóstico e tratamento de câncer na vida dos sujeitos por ele acometidos. Estas implicações se diferenciam conforme as suas possibilidades de mobilidade e de autonomia para o cuidado. Todas estas questões demandam reflexões das equipes de saúde e são fundamentais para se determinar os processos de trabalho voltados para uma assistência em oncologia que contemple as especificidades de necessidades geradas pela doença.

A necessidade de cuidado integral no processo de adoecimento por câncer é demandada de modos diferentes, variando em cada fase de vida dos sujeitos. Tomando como exemplo, há o câncer acometido na infância, que acarreta impactos diversos, pois se desenvolve na contramão do ciclo natural da vida. Destacamos que uma das questões que mais interferem na realização do tratamento oncológico para as famílias de crianças e/ou adolescentes com diagnóstico de câncer diz respeito à necessidade dos mesmos terem acompanhamento contínuo por um responsável legal nas unidades de saúde.

Diante da precarização das condições de trabalho e de vida da população e do empobrecimento contínuo dos usuários do SUS entendemos ser paradoxal esta demanda, visto a precariedade de dispositivos legais que garantam aos responsáveis a garantia de seus empregos nestas situações. Esta presença no cuidado gera, necessariamente, uma ausência na constituição da renda familiar, inviabilizando tanto a reprodução social de toda a família quanto, conseqüentemente, a manutenção do tratamento do paciente.

Citamos, ainda, a situação do idoso com diagnóstico de câncer. Diante das políticas atuais de proteção social dedicadas a este contingente populacional, como a Política Nacional do Idoso, a Política Nacional de Saúde do Idoso e o Estatuto do Idoso, a área de saúde tem sido um espaço de denúncia das suas não operacionalidades e efetividades. O idoso tem sido alvo de todas as formas de vulnerabilidade social nestes tempos de capitalismo avançado. O caráter não produtivo da pessoa idosa e os “custos” com a política de proteção social para esta

faixa etária, têm sido a principal e histórica causa do propalado **déficit** (grifo meu) da Previdência Social.

Em muitas cidades brasileiras a renda dos idosos tem se caracterizado na única renda das famílias e, por isso, a preservação de suas vidas representa a preservação da subsistência da própria família. Não sendo este o caso, impõe-se a necessidade de redução da renda familiar na medida em que uma pessoa inserida no mercado de trabalho torne-se, exclusivamente, o seu cuidador.

Contudo, o diagnóstico de câncer na pessoa idosa compromete significativamente a sua autonomia e as suas condições para o deslocamento. Para responder a esta questão, ter um cuidador não é suficiente, sendo necessário, também, dispor de formas eficazes de acesso aos meios de transporte que garantam sua frequência ao tratamento. Esse acesso acontece por responsabilidade dos munícipes, não pela sua cidade de origem, que não opera com efetividade a política do Tratamento fora de Domicílio (TFD) em suas cidades. Ressalta-se que na maioria dos casos em que isso ocorre os usuários são originários do próprio município do Rio de Janeiro. Mesmo considerando o acesso ao passe municipal e/ou estadual, esta estratégia não dá conta de garantir acesso dos usuários que têm comprometida a capacidade física de locomoção, necessitando, portanto, de um meio de transporte mais particularizado, o que não lhe é oferecido ou não dispõe diante de sua precária condição sócio-econômica.

A complexidade do diagnóstico de câncer e suas derivações para o tratamento demandam sistematização de práticas que preconizem a intervenção do assistente social o mais próximo possível à data da matrícula do paciente na instituição, tornando-se um eixo norteador para ações institucionais.

A partir destas especificidades, são focos estratégicos (ainda que não únicos) de organização da prática do assistente social, em unidade hospitalar: a recepção integrada (triagem), os processos ambulatoriais e os serviços diagnósticos nos processos de enfermarias clínicas e cirúrgicas e, posteriormente, o acompanhamento continuado.

As atribuições específicas das categorias profissionais são respeitadas, mas o processo de atendimento tem como foco a necessidade do usuário. Sendo assim, há correlação e dependência entre os conteúdos abordados nos atendimentos da Recepção Integrada. Esta prática tem o potencial de aumentar o grau de co-responsabilidade dos diferentes atores que constituem o SUS (incluído o paciente/usuário), implica em uma mudança na cultura de atendimento prestado, objetivando a criação de vínculo entre usuário e profissional de saúde, respeito ativo acerca das necessidades de saúde dos usuários e o incentivo à participação no controle social.

Ainda quanto a este processo, as atividades educativas de grupo devem ser priorizadas, pois permitem o acolhimento de demandas de caráter coletivo, a partir da disseminação de informações que estimulam a participação dos usuários nas ações institucionais, o estreitamento em sua relação com os profissionais de saúde e o entendimento do fluxo institucional, sendo este um importante lócus para o desenvolvimento do controle social.

A utilização de ferramentas como cartilhas, folders e folhetos tem sido importante instrumento de socialização das informações nos fóruns coletivos, a fim de materializar os recursos neles contidos e permitir sua oportuna utilização, conforme se fizerem presentes as necessidades dos usuários¹⁹.

Desta forma são identificadas ações que primam pela democratização de informações e se possibilita à população usuária reconhecer os seus direitos, em lugar de entendimentos pelo favorecimento.

Com relação às práticas desenvolvidas no processo de internação hospitalar, a atuação do assistente social consolida-se em perspectiva interdisciplinar, com autonomia em suas ações; ações que necessitam voltar-se para a construção de decisões coletivas emergidas em equipes, que devem confluir em direção aos interesses e necessidades dos usuários hospitalizados.

Nesta perspectiva, consideramos fundamental que essas ações tenham início o mais proximamente possível à data de internação dos pacientes, realizando abordagens que busquem conhecer esses sujeitos e suas determinações sociais.

Na hospitalização para tratamento oncológico as intervenções cirúrgicas são predominantes, e ocorrem também para aplicações quimioterápicas e devido a complicações derivadas das mesmas. A radioterapia ocorre, sistematicamente, de forma ambulatorial. As ações desenvolvidas nesse processo têm como eixo norteador a integração do cuidado. Contudo, torna-se necessário que, ao trabalho dos assistentes sociais se agreguem outras abordagens a fim de dar segmento às propostas de acompanhamento social, pactuadas com os usuários no atendimento do Serviço Social em ambulatório. Esta questão é primordial para o monitoramento e para o retorno dos encaminhamentos efetuados anteriormente. Uma

¹⁹ Neste sentido, ressaltamos como um importante instrumento acerca da divulgação de informações para os usuários em tratamento oncológico, a cartilha “Direitos sociais da pessoa com câncer”, elaborada pelas equipes de Serviço Social das unidades assistenciais do INCA. A cartilha está sendo divulgada para todo o território nacional e descreve os direitos sociais desses usuários e os atos legais que as instituem, sendo este material também encontrado no site institucional. Disponível em: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/orientacoes/site/home/direitos_sociais_cancer. Acesso em: 10 jan. 2012.

abordagem avaliativa se faz necessária, pois ela permitirá reafirmar ou empreender nova direção ao cuidado, voltando-se para as questões presentes neste momento. Nesta perspectiva, essas ações são fundamentais para que toda a equipe tenha a real compreensão desses sujeitos coletivos, com suas múltiplas dimensões no processo de adoecimento.

Com foco nas necessidades sociais identificadas neste processo, a intervenção do assistente social se desenvolve a partir de atendimentos individualizados ou coletivos com pacientes, familiares e equipe. Busca avaliar o cumprimento do dispositivo que concede autorização para acompanhantes e também concedê-lo (conforme Portaria GM nº 2.439/05); socializar para a equipe a necessidade de concessão deste direito aos usuários que dele possam necessitar sem amparo de lei; avaliar e conceder visitas extraordinárias; monitorar a concessão dos direitos sociais, que deverão ter sido orientados e encaminhados no atendimento ambulatorial; atuar junto às Secretarias Municipais de Saúde através do TFD para a efetivação de meios de transporte aos pacientes com alta hospitalar e que se encontram fora de seu domicílio; propiciar entendimento com os demais profissionais da equipe para todas as demandas que se fizerem necessárias; participar de reuniões multidisciplinares, subsidiando os demais profissionais para a decisão sobre a alta hospitalar, sobre os casos com indicação de cirurgias mutiladoras, quanto à cessação de tratamento curativo, acerca do encaminhamento para cuidados paliativos; lidar com as questões relacionadas ao fluxo de trabalho, dentre outras. Tais atividades têm sua relevância na medida em que o profissional contribui na dinâmica interdisciplinar no processo do cuidado.

As atividades educativas de caráter coletivo também devem ser priorizadas no contexto da internação. A realização de reuniões interdisciplinares envolvendo equipes, pacientes, familiares e/ou acompanhantes, propicia a esses atores identificar questões que são comuns ao processo, coletivizando as informações, permitindo a troca de experiências e vivências, reduzindo a possibilidade de atitudes isoladas e tensões, estimulando a tomada de decisões a partir do que se considera importante para todos os envolvidos. A importância central dessa atividade está na promoção de espaços coletivos nas instituições de saúde, fomentando e estimulando a participação da população usuária, deslocando as demandas que surgem individualmente para o processo coletivo de adoecimento dos sujeitos.

Demandas essas que emergem da grande massa trabalhadora precarizada e que se encontra excluída das políticas públicas de proteção social; e quando são acometidos por doença crônica recebem também o diagnóstico de “morte social” que, via de regra, acontece bem antes de sua morte corpórea. Um dos exemplos cabais dessa questão encontra-se na Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), que instituiu o Benefício de Prestação Continuada

(BPC) para as pessoas portadoras de deficiência ou em situação de doença grave. Todavia, e contraditoriamente, os usuários que pleiteiam este benefício não são contemplados pela avaliação médica pericial, pois esta reduz seu foco de concessão exclusivamente para os indivíduos que demandam cuidados exclusivos para o exercício das atividades de vida independente do cuidado ao fim da vida. O adoecimento por câncer, não necessariamente, os coloca nesta condição.

O caráter contributivo da Previdência Social brasileira tem sido um grande dispositivo de exclusão dos usuários dela demandantes. Ressalta-se que no atual projeto societário as políticas sociais têm sido foco de financeirização do capital cujos critérios de elegibilidade tornaram o seu acesso inviável, se não pela via contributiva.

A atual estrutura da rede assistencial de saúde não está sendo capaz de efetivar ações de prevenção e/ou detecção precoce para o diagnóstico de câncer que responda ao número crescente de novos casos da doença no país. Por essa razão, identificamos cotidianamente um exército de trabalhadores que recorrem aos serviços da rede do SUS com a doença já em estágios avançados.

Em todas as fases do ciclo de vida das pessoas, quando acometidas pelo câncer, identificamos impactos físicos, sociais e/ou emocionais, que interagem no seu contexto de vida e acarretam significativos obstáculos para o enfrentamento da doença e para a dinâmica familiar e das relações interpessoais. Sua dimensão aumenta quanto mais avança a doença, reduzindo suas chances de tratamento para a cura, sendo este o cenário majoritário dos diagnósticos dos diferentes tipos de cânceres no país.

A doença instalada gera significativas alterações na estrutura de vida da criança e do adolescente e de suas famílias, envolvendo os padrões de sociabilidade, estudo, lazer, independência e autonomia, condições necessárias para um natural desenvolvimento. Na fase adulta o desdobramento ocorre, principalmente, no âmbito das relações sociais e afetivas, como o trabalho, a família, o lazer. Destacamos a questão da mulher nesse processo, pelo seu caráter histórico, voltado para o cuidado. O seu adoecimento, via de regra, atinge a organização dos papéis domésticos, em especial quando sobre ela recai toda a responsabilidade do provimento e da subsistência familiar. Como já mencionamos, a organização familiar contemporânea estabelece a pessoa idosa adoecida em situação de extrema vulnerabilidade social, pois, então, são agregadas ao diagnóstico de câncer outras comorbidades decorrentes do processo de envelhecimento.

Neste contexto, torna-se um grande desafio para o trabalho em saúde o desenvolvimento de programas de ensino e pesquisa que se processem no âmbito do trabalho

já que as práticas assistenciais são, historicamente, hegemônicas na profissão e no campo da saúde. Portanto, aos atores sociais envolvidos nesses processos, cabe o desenvolvimento de ações que visem, sobretudo, instrumentalizar o seu trabalho na perspectiva de superação do pragmatismo rompendo com o fazer profissional sem reflexão, estimulando-se a produção de conhecimento, entendendo este em seu caráter dialético, ou seja, num processo inacabado de construção e reconstrução.

É importante ressaltar que estas ações visam favorecer uma melhor compreensão e visibilidade por parte dos usuários da saúde acerca do trabalho dos assistentes sociais neste campo, diante das contradições que, historicamente, determinaram o seu caráter assistencialista e/ou ajustador das demandas e da oferta dos serviços no campo da saúde. Trabalhar na direção de efetivar o acesso a direitos sociais utilizando diferentes canais de disseminação de informações é um importante exercício de cidadania que poucos profissionais podem realizar em suas práticas, sobretudo, quando se parte da compreensão contextual das necessidades dos sujeitos coletivos que recorrem a estes serviços.

Nesta abordagem sobre o cotidiano de trabalho dos assistentes sociais nos serviços especializados para tratamento do câncer e/ou outra doença crônica, reafirma-se a necessidade de ações comprometidas com a compreensão das reais condições de vida da população usuária, sendo imprescindível a busca de alternativas para práticas institucionais em âmbito coletivo e que promovam ações intersetoriais.

Procura-se, portanto, efetivar a integralidade do cuidado, pela via da intersetorialidade das políticas, em cumprimento aos princípios e diretrizes do SUS. Parte-se da identificação de estruturas que consolidem a efetividade de redes sociais, direitos sociais e políticas sociais, num crescente movimento de busca de garantia dos direitos sociais.

Nesse sentido, considera-se que o trabalho dos assistentes sociais no campo da saúde encontra fundamentos no arcabouço teórico-metodológico do Serviço Social e, sobretudo, em ações que promovam o cuidado integral comprometido com a efetividade dos princípios e diretrizes do SUS.

6 A PRÁTICA PROFISSIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL: TENSÃO ENTRE PROJETO PROFISSIONAL E PROCESSO DE TRABALHO

A análise do material empírico exige a identificação das questões que se destacaram no trabalho de campo e que, combinadas com as categorias analíticas já discutidas de acordo com o referencial teórico, permitem essa aproximação ao que seria o desvendamento do real.

O que se traz como elemento de análise é o processo de trabalho do assistente social que tem seu objeto manifesto nas expressões das contradições da questão social. Por isso, o Serviço Social não está vinculado às profissões que geram produtos materiais, concretos. Ele atua nas condições de vida, reproduzindo aquelas condições que são indispensáveis ao funcionamento de uma ordem – o que, no campo da saúde, ganha evidências expressivas.

A prática, aqui, deixa de ser compreendida somente como um fenômeno que modifica algo ou a ordem das coisas e entra nas esferas ideológica ou da moral. Ou seja, o da ordem social, pois o objeto transformado, assim como os meios da sua transformação, não dependem claramente de resultados materiais (MALGLAIVE, 1995). No âmbito do Serviço Social, têm-se como finalidades a defesa intransigente dos direitos sociais, a ampliação da cidadania emancipatória e a consolidação da democracia, princípios citados anteriormente e que constam no Código de Ética. Sendo assim, a concretização desses objetivos, o resultado do trabalho do assistente social, se dá no campo objetivo e subjetivo, sendo esse último no âmbito da esfera ideo-política.

A intencionalidade das ações e os pressupostos ideo-políticos nos conduzem a diferentes resultados, pois dependendo da leitura que se faça da realidade social e do SUS, podemos estar consolidando tanto o sistema como parte se um projeto ético-político, ou ao contrário, reproduziremos processos de trabalho alienantes e conservadores.

A profissão do Assistente Social, por ser eminentemente interventiva, requer uma reflexão sobre a relação entre teoria e prática. Essa é uma relação dialética que trata da unidade de contrários, que nesta perspectiva, segundo DEMO (2006), numa relação direta, a teoria transforma a prática e a prática transforma a teoria, seja construindo-as ou desconstruindo-as.

Considerando os conteúdos trabalhados nas entrevistas com os assistentes sociais foram identificadas algumas questões que consideramos relevantes para subsidiar o estudo. Elas se referem à escolha da profissão, à inserção no trabalho na saúde, à configuração da dinâmica do trabalho e de suas demandas, ao papel do Serviço Social na saúde coletiva e o seu lugar na divisão social do trabalho. Aprofundar a compreensão acerca destas questões

possibilita ultrapassar descrições por vezes bastante superficiais acerca dos processos de trabalho dos assistentes sociais no campo da saúde pública.

Com base nestes aspectos que permeiam a prática profissional identificou-se, na fala dos entrevistados, as circunstâncias que delineiam os limites e as possibilidades de efetividade do projeto profissional da categoria, em que pese sua sustentação político-ideológica e técnico-operacional. Assim, foi possível identificar as expectativas anteriores dos profissionais para o processo de trabalho na saúde e suas expectativas atuais para os mesmos.

6.1 SER ASSISTENTE SOCIAL: A ESCOLHA DA PROFISSÃO

Várias e diferentes foram as motivações para a escolha da profissão. Contudo, destaca-se uma significativa influência da participação destes profissionais em movimentos de base da Igreja Católica e em outros movimentos sociais. Essas experiências e essa escolha parecem, direta ou indiretamente, propiciar uma perspectiva de mudança no projeto de sociedade. Destaca-se também, a identificação de um caráter humanitário da prática profissional do Serviço Social, entendida como sendo de sua natureza, contribuindo para a escolha profissional.

Observa-se que, mesmo sinalizando para um caráter conservador das práticas profissionais, dada a sua constituição histórica, a perspectiva de transformação societária ainda é apontada e legitimada e a ela subjacente, sendo então revelado como uma motivação na escolha de determinados profissionais.

“Na década de oitenta as comunidades eclesiais de base em efervescência, momento de reabertura política, eu participava desses movimentos e esta visão de mundo foi reafirmada no Serviço Social. Não era somente um projeto profissional e sim de vida”. (entrevistado nº 12)

“Minha escolha profissional foi meio que por acaso. Eu queria muito trabalhar com pessoas; e eu ficava na dúvida entre Psicologia, História, Ciências Sociais e Serviço Social... Mas, na hora da escolha do vestibular, eu escolhi Serviço Social. Não pensando como a maioria das pessoas, que não sabe do que se trata a profissão: uma pessoa me disse que era para trabalhar com pessoas, mas muito na questão da ajuda, e era isso que eu ficava querendo fazer”. (entrevistado nº 14)

O que se busca compreender está no âmbito da natureza do Serviço Social, de perspectiva conservadora, segundo Montañó (1998), cuja origem estaria relacionada à evolução, organização e profissionalização da caridade e da filantropia, emergentes na Igreja Católica. Vários são os autores que defendem a tese de que a origem do Serviço Social está nas formas de ajuda, desde a Antiguidade até a cientificidade da filantropia. Nesse contexto, a ação profissional estaria atrelada à resolução dos conflitos individuais ou coletivos dos

trabalhadores, com um propósito de assegurar as relações de solidariedade e de apaziguamento que marcam o capitalismo contemporâneo, como ações para diminuição das desigualdades sociais estruturais e, assim, garantir a necessária reprodução do capital.

Para Netto (1991) o Serviço Social se profissionaliza em função da organização do modelo do capitalismo no estágio monopolista, não se relacionando, exclusivamente, à evolução da ajuda ou racionalização da filantropia, e mesmo como forma de organizar a caridade. Portanto, a profissão do assistente social somente se profissionalizou e se constituiu em suas formas de atribuição e funções a partir do movimento que passa a ocupar um lugar na divisão social e técnica do trabalho na ordem monopólica.

Ao se inserir num mercado de trabalho, a prática deste profissional passa a não ser mais entendida como uma dimensão de vocação ou como caridade somente, mas sim como uma forma de sobrevivência deste trabalhador, que inserido no mercado de trabalho e, portanto, vendedor de sua força de trabalho, assim como tantos outros, encontra-se sujeito às refrações da questão social que atingem diretamente a classe trabalhadora.

Algumas decisões não refletem motivações específicas para a escolha profissional. Este fenômeno pode ser identificado nos dias atuais tanto pelo não amadurecimento do que se quer ter como profissão, quanto pela falta de afinidade com determinadas áreas de saber e/ou disciplinas. Seja qual for a motivação, o que se aponta de fato é que houve uma escolha sem que houvesse um (re)conhecimento real acerca da carreira que se buscou seguir.

“Minha escolha foi acidental, pois tentei vestibular para quatro carreiras e o Serviço Social foi mais conveniente e um irmão também me ajudou a direcionar para esta escolha”. (entrevistado nº 02)

“Era uma profissão de boa aceitação pela família que reconhecia apenas a medicina, engenharia e direito, áreas com que eu não me identificava.” (entrevistado nº 07)

Outras abordagens identificadas nas falas dos profissionais agregam motivações de ordens objetiva ou subjetiva. Ou seja, o caráter conservador humanista da profissão, ou o desejo de contrapor-se a um sistema de ajustamento social, ainda sinaliza uma perspectiva de desejo de transformação pelo fazer profissional. Considera-se que o ideário que norteia o trabalho do assistente social, cujos valores os colocam criticamente contra o projeto de sociedade, aponta para estratégias que preparem a necessária ruptura com ações de resistência e estranhamento à exploração ordenada pelo capital sobre o trabalho.

Trata-se de reconhecer o fio condutor que norteia o Projeto Ético-Político da categoria e que ressalta suas ações no enfrentamento das diferentes expressões da questão social no Brasil. Nesta perspectiva, ao considerarmos a prática profissional como uma ação humana,

compreende-se que há uma idéia revelada de transformação intencional da realidade pelos sujeitos.

“A escolha da minha profissão, eu escolhi como muitos escolhem: achando que ia mudar o mundo. Não foi pela questão religiosa, mas foi por outro lado. Eu escolhi porque eu ouvi dizer, na verdade alguma coisa com mudança, com transformação, e isso me motivou.” (entrevistado nº 05)

“Na orientação vocacional, eu fui orientada para Assistência Social, e isso me estimulou. Gostei muito, pois eu tinha uma visão muito voltada para a ajuda, assistencialismo, e percebi que, especificamente, isso é Direito Social”. (entrevistado nº 13)

6.1.1 Ser assistente social na/em saúde: a inserção no trabalho em saúde

A inserção dos assistentes sociais no trabalho em saúde ocorreu, majoritariamente, a partir de experiências vivenciadas durante a formação profissional, como campo de estágio ou, pela prática nos programas de residência ou cursos de pós-graduação.

Percebe-se que as oportunidades de inserção neste campo de atuação reforçam o que historicamente sempre foi reconhecido como o campo que mais absorve o trabalho dos assistentes sociais. A realidade estudada aponta para uma oferta significativa de inserção destes profissionais através de concursos públicos, ocorridos na última década. Fenômeno que significou uma reformulação da composição da equipe em torno de 50% de seu efetivo e numa condição de formação, majoritariamente, por servidores públicos. Não foi percebida nenhuma escolha focada e/ou motivação individualizada, mas, por um conjunto de fatores que determinaram as oportunidades de trabalho para estes trabalhadores.

Para alguns profissionais a aprovação no concurso os tirou da situação precarizada de vínculo e os levou a alcançar a condição de servidores públicos. Outros já se encontravam atuando em instituições públicas e optaram pelo INCA ao realizarem novo concurso público.

“Vim de hospital privado e posteriormente ingressei no INCA por contrato privado. Atualmente sou do quadro efetivo por concurso público”. (entrevistado nº 04)

“Iniciei minha atividade profissional na saúde privada e após um ano ingressei no INCA com contrato privado, posteriormente passei para o vínculo público pelo concurso”. (entrevistado nº 07)

“Meu início das atividades na saúde foi no programa de residência em saúde. Posteriormente fiz seleção para vaga pela Fundação no INCA e recentemente fui aprovada em concurso público para esta instituição”. (entrevistado nº 14)

Observa-se que as expectativas dos assistentes sociais permeiam a idéia de que no campo da saúde há legitimidade, sendo um espaço socialmente reconhecido para intervenção profissional.

Ao pensar o trabalho dos assistentes sociais no contexto da saúde coletiva o Serviço Social tem um conhecimento acumulado de questões de natureza diversa, o que torna seu debate um verdadeiro desafio para aquele que se propõe a realizá-lo (MOTTA et al., 2007). Nesse sentido, a autora ressalta um fator importante a ser considerado acerca das precárias condições de vida e de acesso da população às riquezas produzidas e aos bens e serviços, que, enquanto expressão das desigualdades, colocam-se como questões sociais que interferem na eficácia dos programas de saúde; tais questões transformaram-se em problemas que comprometem a própria política de saúde.

“Na prática cotidiana do Serviço Social incomoda não haver um projeto coletivo de cuidado na instituição, apesar da instituição (gestão) e os profissionais levantarem uma mesma bandeira, na luta pelo paciente.” (entrevistado nº06)

Ao considerarmos acerca das configurações do capital que incidem diretamente na operacionalidade das políticas sociais brasileiras e, ao pensarmos o trabalho coletivo em saúde, é necessário atentarmos para o risco de uma “prática profissional” como prática do indivíduo isolado, desvinculado da trama social que cria sua necessidade e condiciona seus efeitos na sociedade, com frágil conhecimento das expressões da questão social e das políticas sociais correspondentes. Estas questões foram observadas pelos profissionais e se traduzem em forte angústia, considerando-se que o Serviço Social é desafiado por contexto tão adverso e por seu lugar na divisão social e técnica do trabalho.

“Ao chegar à instituição há muitos anos atrás foi muito difícil desenvolver o meu trabalho. Primeiramente por ficar responsável por muitos leitos. Havia uma rotina a ser cumprida, que era de realizar entrevistas aos pacientes no leito de internação e também realizar diariamente grupos com pacientes e familiares. O nível de comparecimento dos usuários nesta atividade de grupo era monitorado ostensivamente pela chefia de Serviço.” (entrevistado nº 07)

Para Vasconcelos (2001) uma prática profissional deve romper com as idéias conservadoras a partir da definição clara e consciente de referências ético-políticas e da apropriação da perspectiva teórico-metodológica, buscando referências concretas para a ação profissional. Estas irão possibilitar a reconstrução permanente do movimento da realidade, objeto da ação profissional, enquanto expressão da totalidade social, gerando condições para um exercício profissional consciente, crítico, criativo, politizado e atuante nas políticas de saúde.

“Seria necessário reestruturar todo o fazer profissional. Exemplo: os profissionais que chegaram agora encontram uma forma de trabalho definido por profissionais mais antigos e então eles não têm autonomia para alterar o modo de realizar este trabalho. Ou seja, acompanham o que já se faz e se torna difícil mudar a engrenagem de uma coisa que está há muito tempo funcionando daquele jeito. Tipo, não vai ser você que vai reinventar a roda. Esse é um grande dificultador. Aí você acaba dando continuidade aos ritos que estão em prática.” (entrevistado nº 09)

Percebe-se também, uma preocupação dos profissionais com as excessivas especializações na saúde e considerando o INCA como sendo uma instituição de alta complexidade do SUS. Na percepção dos entrevistados tal configuração gera fragmentação do cuidado e o distanciamento na percepção e aceitação de determinantes sociais capazes de apontar para ações mais eficazes na prevenção e tratamento da doença. Acredita-se que o assistente social, partilhando com outros profissionais, dispõe de um ângulo de observação, pois se trata de uma “questão do olhar”, que o diferencia dos demais. Esse “olhar” tem a ver com a sua capacidade de compreender o quanto os aspectos econômicos, sociais e culturais interferem no processo saúde x doença, e, ao enunciar esses aspectos junto à equipe, disponibiliza saberes e os direciona para que o enfrentamento dessas questões ocorra por meio de um trabalho coletivo.

“Parece que os profissionais ficaram tão especializados na Oncologia que perderam a dimensão de que o adoecimento está além da questão oncológica. E, mais uma vez, procuram em nós a resposta para essa “costura”, porque somos os profissionais que têm visão integral.” (entrevistado nº 03)

Considerando que o trabalho dos assistentes sociais interfere diretamente nas relações sociais cotidianas por se destinarem ao atendimento das variadas expressões da questão social, tidas como experimentadas pelos indivíduos sociais no trabalho, na família, na luta pelos seus direitos.

As estruturas organizacionais rígidas, as disputas e a fragmentação de saberes, os limites da formação profissional, a acomodação e a falta de compromisso por parte de alguns trabalhadores da saúde com a causa pública, a desarticulação das equipes e os interesses políticos da gestão, dentre outras, são questões cotidianas que impactam no trabalho em saúde com rebatimentos significativos à prática do assistente social.

“No meu processo de trabalho identifico uma dificuldade do trabalho em equipe, pois não compreendem o real sentido de seu trabalho na saúde.” (entrevistado nº 10)

É nos espaços institucionais, mesmo minados por disputas de saber e poder, que devem ser acionadas as estratégias de resistência. Garantir a participação coletiva é uma forma de fortalecer a identidade profissional de consolidação de um projeto político comprometido com a garantia dos direitos.

“Numa estrutura de atenção em saúde fragmentada, significa que você não tem nem uma coisa nem outra, e que você vai ter, exatamente, um resultado fragmentado também. Que é o resultado da Saúde. O que a gente tem hoje? Um modelo da Saúde montado dessa forma.” (entrevistado nº04)

Uma questão presente na fala dos profissionais refere-se às relações sociais no âmbito da divisão social do trabalho emergidas nos espaços laborativos e que envolvem saberes e

poderes. Deve-se, portanto, considerar que está em jogo uma disputa política e epistemológica, um embate cotidiano que gera divergências. Esses embates são agudizados quando não há um entendimento de que existe uma diferença entre aquilo que está prescrito, como um plano a ser desenvolvido pelo sujeito através de sua atividade, e a realização dessa prescrição. Isso quer dizer que “há sempre um espaço entre aquilo que é da ordem da prescrição – um plano que é elaborado pelo próprio sujeito ou por outrem – e a realização deste plano” (SANTOS, 2000, p.66).

“Sobre o trabalho interdisciplinar no meu processo é muito difícil encontrar alguém que tenha, pelo menos, a visão de que há coisas que acontecem na gestão dos processos de trabalho que estão camufladas... Acho que estão querendo ficar no seu quadrado, fazendo só seu trabalho, a sua parte”. (entrevistado nº 10)

Trata-se de um hiato na identificação de competências entre os profissionais da equipe de saúde para a realização de determinadas tarefas que, *a priori* não compõem o rol de atribuições privativas e de suas competências, mas que são, necessariamente, demandas legítimas nos processos de trabalho na saúde. Dessa forma, percebe-se que na equipe se geram conflitos e atitudes impositivas para que determinadas ações sejam executadas por essa ou aquela categoria profissional.

“Os demais profissionais estão concentrados dentro de uma realidade que eles dominam, ou seja, seu espaço específico de saber, já os assistentes sociais tem que dominar muitas coisas, muitos processos, muitas particularidades desses processos, para poder responder a uma demanda que é geral e irrestrita, porque atende a todos.” (entrevistado nº 01)

Ao partir do entendimento de que existem formas de identidade como modos de identificação dos indivíduos na sociedade, nos remetemos à abordagem de Dubar (2006) ao afirmar que há um forte componente relacional na formação das identidades. A forma “relacional para outrem” define-se pelas interações de um sistema instituído e hierarquizado.

“Os profissionais de saúde não têm a mínima noção do que é o trabalho do assistente social.” (entrevistado nº 08)

Considera-se que o cotidiano de trabalho em saúde circunscreve espaços de dominação com base nas áreas de saberes que definem práticas alicerçadas numa lógica inversa às propostas do Movimento da Reforma Sanitária brasileira, considerando-se seu direcionamento para a democratização das práticas em saúde. Considerando esses espaços como arena de disputa, apontamos para Faleiros (2008, p. 37) ao citar que “o pensar dialético das profissões como movimento; organização, saber, regulamentação exige uma análise concreta da realidade concreta, na qual existe uma pluralidade de dimensões da ação profissional, que implica tanto a relação com as forças do capital, como a relação de poder particularizada nas

organizações, a relação com os usuários, a relação com os movimentos sociais e segmentos diferenciados das sociedades na prestação de serviços.”

“Incomoda-me a relação de poder que acontece na equipe de saúde no processo de trabalho que atuo.” (entrevistado nº 06)

Outro aspecto importante e determinante na reflexão sobre o processo de trabalho diz respeito à forma como se dão as relações de trabalho que emergem do conflito de interesses entre o capital e o trabalho. O modo como está organizado um sistema produtivo específico vai definir os padrões das relações de trabalho entre os agentes sociais que ocupam diferentes papéis em um processo de produção.

“Quando eu comecei o meu trabalho em enfermarias há muitos anos, não havia tanto esses problemas de relação profissional entre a equipe do andar, eu percebia que havia uma relação com a equipe, se conseguia trabalhar em conjunto, havia discussão em conjunto nos casos em que os pacientes demandavam acompanhantes e não tinham respaldo legal. Discutia-se, avaliava-se, não havia problemas com isso. Hoje em dia eles colocam obstáculo em tudo, inclusive na questão do acompanhante está sendo visto como um problema. E não um direito dos pacientes internados.” (entrevistado nº 09)

Identifica-se que um dos grandes desafios nas ações a serem desenvolvidas pelos profissionais de Serviço Social é justamente identificar as tensões e conflitos do sistema, o que implica no redimensionamento dessas ações, a partir da qualificação técnica e política desses profissionais.

“São pequenas coisas do cotidiano mesmo, dos próprios procedimentos. Por exemplo, declarações de comparecimento, eles entendem que só o Serviço Social pode fornecer uma declaração de comparecimento, entende? É uma coisa que não fui eu que trouxe, não foi você, é uma coisa da Instituição, ficou institucionalizado que é o Serviço Social que faz essa atividade. É isso que eu acho difícil quebrar.” (entrevistado nº 11)

Observa-se que a preocupação com a resolutividade das questões que permeiam a prática profissional dos assistentes sociais amplia as perspectivas da necessidade de aprofundamento acerca das modalidades de atenção em saúde que atendam a uma nova visão analítica sobre o processo saúde-doença, a partir do reconhecimento dos determinantes sociais neste processo, acrescida de adensamentos conceituais que deem conta de responder ao modelo de atenção à saúde proposto pelo SUS.

“O que eu já observava na instituição anterior, é que a nossa formação não nos dá muita perspectiva na questão de medir a intervenção coletiva, medir o que o outro faz, avaliar os impactos e para desenvolver melhor nosso trabalho. A gente não vai conseguir convencer ninguém pela justificativa ideológica, vai ser pela justificativa prática, da lógica gerencial.” (ntrevistado nº 03)

A inserção dos assistentes sociais no conjunto dos processos de trabalho nos serviços de saúde é mediatizada pelo reconhecimento social da profissão e por um conjunto de

necessidades que se definem e se redefinem a partir das condições históricas sob as quais a saúde pública se desenvolveu no Brasil (COSTA, 2000).

“Fiz residência na saúde. Optei pela saúde e fiz concurso para assistente social em hospital universitário na década de 1990 e a aprovação no INCA me levou à escolha desta Instituição como campo de trabalho.” (entrevistado nº 03)

Por ser uma profissão que surgiu legitimada pelo capital ela está submetida à sua dinâmica, considerando a relação de compra e venda da força de trabalho na condição de assalariamento e de todas as formas precarizadas de contrato de trabalho. Considerando-se esta abordagem, podemos dizer que o Serviço Social, como as demais profissões que surgiram sob a ordem capitalista, encontram-se submetidas às determinações e às ordens institucionalizadas, seja pelo Estado ou por ditames gerenciais, corporativos ou partidários, a que são submetidas as políticas sociais brasileiras.

“Fiz um estágio profissional pela Secretaria Estadual de Saúde posteriormente fiz uma especialização no INCA, esta experiência redundou em um contrato de trabalho privado com o qual estou há dez anos.” (entrevistado nº 01)

Na perspectiva de Iamamoto (2008, p. 219) ao remeterem-se para “a questão de pensar a análise da profissão a partir das relações de trabalho que [...] incorpora os avanços teóricos, metodológicos, éticos, políticos e técnico-operativos acumulados nas últimas décadas e simultaneamente, abre um leque de possibilidade, ainda não integralmente explorados, no sentido de afirmar, com maior rigor as possibilidades analíticas sobre o Serviço Social com as provocações e desafios enfrentados no trabalho cotidiano.”

“Sobre o contexto atual de trabalho relata que após a inserção desta chefia houve avanços do Serviço Social na instituição pelos motivos já mencionados. Contudo, percebe atualmente um retrocesso nas conquistas pelo Serviço Social no que diz respeito à prática profissional. Ações que haviam sido pactuadas com outras categorias e serviços como sendo da equipe (já não eram mais da responsabilidade exclusiva dos assistentes sociais) estão sendo devolvidas ao Serviço Social na medida em que as outras categorias profissionais negam-se a fazê-lo e encontram apoio nesta gestão”. (entrevistado nº 07)

Para Iamamoto (2001, p. 61) ao pensar o Serviço Social como trabalho tornou-se uma provocação para a análise da prática profissional, pois essa ‘prática’ (grifo do autor) é um dos elementos que constituem o processo de trabalho do assistente social. É a atividade do profissional, é o trabalho em si. “Esse ato de acionar consciente, que é o trabalho, é uma atividade que tem uma necessária dimensão ética, como atividade direcionada a fins, que tem a ver com valores, com o dever ser, envolvendo uma dimensão de conhecimento e ético-moral.”

“Aqui dentro, eu vejo coisas muito interessantes, que eu não via no X (hospital que trabalhou): a equipe, os instrumentos de trabalho, o processo de trabalho dentro do Serviço Social, eu acho fabuloso, reuniões semanais, etc.” (entrevistado nº 05)

6.1.2 Ser assistente social no INCA: a organização do processo de trabalho.

O INCA, por ser referência no cenário da oncologia, incorpora expectativas acerca da condição de vínculo público que oferece estabilidade de emprego, melhores salários e integrações de assistência, ensino, pesquisa e de prevenção. A possibilidade de desenvolvimento de uma prática mais competente, autônoma e qualificada, em consonância ao projeto da categoria e aos princípios e diretrizes do SUS foi destacada como importante para os assistentes sociais.

“O concurso do INCA foi um dos que me chamaram a atenção, primeiro por causa da questão salarial, mas pesou também o fato de também ser uma instituição de ensino e pesquisa.” (entrevistado nº 10)

Para Iamamoto (2007, p. 171-172) o exercício da profissão exige competência para propor, para negociar com a instituição os seus projetos, para defender o seu campo de trabalho, suas qualificações e atribuições profissionais. Ou seja, “aprender, no movimento da realidade, as tendências e possibilidades, ali presentes, passíveis de serem apropriadas pelo profissional, desenvolvidas e transformadas em projetos de trabalho.”

Tendo por base seu Projeto Ético-Político profissional que se relaciona visivelmente com os princípios do SUS, o profissional enfrenta muitos desafios diante da conjuntura atual para a efetivação de um trabalho voltado para a defesa dos direitos sociais dos cidadãos e na sua viabilização junto à população na perspectiva da universalização, da equidade e da justiça social.

“Eu sempre trabalhei na empresa pelo funcionário, com “autonomia relativa”, mas eu sempre fiquei de trabalhar escondido pelos funcionários, para que eles tivessem acesso aos direitos, mas que a empresa não ficasse sabendo que eu estava sendo intermediária em algumas situações.” (entrevistado nº 01)

Fica explicitada a importância da mediação do assistente social entre as demandas que resultam das condições de vulnerabilidade social a que está submetida a população usuária, e as demandas postas pela própria organização, responsável pela implementação das políticas sociais, no caso, o SUS.

Ressalte-se que o Sistema Único de Saúde (SUS), “mesmo que não tenha sido implantado na sua plenitude como garante a Constituição de 1988, como política descentralizada, com a execução de serviços, prioritariamente, pelos municípios, constitui-se,

dentro da Seguridade Social, a única política pública universal.” (BRAVO; MATOS, 2004, p.49).

“Vim de um modelo de atenção à saúde muito fragmentada. No caso de oncologia não havia um projeto de cuidado integrado e o Serviço Social, necessariamente, fazia essa costura. A idéia era que no INCA havia um projeto de cuidado coletivo e integral e não tem.” (entrevistado nº03)

Não é recente o conflito em que o assistente social se insere e que demarca os interesses polarizados entre as instituições sociais e as necessidades dos usuários. Esse espaço de tensão torna-se inevitável às profissões que atuam nas políticas sociais durante os séculos XIX e XX, por meio do reconhecimento dos direitos sociais.

“Diante da realidade que eu presenciei da Saúde, isto aqui é um paraíso. Especialmente o processo que atuo. Tem vários problemas, tem a questão mesmo da pesquisa, do ensino e da assistência, essa coisa que está totalmente dicotomizada, é um problema sério, ainda mais num instituto. Mas, ao meu modo de ver, tem uma parceria mesmo entre a equipe.” (entrevistado nº 05)

Ao se observar os aspectos que sustentaram as expectativas dos entrevistados acerca do trabalho na Instituição, considerando sua natureza e o lugar a ela determinado pela Política Nacional de Atenção Oncológica, foi constatado um importante paradoxo no que se considera ao que se destina e o que vêm priorizando em suas ações. Parte-se da idéia de que no modelo "flexível" de produção da saúde a pesquisa não tem sido uma alternativa ou mera liberalidade do profissional em escolher com ela trabalhar ou não. Por mais que ainda apresente um caráter de sazonalidade nas formas como são produzidas, geralmente atendendo a interesses imediatos dos profissionais, verifica-se um novo momento em que o assistente social é convocado a produzir sistematizações mais elaboradas, traduzindo-se em processos de análise que requerem maior disponibilidade de tempo para a percepção de novas demandas ou a identificação de tendências e possibilidades na ação das políticas públicas e sociais.

“Eu fiz concurso para o INCA porque imaginei o que sempre falavam: um Instituto. Então, o instituto tem a questão do estudo, conhecimento, da pesquisa, e isso é muito bom. E aí, fiz o concurso pensando nessa direção.” (entrevistado nº 05)

Contudo, a demanda pela assistência na relação direta com os usuários dos serviços que absorvem toda a carga horária de trabalho dos profissionais tem sido um fator de questionamento e de contradição diante do que a Instituição se propõe realizar: desenvolver estratégias e ações para o controle do câncer no país.

“A minha frustração, de quando eu cheguei aqui e que dura até hoje, está na questão do ensino, da pesquisa e da assistência não se falarem, me incomoda, a assistência consome nossa carga horária. Mas não é uma coisa que está só no INCA, é uma questão que vem de fora também. E isso gera essa fragmentação do processo de trabalho no Instituto. A assistência captura toda a mão-de-obra, como se ela fosse mágica, só que, se você ficar só na assistência, como é que vai ser? E

uma assistência que nem sequer ainda conseguimos fazer dentro de uma condição satisfatória.” (entrevistado nº 05)

O que está sinalizado na narrativa dos profissionais é a compreensão de que a definição de necessidades de saúde ultrapassa o nível do acesso a serviços e tratamentos médicos. Mais que isso, envolve aspectos éticos relacionados à vida e à saúde, direitos e deveres, ou seja, a partir da adoção dos determinantes sociais como estruturantes dos processos saúde-doença, é que se acredita que as ações dos profissionais do Serviço Social podem ter espaço no campo da saúde.

Os assistentes sociais, no intuito de fazer cumprir os compromissos assumidos realizam, ainda que conscientes dessa sobrecarga, atividades em excesso, acumulando ações de ensino na perspectiva de formar profissionais para a área, qualificar seus atendimentos e dotá-los de condições necessárias para atuar nas complexas questões que envolvem o adoecimento por câncer no país. Para que isso se efetive, identifica-se um condicionante aspecto acerca da organização dos serviços e à necessária implementação de um projeto de intervenção que sistematize condutas à luz do projeto profissional da categoria.

Para Vasconcelos (2001, p. 18) planejar, realizar levantamentos, estudos e pesquisas sobre a questão social – objeto da ação profissional – potencializando a análise e a crítica dos dados com a produção teórica acumulada sobre suas diferentes expressões para compreender a realidade trabalhada, contribuindo para a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde, subsidiando e sendo subsidiado pelos serviços de vigilância sanitária (meio ambiente), vigilância epidemiológica (prevenção ou controle das doenças e agravos) e saúde do trabalhador.

“Uma das coisas que, para mim foi surpresa, mas uma grata surpresa, por ser o primeiro lugar em que eu entrei no qual o Serviço Social já tinha um projeto. E um projeto com uma direção política, ideológica, ética, que coadunava com o acúmulo de experiência que eu tive ao longo desses praticamente quinze anos na Saúde. Isso não é algo que você encontra em qualquer lugar, porque o Serviço Social, pelo menos no HCI, ele tem uma direção. Lá no hospital de onde eu vim a gente tentou fazer isso e não conseguiu.” (entrevistado nº 12)

A inserção do assistente social nos diferentes espaços do campo da saúde visa contribuir para a formação da consciência crítica e o resgate da cidadania dos usuários dos serviços; através do desenvolvimento de uma visão crítico-reflexiva, da socialização do conhecimento e do engajamento na luta pela ampliação das políticas públicas.

A compreensão de que o trabalho na saúde deve envolver a produção de conhecimento e análise do contexto macroestrutural onde ele se insere é fundamental para o desenvolvimento de um processo de trabalho que tenha como intenção contribuir, através de

uma ação profissional comprometida, com a consolidação desta política. Contudo, neste espaço de trabalho que aponta para o caráter contraditório das práticas em saúde, considerando-se os princípios e diretrizes do SUS e o Projeto Ético-Político da profissão, evidencia-se o tensionamento que permeia a prática profissional.

A discussão acerca dos elementos constitutivos do trabalho e processos de trabalho do assistente social está, fundamentalmente, relacionada à interlocução teórica com o referencial dialético-crítico, orientador das diretrizes curriculares, do Projeto Ético-Político e da formação profissional, a partir da década de 90 do século XX. Esta perspectiva teórica fundamentou a compreensão da inserção do assistente social na divisão social e técnica do trabalho como especialização do trabalho coletivo, a identificação das manifestações da questão social como o objeto de intervenção profissional, o reconhecimento da prática profissional como forma de trabalho e partícipe dos processos de trabalho.

No âmbito da saúde, tendo em vista a operacionalização do trabalho e a efetivação do Projeto Ético-Político profissional, o assistente social desenvolve seus processos de trabalho mediando o acesso e a garantia das condições necessárias ao alcance da saúde individual e coletiva, bem como aos bens e serviços indispensáveis para a sua materialização e dos demais direitos sociais. A saúde emerge como direito universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação, com responsabilidade atribuída ao Estado e devendo ser garantida mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos (BRASIL, 2006).

“A forma organizativa do trabalho do processo que atua, no momento, prioriza determinadas ações que limitam a visão do todo, do coletivo da demanda institucional.” (entrevistado nº 01)

Um desafio da profissão é romper com a prática caracterizada pelo fatalismo, vinculada ao modo de produção capitalista e, portanto, sem viabilidade emancipatória ou da garantia de direitos, e com a prática messiânica, na qual os profissionais acreditam que o Serviço Social tem o poder de solucionar os grandes conflitos sociais. O outro desafio é participar de um empreendimento coletivo, que permita, de fato, trazer para o centro do debate o exercício e/ou trabalho cotidiano do assistente social. A análise das relações de trabalho e as diferentes formas de impactar a vida dos trabalhadores pressupõem considerar o espaço social e político em que se realizam: “a organização do processo de trabalho, a elaboração das políticas administrativo-organizacionais e a prática cotidiana dos agentes sociais em relação” (FISCHER, 1987, p.20).

“Se a gente tivesse um profissional para cada clínica (especialidade médica) poderia trabalhar o todo (em suas demandas) de cada clínica, mas tendo a possibilidade do coletivo.” (entrevistado 01)

Contudo, ao compreendermos as mudanças no mundo do trabalho causadas pela reestruturação produtiva, sob a qual ocorreu uma subproletarização do mesmo, decorrência das formas diversas de trabalho parcial, precário, terceirizado, subcontratado, vinculado à economia informal, ao setor de serviços, etc. Houve uma heterogeneização, complexificação e fragmentação do trabalho.

“Todo o tempo em que se está só no trabalho, se trabalha, se trabalha..., não se pode pensar muito, refletir muito no que está acontecendo em torno dele.” (entrevistado nº14)

Portanto, ao aprofundar a compreensão acerca da organização dos processos de trabalho em saúde na qual o Serviço Social se insere, podemos considerar que as relações de trabalho, independentemente da complexidade de cada situação ou da peculiaridade assumida, “são determinadas pelas características das relações sociais, econômicas e políticas da sociedade abrangente” (FISCHER 1987, p.19).

“Nosso processo de trabalho nos imputa uma angústia de ter sempre que estar passando um otimismo, uma credibilidade sabendo que está tudo parado, que a pessoa não vai ter o acesso ao tratamento como deveria.” (entrevistado nº01)

O profissional sofre no seu dia a dia as tensões de ser um trabalhador que se encontra submetido e controlado pelo seu empregador. No caso dos assistentes sociais o empregador majoritariamente é o Estado, assim como as demandas advindas de seus usuários em relação aos direitos. Iamamoto (2008) enfatiza que nesse sentido a prática profissional do assistente social é mediada por determinações históricas, que não dependem de seu fazer, impondo limites para que este consiga efetivar seu Projeto Ético-Político profissional cotidiano.

No cotidiano de trabalho se evidenciam os embates decorrentes da forma de pensar e operacionalizar as ações em saúde, tendo em vista as diferentes direções político-ideológicas e técnico-operativas na formação dos profissionais da saúde. Há de se considerar a presença ainda marcante do modelo médico hegemônico que direciona suas ações para as atividades da clínica médica curativa individual, o que acaba por secundarizar e desqualificar as ações e atividades profissionais que não se constituem objeto de práticas privilegiadas por este modelo assistencial (BRAVO; MATOS, 2004).

”A gente não pode deixar de considerar, no dia a dia, nesses embates, que a nossa formação é diferenciada. É claro, a gente tem uma formação crítica, mas é legal quando um colega tem capacidade, pelo menos, de compreender no que a gente está falando, de ver, de enxergar o problema de outra forma, de ver que pode ser outra coisa diferente do que ele acha e determina que seja feito.” (entrevistado nº 10)

Tomamos como indicativo o que apontam Matos (2003) e Bravo; Matos (2004) de que cabe ao Serviço Social, articulado a outros segmentos sociais, a defesa do Sistema Único de Saúde (SUS) na formulação de estratégias que busquem reforçar ou criar experiências nos serviços de saúde que efetivem o direito social à saúde. Atenta-se, assim, que o trabalho do assistente social que queira ter como norte o Projeto Ético-Político profissional tem que, necessariamente, estar articulado ao projeto da Reforma Sanitária.

É necessário entender o compromisso ético-político dos profissionais, mas, sobretudo que estes estão inseridos nas condições particulares das relações de trabalho que traduzem o antagonismo entre capital e trabalho.

“Porque imagina você, com dois dilemas, o dilema de profissional, de estar atendendo, você não consegue encaminhar o que você deveria sabendo que, por direito, tem várias coisas a conseguir, mas, de fato, não consegue, e, quando consegue, são políticas precarizadas (como o bolsa-família, que a gente sabe que é ridículo, é um assistencialismo), e você se sente frustrado. E aí, não você não consegue gerar, de fato, nenhuma melhoria de vida naquela família. Nem autonomia. Nem condição de cidadãos naquela família.” (entrevistado nº 05)

O Serviço Social, como profissão legitimada para atuar na saúde, tem como espaço de atuação uma arena contraditória que determina o seu lugar na divisão social e técnica do trabalho e direciona suas ações em saúde com visíveis rebatimentos para o enfrentamento das expressões da questão social que por natureza, se constitui em seu objeto de trabalho. Tais ações tangenciam um limiar que pode servir tanto ao capital, como ao trabalhador, mas que não isenta os assistentes sociais de estarem cotidianamente em estado de permanente tensão e conflito.

Ao considerarmos as condições reais para a efetivação do exercício profissional nos deparamos com diferentes formas e oportunidades de experienciá-la, condicionantes e definidoras das nossas expectativas e perspectivas profissionais. Sobre essas questões buscaremos identificar como os assistentes sociais se expressaram neste estudo.

6.2 EXERCÍCIO PROFISSIONAL: PERSPECTIVAS ANTERIORES E EXPECTATIVAS ATUAIS DOS ASSISTENTES SOCIAIS

Ao confrontarmos as falas dos assistentes sociais acerca de suas expectativas no momento da chegada ao HCI/INCA e suas perspectivas atuais, foram observadas mudanças, por vezes radicais, sobre o trabalho desenvolvido, considerando-se suas experiências profissionais na Instituição. Consideram-se como elementos de análise as categorias aqui trabalhadas. Nelas apontamos para os diferentes aspectos que envolveram a inserção desses profissionais nos processos de trabalho em saúde, considerando as reais condições macroestruturais que permearam as possibilidades e os limites para o exercício profissional.

“Aqui eu seria livre para estar acolhendo o paciente, poder atendê-lo no seu todo, dentro de uma perspectiva de inclusão.” (entrevistado 01)

“Minha dificuldade está na angústia de ter sempre que estar passando otimismo, credibilidade, e sabendo que está tudo parado (os atendimentos) e sabendo que os usuários não vão ter acesso ao tratamento como deveriam.” (entrevistado 01)

Aponta-se para a atual organização do sistema de saúde, ao tempo em que atende algumas reivindicações históricas do movimento sanitário, de que são exemplos a universalização, a descentralização e a incorporação dos mecanismos de controle social e participação social da comunidade, ainda não supera algumas contradições existentes, dentre as quais constam a demanda reprimida/exclusão, a precariedade dos recursos, a questão da quantidade e da qualidade da atenção, a burocratização e a ênfase na assistência médica curativa individual que repercutem diretamente no trabalho dos assistentes sociais.

“Mesmo que eu fique no INCA não quero continuar nessa situação de ameaça. Se eu pudesse, já teria pedido a demissão.” (entrevistador nº01)

“Minha proposta de vida agora é arrumar um outro vínculo, onde eu possa ter a minha estabilidade.” (entrevistado 01)

Diante das multiplicidades de formas de ingresso no serviço público (coabitam vínculos públicos e privados nas equipes de saúde), apontam para a precarização do trabalho, que marca o cenário contemporâneo (ANTUNES, 2005).

“Vim para a equipe substituir um profissional em caráter temporário, depois fui contratada pela Fundação. Acreditei que aqui faria minha carreira, pois foi o meu campo de estágio na graduação e onde me especializei.” (entrevistado nº 09)

“Minha expectativa em relação a vínculo de trabalho é uma inconstante, eu não tenho certeza do que vai acontecer. Eu só sei que hoje estou aqui e amanhã posso chegar e ter a notícia que não estarei mais. Isso é ruim. Com relação ao trabalho tentar levar da melhor maneira possível esses conflitos.” (entrevistado nº09)

O relato que se segue deixa evidente a necessidade de se ter no contexto da equipe multiprofissional de atenção à saúde o profissional do Serviço Social, na medida que este tem, nas expressões da questão social, a base de sua fundação enquanto especialização do trabalho.

“Minha expectativa depois que eu entrei no campo era sempre de crescimento, de conhecer um pouquinho dessa questão da saúde. A gente fala em saúde, mas é tanta coisa que está aí dentro. Oncologia é uma delas.” (entrevistado nº 02)

“Desejo de fazer com que aconteça outra forma de gestão do cuidado em saúde. Espaços onde se possam discutir algumas questões e assim aumentar a possibilidade de aproximação dos conhecimentos de outros profissionais da equipe de saúde.” (entrevistado nº 02)

Em um movimento dialético, o capital vai se apropriando de um saber produzido no trabalho, mas, por outro lado, também o trabalhador pode se apropriar dele. A formação do profissional está relacionada com o novo, com algo diferente que esse produz e que vai além da prescrição. Para que se possa fazer jus ao compromisso firmado no Código de Ética profissional, com a qualidade dos serviços prestados à população e com o aprimoramento intelectual na perspectiva da competência profissional.

“Exercer a profissão com mais legitimidade e trabalhar em equipe.” (entrevistado nº 04)

“Acho que estamos vivendo uma crise na profissão talvez porque esteja mais fácil de entrar no curso, hoje existe, inclusive, curso a distância, há uma exigência menor de carga horária, o custo é mais baixo, não sei... Mas o que eu estou tentando dizer é que eu acho que estamos no meio de uma crise profissional.” (entrevistado nº 04)

Identifica-se que, diante das tensões e dos conflitos vivenciados no cotidiano de trabalho na saúde, busca-se incorporar ações de qualificação para o fazer profissional como estratégia de enfrentamento e crescimento pessoal e profissional.

“Lidar com o sofrimento do outro e ter isso no nosso dia a dia é pesado (eu sabia que seria pesado), mas a gente pode fazer tanto bem a partir disso, em nível de ensinamento para a vida, de crescimento pessoal, de amadurecimento, e agir de forma diferente de se qualificar para isso.” (entrevistado nº10)

“Eu tenho um projeto de estudos, eu pretendo, assim que eu puder fazer um doutorado, de repente, uma pós em Saúde, ou alguma coisa assim, algo que me ajude a me inteirar de coisas que eu sei, mas talvez até deixe a desejar, porque a gente aprende uma coisa e, daqui a pouco, acaba esquecendo... É no dia a dia que você vai fixar o que você sabe. Então, eu venho com o desejo de produzir.” (entrevistado nº10)

Esse entendimento atribui ao assistente social o desafio de desvendar e de identificar as necessidades dos gestores do sistema de saúde ou das instituições que os contratam e dos usuários de seus serviços, através da problematização dos interesses que estão por trás dessas demandas.

“Buscava se desenvolver atribuições específicas do assistente social na área da saúde, pois na minha experiência anterior era demandada ações mais generalistas.” (entrevistado nº03)

“Pois é. As mesmas questões que eu encontrava lá, eu encontrei aqui.” (entrevistado nº03)

Para a reflexão crítica sobre o SUS, deve-se considerar a sua amplitude, a sua complexidade e os diferentes resultados obtidos, que dependem do modo de gestão e dos interesses em sua efetivação.

“Como eu venho de uma formação, eu digo para você assim, se a gente se preocupa com a atenção, com o cuidado, com a integralidade, eu acho que a prática do Serviço Social, o exercício profissional, para mim, está para além, apenas, da inserção em políticas sociais públicas, entendeu? Eu acho que isso é uma parte do nosso processo de trabalho.” (entrevistado nº 12)

“Há um foco de conflitos profissionais, eu não tenho dúvidas quanto a isso. Porque, na verdade, a gente não consegue dar conta. Eu costumo dizer que essa direção do meu trabalho está tão presente em mim, que, para mim, o que está errado é essa engrenagem institucional. Eu aprendi a lidar muito bem com isso, porque eu digo que o problema não é o que eu faço (eu acho que é assim que eu tenho que fazer mesmo), só que a questão toda está na demanda, ou seja, na percepção dela.” (entrevistado nº 12)

Neste sentido, a complexidade da dinâmica do real requer do profissional uma visão crítica que lhe possibilite observar e compreender a totalidade, que não só rebate, mas limita a sua ação profissional na área. É fato que a saúde deve ser tratada como resultado das condições de vida e trabalho e o usuário como sujeito de direito. Isto é algo que exige que se pense no conjunto das determinações sociais, nas necessidades reais do usuário atendido e nas condições concretas de atendê-los e que coloca aos assistentes sociais o desafio da luta contra a desigualdade, fortalecendo a dimensão redistributiva da Seguridade Social, a intersectorização das políticas sociais e a distribuição de riqueza social.

6.2.1. Prática profissional: limites e possibilidades para acomodação e superação

A consciência crítico-reflexiva, pertinente aos profissionais, tem permitido a construção de estratégias para a superação de obstáculos. Reconhece-se que tais dificuldades fazem parte de uma realidade sócio-histórica, das relações de poder e saber das dinâmicas organizacionais, das contradições.

“A gente está dentro de uma “caixa”. A gente entra na “caixa” e fica até terminar o expediente. A gente se isola até dos nossos pares, ficamos num quadrado. Não temos mais troca... O que eu temo aqui é essa questão do isolamento. Como você vai ficar fazendo uma coisa que a própria instituição não te legitima?” (entrevistado nº 14)

Considera-se que o escopo do trabalho do assistente social para a Política de Saúde Pública é determinado tanto pela concepção de saúde prevalecente no SUS, como pelas condições objetivas da população usuária dos serviços. Nesse sentido, no decorrer da história da organização do trabalho coletivo em saúde, vem se ampliando o espaço dos assistentes sociais no interior do processo de trabalho em saúde.

“Quero estar cada vez mais atento ao que a equipe está pensando sobre os nossos processos de trabalho e o que a gente vai fazer para coaduná-los ao nosso projeto profissional, ou seja, tudo o que a gente, durante esse tempo todo construiu, foi pensando no nosso projeto profissional, no usuário, o melhor atendimento, em como nós vamos fazer para garantir isso.” (entrevistado nº14)

Mais do que identificar os instrumentos e os meios de trabalhar, os assistentes sociais devem refletir criticamente sobre a forma como os utilizam, com qual intenção e propósito viabilizam os direitos, o acesso, as informações, a participação, que correspondem ao resultado da ação profissional. Na percepção de Yamamoto (2002, p. 25) “as condições e relações de trabalho em que se inscreve o assistente social articulam um conjunto de mediações que interferem no processamento da ação e nos resultados individual e coletivamente projetados”.

“Tenho buscado ajustar às novas demandas e formas do trabalho atual, mas está muito complicado e difícil. Os novos assistentes sociais irão aos poucos atuar com maior segurança.” (entrevistado nº 07)

Compreendendo o trabalho como um princípio educativo, acredita-se que o mesmo permite concretamente aos assistentes sociais a compreensão do significado das múltiplas expressões da questão social. A forma de organização de um corpo profissional pressupõe estratégias para superação das dificuldades acerca da dinâmica do processo de trabalho e da consolidação do Projeto Ético-Político.

“Não me sinto ainda tão bem à vontade de falar (na verdade, estou num processo de observar as coisas acontecerem e não me remeter às experiências anteriores, porque, na verdade, a gente acaba ficando meio num turbilhão), mas o que eu percebo é também uma preocupação muito grande com metas e precisamos ficar mais atentos para saber lidar com isso.” (entrevistado nº 06)

Pode-se identificar a necessidade de reflexão sobre valor de troca e valor de uso para evidenciar, aqui, a idéia de que o trabalho, como experiência social, não é somente valor de troca, mas é também valor de uso; ele não é somente momento de exploração e de dominação, mas é também momento de formação e de partilha de um trabalho, social e historicamente legitimado.

O saber que é construído no mundo do trabalho, em espaço-tempo específico, no exercício de uma ocupação profissional, com o passar do tempo vai se revelando como um novo saber, podendo modificar, inclusive, o “saber trabalhar”.

“O câncer, hoje, é alvo de diversas pesquisas. Eu acho que esse é o foco, esse é o mote: você procurar trabalhar questões a curto e médio prazo, para que, em longo prazo, você invista em projetos de pesquisa, de uma nova forma de gestão do trabalho.” (entrevistado nº11)

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo, ao discutir acerca dos processos de trabalho dos assistentes sociais no Hospital de Câncer I identificou algumas questões relacionadas ao contexto social da sociedade contemporânea que se constituem como desafios ao exercício do projeto profissional desta categoria profissional.

As particularidades do trabalho destes profissionais refletem a questão do câncer como atrelada à questão social no Brasil e rebatem no seu cotidiano de trabalho. Neste contexto, a configuração e a dinâmica de seus processos de trabalho são permeadas pelas diferentes expressões decorrentes da exploração do capital sobre o trabalho.

A emergência do Serviço Social lhe inferiu um papel muito claro e o instrumental na ordem do capital e podemos considerar que a categoria continua sendo solicitada para desempenhar funções desta natureza, mesmo que formalizadas em parâmetros transformistas.

Considerando as questões norteadoras do estudo pelas quais se buscou compreender as condições objetivas do exercício profissional dos assistentes sociais, considerando o trabalho coletivo neste campo da saúde, é importante identificá-lo como espaço de contradições em que se sustenta à sobreposição do capital sobre o trabalho, sob o ideário neoliberal. Tal contexto suscita que a prática profissional destes profissionais se desenvolva numa busca incessante para encontrar estratégias de enfrentamento dos antagonismos desta relação acirrando assim as tensões e os conflitos nas relações cotidianas de trabalho.

Negar a análise e as contradições presentes no espaço institucional compromete o exercício profissional, pois dificulta a possibilidade do próprio reconhecimento da organização como espaço de superação, de construção de respostas profissionais concretas. Sob esta perspectiva, ficam visíveis as dificuldades enfrentadas pelos profissionais em articular o projeto profissional da categoria e o projeto institucional, considerando o modelo de organização das práticas em saúde e onde realizam suas atividades.

Desta análise, decorre o exercício profissional cujo caminho e direcionamento pode ser o de assumir o objeto construído pela organização como sendo o dele, como pode ser construído a partir das determinações decorrentes da correlação de forças entre conjuntura, contexto institucional, demandas do usuário, demandas organizacionais e o Projeto Ético-Político construído pelos profissionais.

Desta forma, observam-se ações que refletem as alternâncias entre o caráter messiânico das práticas profissionais, numa perspectiva conservadora da profissão ao se apropriarem de todas as requisições institucionais e acreditar poder delas dar conta e delas se

apropriarem. Ressaltam-se as ações desenvolvidas nos processos de trabalho do Serviço Social que buscam auxiliar a prática médica curativa, individual, especializada e sofisticada e que são mediadas prioritariamente por tecnologias em detrimento das ações de saúde pública de interesse público. Tais ações colocam os assistentes sociais em constante estado de isolamento profissional, reproduzindo práticas biomédicas como sendo um conflito de identidade profissional e necessária para um reconhecimento pela equipe de saúde.

Nesta perspectiva, pontuamos como emblemática a abordagem sob a qual os assistentes sociais revelam se sentem isolados, fragmentados, estando “cada um em seu quadrado”. Observa-se por outro lado as estratégias de incorporação de ações que atendam as demandas legítimas para o Serviço Social, conjugando a utilização dos arcabouços teórico-metodológicos e técnico-operativos que balizam o projeto profissional da categoria.

Como nos referimos anteriormente, estas relações de trabalho são contraditórias, por vezes ambíguas e podem ser compreendidas a partir do materialismo histórico-dialético. Sendo assim, ressalta-se o trabalho da equipe que promove ações coletivas envolvendo os usuários numa perspectiva de se efetivar a educação em saúde e de socializar informações capazes de inseri-los nas políticas sociais, no cumprimento de seus direitos legalmente constituídos.

As possibilidades acima mencionadas encontram sustentação na fala de Yamamoto (2008, p. 26) ao dizer que o enfrentamento teórico-prático de forma crítica e com competência “requer que os fenômenos e processos sociais sejam re-traduzidos na esfera do pensamento, que procura apreendê-los nas suas múltiplas relações e determinações, isto é, em seu processo de constituição e de transformação, pleno de contradições e mediações em sua totalidade.”

Ao se considerar com tal contexto se observa que os processos de trabalho em saúde vivenciados pelos assistentes sociais decorrem das mudanças estruturais advindas das transformações sócio-históricas, nas relações entre o Estado e a sociedade, submetida à ordem financeira do grande capital. Esta configuração societária incide diretamente sobre o ser e o fazer profissional, altera a demanda do assistente social, seus processos de trabalho e as condições como eles se realizam. Considera-se em sua particularidade que estes profissionais não detêm todos os meios necessários para a efetivação de seu trabalho apesar de ser uma profissão regulamentada como profissão liberal. Fica claro também, que a adequação do trabalho social às exigências previamente estabelecidas pelos gestores dos projetos sociais é uma realidade e nem sempre o assistente social tem autonomia para interferir na questão.

Estas questões apontam para um importante nível de insatisfação dos assistentes sociais cujo cotidiano de trabalho os colocam em constante estado de mediação entre as

necessidades dos usuários e a oferta dos serviços na Instituição, diante dos antagonismos presentes nesta relação.

Necessidades estas que, muitas vezes, não são supridas também pelo assistente social, dados os limites macro-estruturais, a imposição de metas produtivistas, a realização de ações não privativas da categoria, a desorganização do fluxo de atendimento institucional levando a multiplicidade das demandas ao setor. Neste aspecto é apontado o grande volume de trabalho, não somente para atender as demandas dos usuários, mas as advindas da equipe de saúde e da gestão institucional e, contraditoriamente, pela necessidade expressa da equipe estar presente em todos os processos institucionais, mesmo diante de um número reduzido de profissionais na equipe.

Ressaltamos, na fala dos profissionais, um descontentamento no desenvolvimento de ações estritamente executoras e com sobrecarga de demandas. Contudo, em meio aos processos de organização de suas práticas o Serviço Social toma para si tais demandas, que por vezes, fogem de suas atribuições privativas e por isso reduz objetivamente as possibilidades de tempo para realizar ações de pesquisa, ensino e outras que visem qualificá-las.

Assim, é possível identificar nesta questão alguns aspectos de como são as estratégias para mediar os conflitos, junto à equipe de saúde, quando imputam determinadas demandas ao Serviço Social por entender serem estas de sua exclusiva responsabilidade, considerando a sua legitimidade histórica ou, na busca de encontrar respostas diante da correlação de forças face ao seu lugar, socialmente determinado no espaço sócio-organizacional, identificado pela sobreposição de saberes e poderes sob a égide do modelo biomédico da saúde no país.

Associa-se a esta conjuntura a multiplicidade de formas de ingressos no serviço público, onde foram identificados vínculos do Ministério da Saúde e privado através de contrato com a Fundação do Câncer, levando à precarização do trabalho e das relações de trabalho, tendo em vista a tensão entre os profissionais que desenvolvem o mesmo trabalho e tendo carga horária e níveis de responsabilidade iguais, mas com uma remuneração diferenciada.

Considerando-se que um dos pressupostos do estudo foi identificar em que medida os assistentes sociais podiam identificar as formas metamorfoseadas da acumulação capitalista no campo da saúde, estando ele inserido na divisão social e técnica do trabalho e considerando as peculiaridades da organização do trabalho no INCA, ressaltamos, na fala dos entrevistados, que o contexto da política de saúde, como as demais políticas sociais brasileiras, circunscreve-se sob a égide do ideário neoliberal. Nesta conjuntura são

identificadas no estudo inúmeras questões que determinam e atravessam o fazer destes profissionais, dentre as quais se destacam: a dificuldade de acesso do usuário ao sistema (que aponta para um descompasso operativo entre oferta e demanda); o caráter de seletividade da atenção; a focalização das ações em detrimento do caráter coletivo das demandas; o financiamento com perda de recursos; a baixa capacidade para operar e efetivar o SUS como constituído, gerando a ineficácia dos programas existentes.

Apontamos para a preocupação dos assistentes sociais com a direção do cuidado compreendida como fragmentada e particularizada. Nesta perspectiva, nega-se o caráter coletivo das demandas, a necessidade de sua integralidade e, com isso, prioriza-se uma excessiva especialização centrada nas especialidades médicas e que, diante de visões diferentes originárias da formação profissional, geram no cotidiano de trabalho em saúde situações de confrontos e tensionamentos quando estes são chamados ao envolvimento no contexto de vida dos usuários, como se fosse uma questão à margem do processo de adoecimento.

Sobre o pressuposto que aponta para as estratégias destes trabalhadores vislumbrarem possibilidades e limites para o exercício profissional, consideramos que os mesmos sustentam a compreensão acerca de suas práticas buscando problematizá-las à luz do Projeto Ético-Político da profissão.

Neste aspecto, apontamos para uma questão central que por vezes consubstancia os conflitos identificados em sua narrativa. Referimo-nos à grande dicotomia vivenciada pelos profissionais do Serviço Social, que de forma geral e hegemônica fazem frente aos efeitos da acumulação de riquezas e suas consequências na sociedade através da exclusão e do cerceamento de direitos sociais. Estes profissionais, além de lutar pela efetivação do projeto e, por este meio, buscar o enfrentamento para as expressões da questão social neste campo de atuação, vivenciam todas as mazelas provenientes da condição de trabalhadores inseridos na divisão social e técnica do mundo do trabalho.

Tais conflitos colocam os assistentes sociais numa busca constante de organizarem seus processos de trabalho ao considerarem as múltiplas formas de invenção e reinvenção das práticas. Busca-se, tanto aprender e apreender as várias expressões que assumem na atualidade as desigualdades sociais, quanto projetar e forjar formas de resistência e de defesa da vida.

A apropriação de uma prática reflexiva se mostra intimamente associada à possibilidade de qualificação profissional, seja através da pesquisa e/ou do ensino. Tais ações apontam para a perspectiva de encontrar indicadores sociais que possam melhor responder as

demandas coletivas no adoecimento por câncer. Contudo, ainda se observa que o fazer profissional do assistente social é permeado por dicotomias históricas entre o saber e o fazer. No contexto atual de ampliação da produtividade, o fazer profissional tende para as ações assistenciais considerando, dialeticamente, o movimento de inserção dos assistentes sociais na divisão social e técnica do trabalho.

Sendo assim, decifrar as expressões da questão social neste campo de atuação é também demonstrar as particulares formas de luta, de resistência material e simbólica acionadas pelos indivíduos sociais. Acredita-se que nesta perspectiva o desenvolvimento do trabalho dos profissionais de saúde, no âmbito das relações sociais cotidianas caminhará com maior efetividade na perspectiva de uma política de saúde consoante aos princípios e diretrizes do SUS.

Mesmo diante da incorporação dos avanços teóricos, metodológicos, éticos, políticos e técnico-operativos acumulados nas últimas décadas, com os quais a profissão buscou romper com a sua tradição conservadora, a inserção do assistente social no mercado de trabalho o coloca na condição de vendedor de sua força de trabalho, estando ele sujeito a todas as refrações da questão social que atingem diretamente a classe trabalhadora.

Portanto, ao apontarem veementemente para o estado de constantes conflitos e por vezes insatisfações, seja no âmbito da inserção e estruturação do seu processo de trabalho, seja pela baixa perspectiva de minimizar o tempo de execução em favor de um tempo para qualificação do exercício profissional, os profissionais chamam a atenção para o caráter essencialmente político que surge das próprias relações de poder presentes na sociedade e que se polariza como estratégia de classe no conjunto da sociedade.

A expectativa por formação e capacitação profissional, reveladas pelos assistentes sociais os colocam diante de uma postura desafiadora, na perspectiva de capacitar suas práticas para o desenvolvimento do exercício profissional consoante aos seus princípios e buscando a ela dar visibilidade diante dos demais profissionais e, sobretudo, dos usuários dos serviços.

Esta capacitação revela também um compromisso ético-político que faz avançar a sistematização das ações e a construção de conhecimentos e o processo de organização das práticas profissionais. Se queremos qualificar a intervenção, temos de fortalecer a produção teórica do conhecimento em Serviço Social, pela mediação da pesquisa, condição indispensável para subsidiar a construção de saberes comprometidos com a qualidade do exercício profissional.

A busca por melhores condições e meios de trabalho, de maior autonomia e recursos para o atendimento das necessidades imediatas dos usuários da saúde demanda destes profissionais ações que buscam compreender o movimento da realidade para captar nela a possibilidade de ação. Neste sentido, para atuar em uma área onde se identifica elevado grau de conflitos, faz-se necessário que os profissionais ampliem o nível de compreensão sobre os determinantes sociais, históricos, econômicos, políticos e culturais das expressões da questão social não só na saúde, mas no meio social.

Confrontar-se com a visão hegemonicamente biologicista na área da saúde abre possibilidades para que estes trabalhadores desenvolvam estudos acerca dos aspectos sociais, econômicos, culturais, espirituais e, sobretudo, subjetivos do processo de adoecimento no contexto da saúde coletiva. Tal abertura passa necessariamente pelo reconhecimento da atuação dos assistentes sociais em meio às relações sociais e o contexto de vida dos usuários, significando um importante processo para melhor adequação da organização dos processos de trabalho nesta área.

Neste aspecto, a clara definição por parte destes profissionais acerca da necessidade de se compreender os limites e os desafios postos na realidade do trabalho, abre um leque de possibilidades, não somente para se antecipar as ações necessárias que visem os interesses e necessidades da classe trabalhadora, que compõe o conjunto da população usuária do SUS, mas, também, na perspectiva dos próprios trabalhadores da saúde de se oportunizarem melhores condições de se realizar um trabalho crítico/propositivo, enquanto práticas socialmente constituídas, atentos para as “armadilhas” que lhes são colocadas, e cujo risco está na despolitização das relações sociais.

Nesta perspectiva é possível que os profissionais compreendam os limites e as possibilidades do fazer profissional acreditando, ainda, estarem em processo de descoberta de ações mais efetivas e que também possam atender as suas próprias subjetividades, expressas no desejo de realização profissional e pessoal.

Ao se sustentar a premissa de que o Serviço Social é exclusivamente uma “profissão voltada à intervenção no social” acreditamos que ela estará fadada a criar um profissional que, aparentemente sabe fazer, mas não consegue explicar as razões, o conteúdo, a direção social e os efeitos de seu trabalho na sociedade.

O que se propõe como indicativo do estudo está nas efetivas oportunidades de ações voltadas para a formação e a qualificação profissional. Questiona-se, portanto, que, sendo o INCA uma instituição de ensino, pesquisa e assistência, por que a formação dos profissionais não se dá como parte constituinte do processo de trabalho do Serviço Social? Entendendo que

grande parte dos trabalhadores desta instituição está integralmente mergulhada nas ações assistenciais executoras. Seria necessário, portanto, um resgate do debate marxiano sobre a divisão entre trabalho manual e trabalho intelectual na qual se aponta para a sua clássica separação. Deixamos aqui uma importante temática para novos estudos.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, N. L. T. Considerações para o exame do processo de trabalho do Serviço Social. **Serviço Social & Sociedade**. São Paulo: Cortez, n.52,dez 1996.
- ALVES-MAZZOTI, A.J.; GEWANDSZNAJDER, F. **O método nas ciências naturais e sociais**: pesquisa quantitativa e qualitativa. São Paulo: Pioneira, 2000.
- ANTUNES, R. **Adeus ao trabalho**: ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. São Paulo: Cortez, 1995.
- _____. **Os sentidos do trabalho**: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho. 8ª reimpressão. São Paulo: Boitempo Editorial, 2006.
- _____. **O caracol e sua Concha**: ensaios sobre a nova morfologia do trabalho. São Paulo: Boitempo, 2005.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Persona, 1977.
- BARROCO, L. **Ontologia social e reflexão ética**. 1996. Tese (Doutorado em Serviço Social) Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo, 1996.
- BATTINI, O. **Fundamentos teórico-metodológicos do Serviço Social na contemporaneidade**. Palestra ministrada para os alunos do Mestrado em Serviço Social e Política Social, 2008, mimeo.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- CFESS. Conselho Federal de Serviço Social. **Lei Regulamentação da Profissão de Serviço Social**. nº 8.662. Brasília, 1993.
- _____. **Código de Ética Profissional dos Assistentes Sociais**. Brasília, 1993.
- _____. Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde. Série: **Trabalho e Projeto Profissional nas Políticas Sociais**, nº 2. Brasília, 2010.
- BRAVO, 1999; BRAVO, M. S. A política de saúde na década de 90: projetos em disputa. Superando Desafios - **Cadernos do Serviço Social do Hospital Universitário Pedro Ernesto**. Vol. 4. Rio de Janeiro, UERJ /HUPE, 1999.
- BRAVO, M. I. S.; MATOS, M. C. Reforma Sanitária e o Projeto Ético-Político do Serviço Social: elementos para o debate. In: **Saúde e Serviço Social**. VASCONCELOS, A., M. (Orgs). São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2004.
- CATTANI, A. D. **Processo de trabalho e novas tecnologias**. Porto Alegre: Ed. da Universidade – UFRGS, 1995. p. 13-19.

CHIACHIO, N. B. **Caráter público da gestão governamental com organizações sem fins lucrativos**. 2006. Dissertação (Mestrado em Serviço Social), 2006. FALTA INSTITUIÇÃO

CORREIA, J. A. Formação e trabalho: contributos para uma transformação dos modos de pensar na sua articulação. In: CANÁRIO, RUI (org.). **Formação e situações de trabalho**. Porto: Porto Editora, 2003, p.13-41.

COSTA, M., D. H. O trabalho nos serviços de saúde e a inserção do assistente social. In: **Revista Serviço Social & Sociedade**, número 62, ano XX. São Paulo: Cortez: 2000.

DEMO P. **Formação Permanente e Tecnologias Educacionais**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2006.

DINIZ, T. R. G. O Estudo de Caso: Suas Implicações Metodológicas na Pesquisa em Serviço Social. **Cadernos do Núcleo de Estudos e Pesquisa Sobre Identidade**. São Paulo: Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Maio, 1994.

DUBAR, Claude. **A crise das identidades**: interpretação de uma mutação. Tradução Catarina Matos. Porto: Afrontamento, 2006.

FALEIROS, V. P. **Metodologia e ideologia do trabalho social**. 2ª ed. São Paulo: Cortez, 1981.

_____. **Saber profissional e poder institucional**. São Paulo: Cortez, 1987.

_____. O Serviço Social no mundo contemporâneo. In: FREIRE, Lucia.Maria.de B; FREIRE Silene de Moraes; CASTRO A. T. B. (orgs.). **“Serviço Social, política social e trabalho: desafios e perspectivas para o século XXI.”**2ºed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2008.

FISCHER, R. M.; FLEURY, M. T. (coord.). **Processo e Relações do Trabalho no Brasil**. 2ª ed. São Paulo: Atlas, 1987.

GRANEMANN, S. Processos de Trabalho e Serviço Social I. In: **Capacitação em Serviço Social e Políticas Sociais: Módulo 2: Reprodução Social, trabalho e Serviço Social** - CEAD, Brasília, 1999.

GUERRA, Y. Instrumentalidade do processo de trabalho e serviço social. In **Serviço Social & Sociedade**. São Paulo: Cortez, n. 62, 2000.

_____. A propósito da instrumentalidade do Serviço Social. In. **Debates Sociais**. Rio de Janeiro: n. 63 e 64, CBCISS; ICSW, 2004.

HARVEY, D. **Condição pós-moderna**. 6ª ed. São Paulo: Loyola, 1996.

IAMAMOTO, M. V.; CARVALHO, R. **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil** - esboço de uma interpretação histórico-metodológica. 3ª edição. São Paulo: Cortez Editora, 1985.

IAMAMOTO, M. V. O Serviço Social na Contemporaneidade: dimensões históricas, teóricas e ético-políticas. **Coleção Debate** nº 6. Fortaleza, Expressão gráfica e Editora, dez. 1997.

_____. **O Serviço social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional.** 5ª Ed. São Paulo: Cortez, 2001.

_____. Projeto Profissional, espaços ocupacionais e trabalho do (a) assistente Social na atualidade. **Atribuições Privativas do (a) assistente Social, em questão.** Brasília: CFESS, 2002.

_____. As dimensões ético-políticas e teórico-metodológicas no Serviço Social contemporâneo. In: **Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional.** 2 ed. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2007.

_____. **Serviço Social em tempo de capital fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social.** 2ª Edição. São Paulo: Cortez, 2008.

KHOURY, Y. A. **Uma abordagem histórica.** IN: MARTINELLI. M. L. R.; MUCHAIL, S. (orgs). São Paulo: Cortez, 1995.

LEFEBVRE, H. **Lógica Formal, Lógica Dialética.** Tradução: Carlos Nelson Coutinho. 5.Edição. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1991.

LESSA, S. Serviço Social e trabalho: do que se trata? In **Temporalis 2: Revista da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social.** Brasília: ABEPSS, ano I, n2, julho a dezembro de 2000.

LUKÁCS, G. O Trabalho. In: **Per l'ontologia dell'essere sociale.** Trad. de Alberto Scarponi. Roma: Editori Riuniti. Tradução livre para o português de Ivo Tonet, 1981.

_____. As Bases Ontológicas da Atividade Humana. Tradução de Carlos Nelson Coutinho. In: **Temas de Ciências Humanas** nº 4. São Paulo: Livraria Editora Ciências Humanas, 1978.

MALGLAIVE, G. **Ensinar adultos.** Porto Alegre: Porto Editora, 1995.

MARSIGLIA, R. M. G. Orientações básicas para a pesquisa. In: MOTTA et al (Orgs). **Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional.** São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006, p. 383-398.

MARTINELLI, M. L. **Identidade e Alienação.** 11ª Edição. São Paulo: Cortez, 2007.

MARTINS, G. A. **Estudo de Caso: uma estratégia de pesquisa.** São Paulo: Atlas, 2006.

MARX, K. Introdução de 1857. **Manuscritos econômico-filosóficos e outros textos escolhidos.** São Paulo: Abril Cultural, 1974. (Os Pensadores).

_____. Trabalho alienado e superação positiva da auto-alienação humana (**Manuscritos econômico-filosóficos de 1844**). In: FERNANDES, Florestan (org). K. MARX, F. ENGELS. História. São Paulo: Ática, 1983.

MATOS, M. C. A Saúde no Brasil: Reforma Sanitária e Ofensiva Neoliberal. In: BRAVO, M. I. S.; PEREIRA, P. A. (Orgs). **Política Social e Democracia**. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2001.

MATOS, M. C. O debate do Serviço Social na Saúde na década de 90. In: **Serviço Social e Sociedade**. São Paulo: Cortez, nº 74, 2003.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 1992.

_____. (Org.). **Pesquisa Social** – Teoria, método e criatividade. 23ª ed. Petrópolis: Vozes, 2004.

MINAYO, M. C DE S.; MINAYO-GÓMEZ, C. Difíceis e Possíveis Relações entre Métodos Quantitativos e Qualitativos nos Estudos de Problemas de Saúde. In: GOLDENBERG, P.; MARSIGLIA, R. M. G.; GOMES, A. M. H. (ORG.). **O Clássico e o Novo**. Tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

MONTAÑO, C. **La Natureza del Serviço Social**: um ensayo sobre su génesis, su especificidad y su reproduccion. São Paulo: Cortez, 1998.

MOTTA, A. E. [et al]. **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**. 2 ed. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2007.

NETTO, J. P. O Serviço Social e a tradição marxista. In **Serviço Social & Sociedade**. São Paulo: Cortez, ano X, n. 30, abril de 1989.

_____. Cinco notas a propósito da “questão social”. In: **Temporalis**, Brasília, ABEPSS, nº 2, n. 4, p. 41-49, 2001.

_____. **Ditadura e Serviço Social**: uma análise do Serviço Social no Brasil pós -64. 8ª Edição. São Paulo: Cortez, 2005.

_____. A construção do projeto ético-político do Serviço Social. In. MOTA Ana Elisabete (et orgs). In. **Serviço Social e Saúde**: Formação e Trabalho Profissional. São Paulo Cortez 2006.

NETTO, J. P.; BRAZ, M. Economia política: uma introdução crítica. 3. Edição. São Paulo: Cortez Editora, 2007.

NOGUEIRA, V.; MIOTO, R. C. T. Desafios atuais do Sistema Único de Saúde. SUS e as exigências para os Assistentes Sociais In: **Serviço Social e Saúde**: Formação e Trabalho Profissional, 2003.

PEREIRA, P. A. Perspectivas teóricas sobre a questão social no Serviço Social. In. **Temporalis** da Associação Brasileira de ensino e Pesquisa em Serviço Social - ABEPSS. Ano IV. Janeiro a Junho de 2003.

SANTOS, E. H. A produção do saber e sua legitimação política. IN: **Outras Falas**. Revista de Formação Escola Sindical-CUT. 7 de outubro, 2000.

SANTOS, W. G. **Razões da desordem**. Rio de Janeiro: Rocco, 1992.

SCHRAIBER, L. B. Pesquisa qualitativa em saúde: reflexões metodológicas do relato oral e produção de narrativas em estudo sobre a profissão médica In. **Saúde Pública**, vol.29 no.1 São Paulo Feb. 1995.

SILVA, L. B.; CARVALHO, C.U. **Reflexões sobre a prática profissional do serviço social: o cotidiano do Hospital do Câncer II/ INCA**. Rio de Janeiro: CBAS, 2002.

SILVA, M. O. S. O Bolsa Família. In. **Projeto de Cooperação Acadêmica entre a UFMA, PUCSP e PUCRS**. Porto Alegre, 2006.

VASCONCELOS, A. M. **A prática do Serviço Social: cotidiano, formação e alternativas para a área de saúde**. 2 Edição. São Paulo: Cortez, 2003.

_____. Serviço Social e Práticas Democráticas na Saúde. In: MOTTA, Ana Elizabete (et al.). In. **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: Cortez, 2006, p. 242-272.

_____. Serviço Social e Práticas democráticas In: **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**. São Paulo: Cortez, 2001, p.01- 01-32.

VILAS, C. M. Política social, trabajo social y la cuestión del Estado. **Acción Crítica**, Lima: CELATS, n. 6, 1978.

YAZBEK, M. C. Pobreza e exclusão social: expressões da questão social no Brasil. In: **Temporalis**, Brasília, ABEPSS, Greffline, ano 2, n. 3, p. 33-40, 2001.

_____. Estado e Políticas Sociais. In, **Política Social e Serviço Social: Elementos Históricos e Debate Atual**. Rio de Janeiro: UFRJ, 2008.

YAZBEK, M. C.; MARTINELLI, M. L.; RAICHELIS, R. Editorial. In. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, Cortez, ano 26, n. 82, jul. 2005.

APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA

1- Fale sobre sua trajetória profissional;

(O porquê da escolha profissional, tempo de formação, ingresso no serviço público, entrada no setor saúde, expectativas anteriores sobre o trabalho).

2- Fale sobre sua inserção no processo atual de trabalho;

(Como se deu o processo e como se configura a dinâmica da demanda).

3- Como você percebe esse contexto?

4- Você identifica dificuldades para desenvolver seu trabalho? Fale sobre isso;

5- Fale sobre suas perspectivas profissionais.

APÊNDICE B - TERMOS DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DO INCA

**Instituto Nacional de Câncer.
Comitê de Ética em Pesquisa.
Rua André Cavalcante nº 37, 2º andar.
Centro, Rio de Janeiro-RJ, CEP 20231-050.
E-mail: cep@inca.gov.br**

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado para participar, voluntariamente, de uma pesquisa sobre o trabalho do assistente social no HC I/INCA. Este estudo faz parte da elaboração da dissertação do curso mestrado do pesquisador, realizado na Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio - FIOCRUZ.

Você foi selecionado para participar deste estudo por estar inserido na equipe de Serviço Social do HC I/INCA, foco da pesquisa. Segue algumas informações importantes:

1- Dos objetivos da pesquisa:

- O estudo tem como objetivo analisar as condições objetivas do exercício profissional dos assistentes sociais e o trabalho coletivo em saúde na perspectiva da Política Nacional de Atenção Oncológica no Hospital do Câncer I/INCA.

2- De sua participação no estudo:

- Caso você decida participar voluntariamente deste estudo você tem plena liberdade para se retirar da entrevista a qualquer momento, inclusive ouvir as gravações e solicitar que seja apagado o que foi por você falado. A qualquer momento também, você pode desistir de participar e retirar seu consentimento.
- A sua participação constará em responder a um roteiro de entrevista realizada individualmente pelo pesquisador e também participar em duas sessões de grupo com outros profissionais da equipe.
- As entrevistas ocorrerão de 16 de novembro a 23 de dezembro de 2011 na sala de reuniões do Serviço Social, localizada no térreo do Hospital. Durante este período você poderá nos informar dia e hora de seu interesse. As sessões de grupo focal serão realizadas em duas quartas-feiras alternadas, no mês de janeiro/2012, de 15:30 as 16:30h, na sala de reuniões nº30 localizada no térreo do Hospital.
- Você pode e deve fazer todas as perguntas que julgar necessárias, antes de concordar em participar da entrevista e das sessões de grupo focal. A entrevista e as sessões de grupo serão realizadas no seu local de trabalho reduzindo tempo para o deslocamento e de afastamento das atividades laborativas.

3- Dos compromissos do pesquisador:

- Sua identificação será mantida como informação confidencial. Os resultados do estudo serão publicados sem revelar a sua identidade ou de outro participante. Os registros, entretanto, estarão disponíveis para o uso da pesquisadora.

- O local das entrevistas oferecerá privacidade sem risco de interrupção.
- Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição.
- O pesquisador se compromete a zelar de todas as formas para que a sua participação no estudo não ocorra em riscos a sua integridade ética, moral e física, garantido anonimato de suas respostas ao roteiro de entrevistas e permitindo liberdade de participação e expressão nas sessões de grupo.
- As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação (informar, de acordo com o método utilizado na pesquisa, como o pesquisador protegerá e assegurará a privacidade e, caso haja possibilidade de identificação, fazer outro texto esclarecedor).
- Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço institucional do pesquisador principal e do CEP, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.
- Qualquer ameaça de efetividade das condições que apontam para o interesse do pesquisador em preservar o anonimato, o não constrangimento e a integridade física, moral e ética dos profissionais que participarão do estudo, representará em sua suspensão ou mesmo interrupção pelo mesmo.

Pretende-se que os benefícios relacionados à sua participação no estudo se voltem para a identificação de subsídios técnicos, metodológicos e operativos que ofereçam aos assistentes sociais da Unidade I do INCA os fundamentos para a sistematização de suas práticas na oncologia, numa perspectiva crítica e reflexiva, diante do cenário contemporâneo da Saúde no país.

Li o texto acima e compreendi a natureza e objetivo do estudo para qual fui convidado a participar. Entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão. Concordo voluntariamente em dele participar e que gravem a entrevista.

Sua assinatura e/ou impressão dactiloscópica será abaixo ou por seu representante legal e pelo pesquisador. Este termos de Consentimento consta de duas vias, ficando uma em sua posse e a outra será arquivada pelo pesquisador

DATA: ____/____/____

Assinatura do participante

Nome e assinatura do pesquisador
Praça da Cruz Vermelha nº23, Centro- Rio de Janeiro- RJ.
CEP
Telefone: 30271162/1019
Doc. em 2 vias

APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DO EPSJV

Você está sendo convidado para participar, voluntariamente, de uma pesquisa sobre o trabalho do assistente social no HC I/INCA. Este estudo faz parte da elaboração da dissertação do curso mestrado da pesquisadora, realizado na Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio – FIOCRUZ, e tem como título: “EXERCÍCIO PROFISSIONAL DOS ASSISTENTES SOCIAIS DO HOSPITAL DO CÂNCER I/ INCA: dilemas e desafios para uma prática crítica e reflexiva em saúde”.

Você foi selecionado para participar deste estudo por estar inserido na equipe de Serviço Social do HC I/INCA, foco da pesquisa. Sua participação no estudo é voluntária e consistirá em responder a uma entrevista, que será gravada em áudio, além de dois encontros de grupo focal com assistentes sociais do HC I/INCA. As entrevistas ocorrerão de 16 de novembro a 23 de dezembro de 2011 e serão agendadas, caso a caso, na melhor disponibilidade para os entrevistados. As sessões de grupo focal serão realizadas em duas quartas-feiras alternadas, no mês de janeiro/2012, de 15:30h às 16:30h. Ambas as atividades serão realizadas nas dependências do INCA.

Você terá plena liberdade para se retirar da pesquisa a qualquer momento. Sua participação no estudo não lhe acarretará custo financeiro. Não se identifica a existência de riscos substanciais relacionados à sua participação nesta pesquisa.

As entrevistas ocorrerão de 16 de novembro a 23 de dezembro de 2011, na sala de reuniões do Serviço Social, localizada no andar térreo do Hospital. As sessões de grupo focal serão realizadas em duas quartas-feiras alternadas, no mês de janeiro/2012, de 15:30h as 16:30h, na sala de reuniões nº 30, no andar térreo do Hospital.

Sua identificação será mantida como informação confidencial. Os resultados do estudo serão publicados sem, no entanto, revelar a sua identidade. Os registros, entretanto, estarão disponíveis para o uso da pesquisadora. As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação. Em face, no entanto, da pequena quantidade de profissionais entrevistados, e do fato de pertencerem à mesma unidade da instituição em questão, devemos informar que há possibilidades de identificação dos respondentes, por dedução.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço institucional do pesquisador principal e do CEP que avaliou e aprovou a pesquisa, para quaisquer dúvidas, desconfortos ou reclamações.

Pretende-se que os benefícios relacionados à sua participação no estudo se voltem para a identificação de subsídios técnicos, metodológicos e operativos que ofereçam aos assistentes sociais da Unidade I do INCA os fundamentos para a sistematização de suas práticas na oncologia, numa perspectivas críticas e reflexivas, diante do cenário contemporâneo da saúde no país.

Atenciosamente,

Maria Conceição Barbosa dos Santos – Tel.: 3027-1162/1019 – 3865-9732 –
e-mail: mbarbosa_santos@yahoo.com.br

Declaro que compreendi a natureza e objetivo do estudo. Concordo em participar voluntariamente do estudo, nas condições estabelecidas por este Termo.

Local e data: _____ / Assinatura: _____