



UFRJ

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
ESCOLA DE SERVIÇO SOCIAL

DAIANA DOS SANTOS CLEMENTINO

A PRECARIZAÇÃO DO TRABALHO DO SERVIÇO SOCIAL NO ÂMBITO DA
SAÚDE: Dilemas e desafios na atual conjuntura de crise

RIO DE JANEIRO

2019

DAIANA DOS SANTOS CLEMENTINO

**A PRECARIZAÇÃO DO TRABALHO DO SERVIÇO SOCIAL NO ÂMBITO DA
SAÚDE: Dilemas e desafios na atual conjuntura de crise**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Escola de Serviço Social da Universidade Federal do
Rio de Janeiro, como parte dos requisitos
necessários à obtenção do grau de bacharel em
Serviço Social.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Mariléia Franco Marinho
Inoue

RIO DE JANEIRO

2019

CIP - Catalogação na Publicação

DC626p DOS SANTOS CLEMENTINO , DAIANA
A PRECARIZAÇÃO DO TRABALHO DO SERVIÇO SOCIAL NO
ÂMBITO DA SAÚDE: Dilemas e desafios na atual
conjuntura de crise / DAIANA DOS SANTOS CLEMENTINO
. -- Rio de Janeiro, 2019.
216 f.

Orientadora: Mariléia Franco Marinho Inoue.
Trabalho de conclusão de curso (graduação) -
Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de
Serviço Social, Bacharel em Serviço Social, 2019.

1. Precarização do Trabalho. 2. Serviço social. 3.
Sistema Único de Saúde. 4. Estudo de caso. 5.
Hospital Federal de Ipanema. I. Franco Marinho
Inoue, Mariléia, orient. II. Título.

Elaborado pelo Sistema de Geração Automática da UFRJ com os dados fornecidos pelo(a) autor(a), sob a
responsabilidade de Miguel Romeu Amorim Neto - CRB-7/6283.

DAIANA DOS SANTOS CLEMENTINO

**A PRECARIZAÇÃO DO TRABALHO DO SERVIÇO SOCIAL NO ÂMBITO DA
SAÚDE: Dilemas e desafios na atual conjuntura de crise**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Escola de Serviço Social da Universidade Federal do
Rio de Janeiro, como parte dos requisitos
necessários à obtenção do grau de bacharel em
Serviço Social.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Mariléia Franco Marinho
Inoue

Aprovada em ____ de _____ de 2019.

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Mariléia Franco Marinho Inoue (Orientadora) - UFRJ

Prof.^a Dr.^a Maria Magdala Vasconcellos - UFRJ

Prof. Dr. Charles Toniolo de Sousa - UFRJ

Mestre Charles Vieira de Araujo - CRESS/7º Região RJ

RIO DE JANEIRO
2019

Dedico esse trabalho de monografia à Volga de Oliveira, com todo o meu amor e gratidão.

AGRADECIMENTOS

Não tenho realmente palavras para dizer o quanto sou grata a Jesus por ter me ajudado, desde minha entrada e agora até o final dessa jornada, não foi fácil. Ele que foi o único homem e Deus na face dessa terra, que me ajudou a passar pela UFRJ, agora formada.

Digo a vocês, não foi fácil! Ele me deu a mão, me fez caminhar e sempre me segurava para que as pedradas e empecilhos acadêmicos não chegassem até mim. Digo e repito que não foi fácil servir a Jesus dentro de uma Escola Marxista, meritocrata, dizendo que a Universidade não foi feita para aluno trabalhador. Mas acabei me apaixonando e ficando casada com a carinhosa e malvada Pequena Moscou. Nosso casamento tinha idas e vindas, tínhamos um quintal ali na Praia Vermelha e acabei comprando uma moradia no laboratório, indo e voltando para casa dos meus pais, por um tempo menor.

E acabei realmente entendendo que precisava abrir a minha cabeça, para compreender essa sociedade e suas mazelas, precisava realmente aprender a me superar enquanto aluna, a estudar mais e vencer as minhas próprias dificuldades. Contei com o time de amigos que lá fiz e os que já tinha.

Primeiramente, a minha amiga querida e pastora e toda sua família Volga de Oliveira e seus filhos BIEL e BIELE, por terem orado por mim todo esse tempo, por terem me chamado atenção todas as vezes que precisei. Foi através da sua vida, pastora, que em 2006, fui à sua casa, e Deus tinha revelado que eu faria várias provas, Ele estava me aprovando em todas elas. Desse dia em diante, fez a menina que não sabia português (preciso melhorar muito!) e matemática chegar até a maior Universidade do Brasil. Lá comecei a superar os meus temores, até apresentar trabalhos na Colômbia, João Pessoa, Recife, Uberlândia - MG, e quase Montes Claros - MG, e Pelotas- RS e Ribeirão Preto agora pela fé de Abraão chegasse também até o Peru para apresentar os resultados deste TCC que hoje estou concluindo.

A minha família que nunca acreditou onde eu iria chegar: agradeço, com muito carinho a Diego, Antonio e Rosângela que me aguentaram durante todo esse tempo com o meu estresse. Ao querido e amado e sempre presente Jorge Laço, PRESENTE! PRESENTE! Ele sim acreditava em mim. Amigo querido, que contribuiu muito para minha formação, foi uma pessoa extraordinária.

A minha querida professora, profunda e profética, Ilma Rezende que fez a ponte com a minha orientadora Mariléia Franco Marinho Inoue, que me aceitou como sua orientanda, Ilma foi divisor de águas para muitos alunos dessa Escola, a sua metodologia de correção

devastavam os alunos. Porém explicava na visão profunda e oculta, na letra da Lei. Ilma foi e sempre será uma pessoa linda e muito querida, Deus usou essa mulher profundamente para minha vida.

A professora Luana Siqueira, que foi muito atenciosa comigo em me orientar na primeira fase do Trabalho de conclusão de curso, não posso deixar de falar que ela teve a sua parte na contribuição acadêmica.

E agora essa caminhada não podia terminar sem mesmo dar um abraço forte em minha orientadora Mariléia Franco Marinho Inoue, de fato, por ter ficado comigo e se dedicado a esse trabalho, se não fosse ela, nesse manto de mistério esse trabalho não ganharia corpo. Realmente se não fosse por ela. Como ela mesma dizia: “DAIANA, VAMOS AMARRAR A ONÇA NO TRONCO”; “ Você vai fazer esse TCC levando as pedras nas costas”. “Vai ter uma Banca com Louvor”.

A professora Lenise Lima, mas conhecida como (Gretchen), foi minha mentora quando fui da sua pesquisa pelo FACI e monitora de Introdução ao Serviço Social, a Verônica Cruz (a VIVI), também me ajudou e também fui sua monitora durante 2º semestre inteiro, não posso deixar de lembrar da Yolanda Guerra que no 2º período me fez estudar o Serviço Social e seus fundamentos por ele mesmo. A sua preocupação com a formação, não só dela, mas como de todos os outros professores, ainda é muito eminente. Núcleo de Estudo dos Fundamentos do Serviço Social na contemporaneidade - NEFSSC.

Aos companheiros de formação e de trabalho, a minha querida PR-3, e todos do setor da Divisão planejamento e Desenvolvimento e finanças - DIPOG/UFRJ, DGO/PR3 e mais tarde DINAC/PR2 foram quase cinco lindos e longos anos nos quais contribuíram para minha formação grandiosamente. Minha chefa querida: salve! Salve! Lucinéia Guimarães, mais conhecida como (Neião), Mauro Balaciano (Balacinho), Laurides Lescano, Jaqueline (Jack Joy), Fernanda (xexelenta querida) Leilane Tavares, Isabela, Juracy BRUNO, Ronaldo o (Ronaldão da divisão de folhas), ao meu imensurável querido José Augusto (Todão) apelidado por mim e por Ludmila, pessoa que foi um dos melhores chefes, que mesmo chamando atenção ele ensinava como fazer as suas planilhas brilhantes. Não posso deixar de lembrar-me da Regininha uma queridíssima. E a saudosa IMBERÊ Moreira está sempre, PRESENTE! As minhas queridas Renata Gaspar PROFESSORA DA PR2, Priscila, Bruna, Diogo, Leo, o Brazinho do coração, pelos privilégios de ter aprendido um pouco com vocês durante um ano.

O Hospital Federal de Ipanema - que foi minha terceira casa - é um dos maiores desafios. Enquanto estagiária, fiquei muito feliz, pois foi através deste hospital que tive quase todos os meus trabalhos aprovados para os eventos da categoria. A minha supervisora de

campo Letícia Fontanezi de Moraes Fábrica, pois foi através dela e das situações ocorridas, dentro desse espaço sócio ocupacional, que meu TCC ganhou corpo, à Erida José da Silva, supervisora feliz, linda que me ajudou bastante, me chamou atenção para pensar o Serviço Social na saúde como uma coisa prazerosa, uma guerreira. A Fabiana Coimbra Leite, Carol Perdigão a filha da Alejandra que me ajudou quando mais precisei, onde trocamos várias figurinhas. A Chefa do setor de Serviço Social, Maria Alice, Mabel Padilha, Regina Ugo, Maria Patrícia do Nascimento e para Luciana, chefe da enfermagem da clínica médica do 5º andar.

As pessoas lindas que me ajudaram física e emocionalmente e até elevaram minha saúde mental: as irmãs Vasconcelos, Priscila, Glenia, Mariana, Raquel e todos do grupo 007, Angélica Mesquita, Lilian Barbosa, e o Matheus seu esposo, Caroline Barros e Stephanie Bello (nós éramos felizes e não sabíamos) Flavia, Claudinha, a Daniele Gomes que corrigiu todos os meus artigos e que foram para publicação, aos coletivos de Mulheres do Serviço Social, Maria Angélica e o Higor Claudino (corrigiu os erros de português), Daniel do mestrado, a todos do Coletivo Negro Dono Ivone Lara. Todos os estagiários da Escola, ao povo do Laboratório, Celsinho e Sr. Sergio.

*Daiana dos Santos Clementino,
Primavera de 2019.*

*"Não há ferrolhos nem portas
Que se fechem diante da Tua voz.
Não há doença nem culpa
Que fiquem de pé diante de nós
E a tempestade se acalma
Na voz, daquele que tudo criou
Pois sua palavra é pura
Escudo para os que nele crêem."*

(Carlos Alberto Moyses)

RESUMO

O presente trabalho tem como finalidade contribuir para o debate sobre a precarização do trabalho do Serviço Social no âmbito da saúde especificamente no Hospital Federal de Ipanema, em que realizei estágio supervisionado e a partir daí surgiram inquietações e indagações acerca dos impactos do neoliberalismo frente ao desmonte da política Saúde, e no trabalho do Serviço Social nesse hospital. Desse modo o objetivo geral do estudo é analisar os desdobramentos históricos ocorridos na política pública de saúde do Brasil no decorrer de 2010 a 2019 e os seus impactos na precarização do trabalho do Serviço Social no Hospital Federal de Ipanema frente aos dilemas e aos desafios das novas requisições da Questão Social. No primeiro momento, apresenta-se o recorte: A trajetória da Saúde no Brasil (1988-2016) e o Sistema Único de Saúde como alvo de destruição e privatização na qual perpassa o debate do da reforma sanitária, a política de Saúde no processo de redemocratização do País, a constituição de 1988 e a questão da Saúde no Brasil com a entrada do projeto neoliberal. No segundo momento, a Saúde na gestão de Fernando Henrique Cardoso (1995-2003) e o abraço do governo ao Neoliberalismo, os impactos das ideias neoliberalismo no Brasil e no mundo, a Reforma do Estado, além das suas incidências nas políticas públicas de saúde. Observa-se, neste aspecto, o Hospital Federal Ipanema e as relações pré-estabelecidas nesses espaços sócio ocupacionais. No terceiro momento, atenta-se para o Serviço Social do Hospital Federal de Ipanema em tempos de fragmentação da classe trabalhadora. Tendo como base as referências expostas, apoiou-se no conceito de Política de Saúde no Brasil (BRAVO, 2001), na Crise do capital, precarização do trabalho e os impactos no serviço social (CEOLIN, 2014); Uma Face Contemporânea da Barbárie (NETTO, 2010). Os caminhos metodológicos foram de abordagem qualitativa, com utilização de levantamento bibliográfico e entrevistas semi-estruturadas, realizadas com assistentes sociais do Hospital Federal de Ipanema, adotados para construção deste trabalho, e o levantamento bibliográfico. Os resultados mostraram aspectos do desmonte da saúde, aliados à precarização dos vínculos empregatícios e a tensão ocasionada pelas demandas cotidianas impactando os assistentes sociais. Estes, efetivamente, estão adoecendo decorrentes dos problemas de ambiência e de trabalho e de precarização dos dispositivos de saúde. Outros elementos destacados se referem às *posturas moralistas, assédio moral, constrangimento e racismo institucional*, atitudes com resquícios moralistas em relação à população LGBT usuária aos serviços de saúde do hospital. Ademais, sobre *a supervisão de estágio, a presença do estagiário e as principais dificuldades na atual conjuntura*, verificou-se a ausência da universidade para com as instituições, os conflitos e as concepções entre teoria e prática, a expansão do EAD e os desafios dos Assistentes sociais do HFI, nas funções de trabalho e relação com projeto ético político.

Palavras-chaves: Precarização do Trabalho. Serviço Social. Sistema Único de Saúde. Estudo de caso. Hospital Federal de Ipanema.

ABSTRACT

The purpose of this paper is to contribute to the debate on the precariousness of the work of Social Work in health care, specifically at the Federal Hospital of Ipanema, where I did my supervised internship and, from there, anxieties and questions arose about the impacts of neoliberalism on the dismantling of health care policy and on the work of Social Work at this hospital. Thus, the general objective of the study is to analyze the historical developments that occurred in the public health policy of Brazil during 2010 to 2019 and their impacts on the precariousness of the work of Social Work in the Federal Hospital of Ipanema in face of the dilemmas and challenges of the new requirements of the Social Issue. In the first moment, the following section is presented: The trajectory of Health in Brazil (1988-2016) and the Unified Health System as a target of destruction and privatization in which the debate of the sanitary reform, the Health policy in the process of redemocratization of the country, the constitution of 1988 and the issue of Health in Brazil with the entry of the neoliberal project are permeated. In the second moment, Health in Fernando Henrique Cardoso's administration (1995-2003) and the government's embrace of Neoliberalism, the impacts of neoliberal ideas in Brazil and in the world, the State Reform, besides its incidences in public health policies. In this aspect, the Federal Hospital Ipanema and the pre-established relations in these socio-occupational spaces are observed. The third moment focuses on the Social Service of the Federal Hospital of Ipanema in times of fragmentation of the working class. Based on the exposed references, it was supported by the concept of Health Policy in Brazil (BRAVO, 2001), the Crisis of capital, labor precarization and the impacts on social service (CEOLIN, 2014); A Contemporary Face of Barbarism (NETTO, 2010). The methodological paths were qualitative approach, with the use of bibliographic survey and semi-structured interviews conducted with social workers from the Federal Hospital of Ipanema, adopted for the construction of this work, and the bibliographic survey. The results showed aspects of the dismantling of health care, together with the precariousness of employment relationships and the tension caused by daily demands impacting social workers. These, in fact, are getting sick as a result of the problems of work environment and work and the precariousness of health devices. Other highlighted elements refer to moralistic attitudes, moral harassment, embarrassment and institutional racism, attitudes with moralistic remnants in relation to the LGBT population that uses the hospital's health services. Furthermore, regarding internship supervision, the presence of the intern and the main difficulties in the current situation, the absence of the university towards the institutions, the conflicts and conceptions between theory and practice, the expansion of EAD and the challenges of the HFI social workers, in their work functions and their relationship with the ethical-political project were verified.

Key-words: Labor Precarization. Social Service. Unified Health System. Case Study. Federal Hospital of Ipanema.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Dispositivos de Rede Externa – Redes Sócio Assistenciais	18
Quadro 2 - Princípios e Diretrizes do SUS	29
Quadro 3 - Nível da Atenção: Média e Alta Complexidade	82
Quadro 4 - As áreas do Hospital Federal de Ipanema.....	90
Quadro 5 - Dado gerais das entrevistadas	98
Quadro 6 - Tempo de trabalho no HFI, setores de atuação e Regime de trabalho.....	101
Quadro 7 - Vinculação da prática profissional com o pensamento acadêmico.....	103
Quadro 8 - Vínculo empregatício com o HFI em tempos de precarização da política de saúde e os reflexos nos setores trabalhados do hospital	106
Quadro 9 - Ações de implantação de terceirizados nas instituições privada e pública.....	110
Quadro 10 - O Serviço Social no HFI e as mudanças ocorridas nos últimos anos de trabalho	113
Quadro 11 - As incidências da crise na precarização das políticas de saúde	118
Quadro 12 - A saúde dos profissionais de Serviço Social e o trabalho interdisciplinar	123
Quadro 13 - As posturas Moralistas ou preconceituosas contra Minorias	138
Quadro 14 - Supervisão de Estágio na atual conjuntura de crise	156
Quadro 15 - Os principais desafios do cotidiano no trabalho do Serviço Social no Hospital Federal de Ipanema.....	179

LISTA DE FIGURAS

- Figura 2** - O Sistema SUS e a sua articulação, de acordo com as complexidades 89
- Figura 3** - Organograma do Hospital Federal de Ipanema 91

LISTA DE SIGLAS

ABEPSS	Associação Brasileira de Pesquisadores em Serviço Social
ABBR	Associação Brasileira Beneficente de Reabilitação
BID	Banco Internacional e Desenvolvimento
BM	Banco Mundial
BPC	Benefício de Prestação continuada
CAPS	Centro De Atenção Psicossocial
CEBES	Centro Brasileiro Estudos de Saúde
CFESS	Conselho Federal de Serviço Social
CONASS	Conselho Nacional dos Secretários de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias municipais de Saúde
CRASS	Centro de Referência em Assistência Social
CREAS	Centro De Referência Especializado De Assistência Social
GRESS	Conselho Regional de Serviço Social
CRLS	Câmara de Resolução de Litígios de Saúde
CLT	Consolidação das Leis Trabalhista
CPMF	Contribuição Provisória sobre a Contribuição Brasileira
CUT	Central Único dos Trabalhadores
DC	Diretrizes Curriculares de 1996
DESOSPI	Desospitalização do Hospital Federal de Ipanema
EaD	Ensino à Distância
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
ESF	Equipes de Saúde da Família
FHC	Fernando Henrique Cardoso
FMI	Fundo Monetário Internacional
HFI	Hospital Federal de Ipanema
INPS	Instituto Nacional Previdência Social
IAPAS	O Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
MS	Ministério da Saúde
MEC	Ministério da Educação
NOB's	Normas Operacionais Básicas
OSs	Organizações Sociais
OSCIP	Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público
PADI	Programa de Atenção Domiciliar ao Idoso
PNH	Política Nacional de Humanização
PNHAH	Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar
PSF	Programa Saúde da Família
PSDB	Partido da Social Democracia Brasileira
PT	Partido dos Trabalhadores
TFD	Tratamento Fora de Domicílio
REDE SARAH	Hospital Referência de Reabilitação
STF	Supremo Tribunal Federal
SUS	Sistema Único de Saúde
Oscar Clark	Centro Municipal de Reabilitação
OTP	Orientação e Treinamento Profissional,
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro
URV	Unidade de Valor Real

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	16
2 A TRAJETÓRIA DA SAÚDE NO BRASIL (1988-2016) E O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE COMO ALVO DE DESTRUIÇÃO E PRIVATIZAÇÃO	22
2.1 A CONSTITUIÇÃO DE 1988 E A QUESTÃO DA SAÚDE NO BRASIL	22
2.2 A POLÍTICA DE SAÚDE NO PROCESSO DE REDEMOCRATIZAÇÃO BRASILEIRA	25
2.3 GOVERNO DE FERNANDO COLLOR DE MELLO — (1990 À 1994)	31
2.3.1 <i>As normas operacionais básicas da saúde e sua inserção na saúde</i>	34
2.4 GOVERNO DE ITAMAR FRANCO (1992 A 1995)	36
2.5 A SAÚDE NA GESTÃO DE FERNANDO HENRIQUE CARDOSO E O ABRAÇO DO GOVERNO AO NEOLIBERALISMO (1995-2003)	40
2.6 O SEGUNDO MANDATO DE FHC (1998-2003): TERCEIRA VIA - REFORMA DO ESTADO	43
2.7 GOVERNO DE LUIZ INÁCIO LULA DA SILVA (2003 – 2011)	55
2.8 QUESTÃO DA SAÚDE NO GOVERNO DE DILMA ROUSSEFF (2011-2016)	60
3 OS FENOMENOS DO NEOLIBERALISMO E SUAS IDEIAS NO BRASIL E NO MUNDO	63
3.1 IMPACTOS DAS IDEIAS NEOLIBERAIS NO BRASIL E NO MUNDO	63
3.2 ELEMENTOS DA REFORMA DO ESTADO: A INCIDÊNCIA NAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE	67
3.3 O CONTEXTO NEOLIBERAL, SEUS DESDOBRAMENTOS E OS EFEITOS NO MUNDO DO TRABALHO	72
3.3.1 <i>O Hospital de Ipanema e as relações estabelecidas nesse espaço sócio ocupacional</i>	80
3.3.2 <i>Estrutura de governança e vinculação</i>	81
3.3.3 <i>O território de localização geográfica do hospital</i>	82
3.3.4 <i>Perfil dos usuários internados no Hospital de Ipanema</i>	83
3.4 TRABALHO DO SERVIÇO SOCIAL NO HOSPITAL FEDERAL DE IPANEMA	87
3.5 ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NO SERVIÇO SOCIAL NO HFI	92
3.6 O ASSISTENTE SOCIAL DO HFI COMO CO-FORMADOR DOS ESTAGIÁRIOS	95
4 O SERVIÇO SOCIAL NO HOSPITAL FEDERAL DE IPANEMA EM TEMPOS DE FRAGMENTAÇÃO DA CLASSE TRABALHADORA: APLICAÇÃO DA PESQUISA	97
4.1 PASSOS METODOLÓGICOS	97
4.2 DADOS GERAIS DAS ENTREVISTADAS	98
4.3 AS ENTREVISTAS COM AS ASSISTENTES SOCIAIS DO HFI	100
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	200
REFERÊNCIAS	206
ANEXO I	210
ANEXO II	211
ANEXO III	212

1 INTRODUÇÃO

O presente estudo é fruto do conhecimento sobre o trabalho do Serviço Social no âmbito da saúde pública do Brasil. Deste modo, pretende-se, por meio desta pesquisa, contribuir para o debate sobre a precarização do trabalho do Serviço Social, tendo como relevância para o desenvolvimento desta investigação, a experiência da autora no Hospital Federal de Ipanema — (HFI), no período de 04/04/2017 a 15/12/2017, como parte integrante do estágio supervisionado em Serviço Social. A Importância desse trabalho também se origina das reuniões e dos eventos sobre desospitalização que estão em andamento, desde 2016, na instituição, conforme veremos no item 4.6. Esses encontros eram organizados pela equipe técnica Desospitalização — (HFI) e da câmara técnica do Ministério da Saúde.

Desde modo, o objetivo geral deste trabalho é analisar os desdobramentos históricos ocorridos na política pública de saúde do Brasil no decorrer de 2010 a 2019 e os seus impactos na precarização do trabalho do Serviço Social no Hospital Federal de Ipanema frente aos dilemas e aos desafios das novas requisições da Questão Social. Especificamente: levar em consideração os elementos históricos ocasionadas pelas transformações societárias da década de 70 e suas incidências no Brasil em 2010; identificar as principais mudanças ocorridas no trabalho do Serviço Social, a partir do desmonte das políticas sociais de saúde, previdência e assistência; fomentar o debate sobre os impactos da precarização da política de saúde pública, o processo de trabalho e os desafios e enfrentados pelas assistente Assistentes Sociais no cotidiano.

A hipótese deste estudo está associada aos impactos da crise econômica e a sua interligação com a mercantilização e privatização da política de saúde, bem como a geração de agravantes ao longo do tempo, sendo os efeitos destas transformações societárias terem alterado, gradativamente, as relações de trabalho, colocando o Serviço Social à prova diante dos novos modelos de contratação e das demandas do cotidiano na instituição analisada, no âmbito federal de saúde.

Através da experiência como estagiária na instituição federal, surgiram inquietações e indagações que foram se elucidando acerca dos impactos da crise neoliberal frente ao desmonte da política da Saúde e os seus efeitos no trabalho do Serviço Social nesse hospital. Para tanto, foi através das observações da pesquisa desenvolvidas no hospital e dos conhecimentos adquiridos desse espaço sócio ocupacional que me proporcionou a refletir e

estudar sobre a conjuntura de crise estrutural do capital e os seus desdobramentos no âmbito do trabalho.

Diante do desmantelamento do SUS e das demais políticas sociais no país, o tema pretendido busca contribuir para o debate, também, em relação à formação da atuação de novos Assistentes Sociais. Há aqui a tentativa de pensar sobre as seguintes indagações: quais desafios estão postos à profissão tanto no âmbito da intervenção, quanto no da formação e da produção de conhecimentos face às novas expressões da “questão social”? Como essa conjuntura de crise impacta o Serviço Social no âmbito da saúde em suas várias dimensões (na produção do conhecimento, na formação profissional, na organização política da categoria e no exercício profissional)?

Neste contexto, iniciou-se uma nova dinâmica de aprendizagem por meio das atribuições como Estagiária de Serviço Social no (HFI), sendo possível adquirir conhecimento através dessa experiência. Evidenciamos, neste aspecto, alguns elementos, como por exemplo: era preciso ter atenção ao exercício da profissão sem se distanciar de todo arcabouço teórico metodológico, ético-político, técnico operativo que nos fizeram refletir sobre a necessidade desta pesquisa. E ainda, os problemas de ambiência do trabalho, inviabilidade dos dispositivos das políticas sociais e as correlações de forças presentes nas instituições. Para isso, se realizou uma análise crítica sobre a precarização do trabalho do Serviço Social, na tentativa de entender as suas particularidades que resultaram em inúmeras discussões, estas presentes em nossas reflexões e estudos de casos com a supervisora de campo, na busca de entender os conflitos e tensionamentos entre a própria equipe de Serviço Social.

Por intermédio dessa experiência de aprendizagem da profissão em si e permeados de materialidade latente, no que se esperava nas expectativas nutridas de um olhar do Estagiário diante do cotidiano de um hospital, repleto de ansiedade em entender academicamente toda estrutura de saúde, no âmbito do HFI, dos seguintes pontos: as condições de trabalho, suas relações intrínsecas dentro das trincheiras marcadas por tensões e problemas em que esse espaço sócio-ocupacional apresentava e de profundas e discussões que promoveram debates nas aulas de Orientação e Treinamento Profissional — OTP¹, disciplina ministrada pela professora Fátima Valéria, supervisora e orientadora acadêmica.

Além de lidar com essas questões, há outros fatores observados, durante esse processo, que estão relacionados aos serviços prestados nos atendimentos realizados de Serviço Social

¹ Dentro das diretrizes gerais para o curso do Serviço Social. Portanto, “o estágio supervisionado constitui-se como momento privilegiado de aprendizado teórico – prático do trabalho profissional”. ABEPSS (1996, p.19).

na área da saúde, em especial, no Hospital Federal de Ipanema. A saber, as instrumentalidades utilizadas pelos Assistentes sociais que atuam no campo das políticas sociais, atendendo as demandas dos pacientes e aos familiares que passam por procedimentos cirúrgicos, os tratamentos oncológicos e demais pacientes advindos de transferências de outras unidades de saúde.

Outrossim, esse mesmo paciente recebe as orientações acerca dos benefícios sociais e os direitos socialmente reconhecidos, na tentativa de promover a educação e a humanização da saúde. Para isso, estes mesmo pacientes são direcionados aos atendimentos da Rede de Atenção Saúde — (RAS)² e Rede socioassistenciais. Ambos subdivididos em Rede externa e Rede interna, conforme o quadro a seguir:

Quadro 1 - Dispositivos de Rede Externa – Redes Sócio Assistenciais

Centro De Atenção Psicossocial – (CAPS)
Programa de Atenção Domiciliar ao Idoso – (PADI)
Centro de Referência de Assistência Social – (CRAS)
Centro de Referência Especializado de Assistência Social – (CREAS)
Programa Saúde da Família – (PSF)
Hospital Referência de Reabilitação – (REDE SARAH)
Tratamento Fora de Domicílio – (TFD)
Melhor em casa; Associação Brasileira Beneficente de Reabilitação – (ABBR)
Centro Municipal de Reabilitação (Oscar Clark)
Clínica da Família; Câmara de Resolução de Litígios de Saúde (CRLS)
Serviços previdenciários e perícia hospitalar

Fonte: Elaborado pela autora (2019). Dados do Hospital Federal de Ipanema, mapeamento do Serviço Social.

Os demais benefícios que não se encontram neste quadro, como vale social, Riocard especial, Benefício prestação continuada, declaração de comparecimento entre outros dispositivos, também como a Rede interna de atendimento do — HFI, composta por uma equipe multiprofissional, como Assistentes sociais, médicos, psicólogo, nutricionista e enfermeiros estarão no item 2.4 deste estudo.

Se por um lado, têm-se os aspectos das demandas profissionais do assistente social, por outro lado, a falta de condições materiais de trabalho não aparecia no hospital, mas sim nas dificuldades de acesso aos benefícios sociais, o que dificultava os encaminhamentos dos usuários ao acesso dos dispositivos supracitados. Deste modo, a importância do presente tema da precarização tem a razão de contribuir para o estudo sobre as principais metamorfoses, ou ao que chamamos de transformações societárias do trabalho na atual conjuntura de crise.

² O que são? São arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2010).

Para isso, buscou-se dimensionar como essas transformações vão incidir diretamente no serviço social contemporâneo, diante da avalanche neoliberal e de seus desafios e limites frente ao projeto ético político e os princípios apresentados no Código de Ética do Serviço Social de 1993, no qual nos apoiamos. Dessa forma, pretende-se, por meio desta pesquisa, o aprofundamento dos estudos com vistas a somar esforços à reflexão e contribuir para a pesquisa acadêmica.

O contexto marcado pela configuração dessas políticas sociais é a década de 1990, na qual dá-se a ofensiva neoliberal. Segundo Anderson (1995) As ideias de Friedman e Hayek ganharam força na última quadra do século XX, em contraposição ao Estado de Bem Estar Social, com modificações no âmbito do Estado. No Brasil, nos anos 80/90, ocorreu uma série de medidas que cortam o orçamento das áreas sociais, flexibilizam direitos, sucederam a desregulamentação dos direitos trabalhistas, implementaram e intensificaram a terceirização, privatização, financeirização/focalização das políticas sociais. Além disso, há também a crescente tendência a desresponsabilizar o Estado de suas funções e direcioná-las à própria sociedade civil, resultando no crescimento do “terceiro setor” no país

A fim de alcançar os objetivos propostos, este estudo, fundamentado em Antunes (1999), será apresentado o recorte histórico desses processos, das mudanças societárias, das novas tendências do capital e de suas exigências; e a relação do papel do Estado e suas novas requisições, sendo somadas às novas metamorfoses atuais do mundo do trabalho de 1990 a 2010.

Por essa razão, os caminhos metodológicos adotados para essa pesquisa foram a abordagem qualitativa, utilizando o levantamento bibliográfico e a entrevista semiestruturada, realizada individualmente com as oito assistentes sociais que trabalham no Hospital de Ipanema no Rio de Janeiro. As entrevistas foram compostas de questões, abrangendo o corpus, de perguntas abertas e fechadas, com a realização de análise de dados posteriormente sobre as situações dos Assistentes Sociais, a partir das amostras de realidade fornecidas pelos profissionais entrevistados. Para o desenvolvimento da averiguação de dados, o referencial teórico estará pautado no materialismo histórico dialético e em nossos estudos apoiados no conceito de Política de Saúde no Brasil, de BRAVO (2009); Crise do capital, precarização do trabalho e impactos no serviço social. CEOLIN (2014); ANTUNES (2015), Adeus ao trabalho, uma Face contemporânea da Barbárie. NETTO (2010).

Busca-se verificar os impactos da precarização no âmbito da saúde gerais nas condições de trabalho dos Assistentes sociais no âmbito da saúde , uma vez que estão

submetidos, em alguns casos, a uma relação precária de contrato de trabalho. A falta de concursos públicos, nos últimos anos, interfere diretamente na atuação dos assistentes sociais atuantes que estão tendo que se desdobrar para cobrir as lacunas provocadas pela pouca quantidade de profissionais e o aumento das demandas. Desse modo, em acordo com Netto (2001), a partir do referencial teórico crítico marxista tem-se a possibilidade de desvelar essa realidade numa perspectiva de totalidade, na medida em que permite ir à essência dos fenômenos das expressões da questão social.

Para isso, se reportará a trechos da trajetória da saúde no Brasil chegando ao Sistema Único de Saúde (SUS) e o modo como esse se tornou alvo de destruição e de privatização. Para fins de compreensão de nossa proposta, será abordada, a partir da transição democrática, os seguintes marcos: 1995 - saúde no Governo FHC; 2006 - saúde no Governo Lula; 2011 - saúde no governo Dilma Rousseff e 2016 - saúde no Governo Temer até a presente data. Reitera-se para a relevância dessa pesquisa consistir em dar visibilidade à precarização do trabalho do Serviço Social no cotidiano, tendo como contexto o âmbito da saúde no Hospital Federal de Ipanema, em contrapartida à demonstração do papel importante do Serviço Social em meio a atual conjuntura de crise.

Na perspectiva geral deste trabalho e para melhor conhecer a realidade tanto da saúde pública quanto dos desafios das Assistentes Sociais no HFI, presentes neste estudo, este Trabalho de Conclusão de Curso está estruturado em: Introdução, os quatro capítulos e as Considerações Finais. Ao conteúdo do capítulo 1, faremos o recorte da trajetória da saúde no Brasil, perpassando pelo debate da reforma sanitária até o Sistema Único de Saúde (SUS), este como alvo de destruição e privatização. Neste contexto das lutas sociais, teve-se assegurado na Constituição de 1988: a saúde como política pública universal e a inserção da saúde no processo de redemocratização Brasileira e a criação do SUS. Apresentaremos também o arcabouço legal da política de saúde como política de Estado e a legislação que a regulamenta.

E ainda, o período atravessado pelo governo Fernando Collor de Mello — (1990 a 1994); as normas operacionais básicas da saúde e sua ampliação; entre outros elementos, o impeachment a entrada de Governo de Itamar Franco (1992 a 1995); o abraço ao neoliberalismo e o contexto da saúde no governo de Fernando Henrique Cardoso e seu primeiro mandato(1995-1998).

Ademais, o segundo mandato de FHC (1998-2003): Terceira via – contra reforma no Estado brasileiro sustentada pelas aspirações neoliberais que descaracterizou a atuação do

próprio Estado nas políticas públicas, as privatizações de várias empresas públicas; o governo de Luiz Inácio Lula da Silva e a manutenção da agenda Neoliberal (2003–2011) e questão da saúde no governo de Dilma Rousseff (2011-2016).

No capítulo 2 intitulado “A saúde no contexto neoliberal: seus desdobramentos e os impactos no mundo do trabalho em geral e no Serviço Social do Hospital de Ipanema” aborda as novas incidências dos efeitos das idéias neoliberais no Brasil e no mundo, a crise do capital na década de 70 que afetou os países em geral, o fim do keynesianismo e a crise do estado de bem estar social, na década de 80, no Brasil elementos da reforma do estado / ou reforma administrativa no Brasil e a incidência delas nas políticas públicas, o desmantelamento da saúde, seus desdobramentos no mundo do trabalho. Da mesma forma, as transformações societárias e suas mudanças das relações trabalhistas, demarcada pela flexibilização, precarização e terceirização. Em seguida, o Hospital de Ipanema e as relações estabelecidas nesse espaço sócio ocupacional, a estrutura de Governança e vinculação; o território de localização geográfica do Hospital; e o perfil dos usuários internados do Hospital de Ipanema.

No Capítulo 3 e último capítulo, de um lado se remete às problematizações e reflexões no item: o trabalho do serviço social dentro do HFI. Serão apresentadas as atividades e os projetos desenvolvidos pelos próprios profissionais, seus desafios nos atendimentos dos pacientes que buscam pelo serviço, através do hospital e as requisições das demandas institucionais frente aos limites da profissão. Por outro lado, atenta-se ao Assistente Social como co-formador dos estagiários, sendo coadjuvante no processo da formação de novos assistentes sociais e a análise das pesquisas baseadas nas entrevistas feitas durante o estágio da autora.

Encerrando esta pesquisa, têm-se as Considerações finais. Todos os esforços consistiram para o desenvolvimento de uma consistente investigação sobre a precarização do Trabalho do Serviço Social no âmbito da saúde pública. Como área de pesquisa e análise, este trabalho busca contribuir para reflexões acerca da formação de novos Assistentes Sociais, em meio à precariedade das políticas sociais, sendo danoso a estes profissionais de saúde que lidam com os pacientes que precisam desses mesmos dispositivos para sobrevivência.

2 A TRAJETÓRIA DA SAÚDE NO BRASIL (1988-2016) E O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE COMO ALVO DE DESTRUIÇÃO E PRIVATIZAÇÃO

Iniciaremos o primeiro capítulo mostrando como o Sistema Único de Saúde — SUS, inserido na Constituição Brasileira, foi uma conquista da luta dos trabalhadores e sociedade civil, após a 8ª conferência e do movimento sanitário. A saúde é direito de todos e dever do estado. No entanto, não só a saúde, mas todas as políticas sociais, decorrentes do viés progressista, no decorrer dos anos 90 em diante, sofreram ataques advindos do projeto neoliberal recém chegado ao Brasil.

2.1 A Constituição de 1988 e a questão da saúde no Brasil

De acordo com Bravo (2009), o processo constituinte e a promulgação da Constituição de 1988 representaram, no plano jurídico, a promessa de afirmação e da extensão dos direitos sociais a todos, em nosso país, frente à grave crise econômica e às demandas de enfrentamento dos enormes índices de agravamento das sequelas da questão social e do aprofundamento da desigualdade social no Brasil. Acerca disso, a autora acrescenta:

A Assembléia Constituinte com relação à Saúde transformou-se numa arena política em que os interesses se organizaram em dois blocos polares: os grupos empresariais, sob a liderança da Federação Brasileira de Hospitais (setor privado) e da Associação de Indústrias Farmacêuticas (Multinacionais), e as forças propugnadores da Reforma Sanitária, representadas pela Plenária Nacional pela Saúde na Constituinte, órgão que passou a congrega cerca de duas centenas de entidades representativas do setor. A eficácia da Plenária das Entidades, para atingir seus objetivos, foi resultado do uso adequado de três instrumentos de luta: a capacidade técnica de formular com antecipação um projeto de texto constitucional claro e consistente; a pressão constante sobre os constituintes; a mobilização da sociedade. A proposta de emenda popular apresentada por Sérgio Arouca, indicado pela plenária de Saúde para defendê-la no Plenário da Constituinte, foi assinada por mais de cinquenta (50) mil eleitores, representando 167 entidades. (p. 10).

De acordo com análises de Bravo (2009) nos textos da constituinte, em relação da saúde, havia vários acordos políticos, devidos à pressão popular que pressionava pelas reivindicações do movimento sanitário, que também era um dos impasses dos interesses empresariais do setor hospital e não alterava a situação da indústria farmacêutica. Porém, de

acordo com Bravo (2009, p.10), foram aprovados os principais aspectos na Constituição, destacados a seguir:

1. O direito universal à Saúde e sendo dever do Estado, acabando com discriminações existentes entre segurado/não segurado, rural/urbano;
2. As ações e os Serviços de Saúde foram considerados de relevância pública;
3. O Sistema Único de Saúde (SUS) integra todos os serviços públicos em uma rede hierarquizada, regionalizada, descentralizada e de atendimento integral, com participação da comunidade;
4. A participação do setor privado no sistema de saúde deverá ser complementar, preferencialmente com as entidades filantrópicas, sendo dada a destinação de recursos públicos para subvenção às instituições com fins lucrativos. Os contratos com entidades privadas prestadoras de serviço far-se-ão mediante contrato de direito entidade público, garantido ao Estado o poder de intervir nas entidades que não estiverem seguindo os termos contratuais; e
5. É proibida a comercialização de sangue e seus derivados.

Segundo Bravo (2009, p.11), os elementos supracitados demarcam o momento da constituinte inspirados nas proposições, nos debates e na luta do movimento sanitário e de outros setores da sociedade civil de ter um projeto de defesa da universalização das políticas sociais somatizados com as garantias também dos direitos sociais. Para tanto, essa proposta se chocava contra os interesses de empresários que tinham ligação ao Governo. Outro ponto abordado pela autora, neste momento sócio-histórico, se tratava sobre a saúde do trabalhador que não havia sido completada como direito. E ainda, não se teve uma proposta que reconhecesse a situação do trabalho em locais insalubres e precários, vivenciados pelos trabalhadores, bem como o de ter informações sobre produtos manipulados.

Bravo (2009, p.11), em sua investigação sobre a política de saúde da década de 1980, tem como aspectos centrais a politização da questão da saúde adicionada à alteração da norma constitucional e transformações das práticas institucionais. Portanto, a autora descreve que se configurava como objetivo aprofundar o nível da consciência sanitária dos trabalhadores e dos movimentos sociais, visando também a visibilidade necessária e ampla para a inserção de suas demandas na agenda governamental, além das garantias do apoio político à implementação das transformações necessárias. Logo, a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada entre 17 e 21 de março de 1986, foi um marco importantíssimo voltado nesta direção.

Conforme apresenta o Conselho Federal de Serviço Social (CFESS, 2017), o projeto da Reforma Sanitária originou-se por volta de 1974-1984, no segundo momento da crise ditatorial militar de 64. Deve-se, neste período, atentar ao contexto político, e a implementação de um modelo de política de saúde pública e de transformações na sociedade Brasileira. Acerca desse cenário, Oliveira (2014) descreve que a classe trabalhadora não obteve muitos ganhos devido ao processo de desenvolvimento e a grande concentração de renda no país. Deste modo, a classe trabalhadora teve que se sujeitar a condições mínimas de vida totalmente precárias, às quais era privada de seus bens essenciais à sua sobrevivência. Para além disso, Oliveira (2014), reafirma-se que a pobreza assolava a população trabalhadora brasileira, havia precariedade das condições vitais de higienização, por causa da falta de uma política efetiva de saúde pública que atendesse realmente a população pobre, isto é, camada da sociedade de maior vulnerabilidade a qualquer tipo de enfermidade que afetava a saúde.

De fato, a saúde pública obteve ganhos com a atuação de novos atores sociais no cenário nacional. De acordo com os dados do Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) estes começaram a aparecer a fim de discutir dramaticamente a situação em que a população se encontrava naquele momento, a partir daí, assumia-se uma dimensão política que se vinculava à democracia. Mais tarde, o “movimento democrático de massas” ia sendo demarcado pelo amadurecimento das lutas da classe operária que iriam se superar “no limite das resistências democráticas e atingem sua plena afirmação da construção de uma identidade de classe” (CFESS, 2017, p.11).

Para compreender melhor esse período, se faz necessário esclarecer que esses atores inseridos nos movimentos sanitários eram médicos, residentes de medicina, as universidades, composição da sociedade civil, sindicatos, além de outros profissionais ligados à saúde, e ainda a igreja católica, os movimentos de bairro, os movimentos sociais, os partidos de esquerda, entre outros. De acordo com Bravo (2009), debatiam-se propostas como a universalização do acesso aos serviços e a saúde como direito social e dever do Estado. Do mesmo modo, também já se movimentava e se cogitava a criação de um Sistema Único de Saúde que visasse a própria reestruturação do setor com um novo olhar da saúde individual e coletiva e se propunha a descentralização dos processos decisórios e o financiamento e a criação de Conselhos de Saúde, visando garantir processos democráticos.

A reforma sanitária tinha profundidade nos debates, por causa dos problemas de saúde da população, baseada na abordagem histórico-estrutural dos problemas de saúde sustentada por uma base ideológica no pensamento médico-social e defendia uma concepção de saúde

pública de acesso universal. Em relação a esse tema, Escorel (2008) aborda a aproximação teórica filosófica do materialismo histórico dialético do marxismo para a análise do processo de saúde e de doença — fruto da base universitária inspirada no pensamento médico social. No movimento sanitário só propunha as mudanças do sistema de saúde vigente.

Dentro deste contexto, indo de encontro ao pensamento privatista de saúde e o seu ideário voltado para o mercado. Esses eram os modelos apresentados no debate para uma proposta de saúde: os modelos privatista e o modelo sanitário. Conforme as informações do CFESS (2001, p.14):

A proposta privatista — conservadora e, ao mesmo tempo, “modernizante” sob a ótica de acumulação do capital no setor de serviços, este bloco de interesses era composto por grupos empresariais privados (nacionais e internacionais) representados na Federação Brasileira de Hospitais e na associação de indústrias farmacêuticas.

Esses grupos almejavam a retirada do setor público na prestação dos próprios serviços, sob os dois aspectos claros pelos financiamentos dos serviços prestados pelo setor privado e ainda pelo poder público, como diz “na redução da presença estatal à população pauperizada, incapaz de alimentar a especulação dos serviços privados pelos baixos rendimentos salariais”(CFESS, 2017, p.14).

Em oposição, a "Proposta sanitária – promulgada pelo movimento sanitário - supunha a saúde como direito universal e cidadania, o que implicava a centralidade e a responsabilidade pública estatal sobre a prestação de serviços de saúde, bem como um setor privado restrito à complementaridade" (CFESS, 2017, p.14).

Em suma, a reforma sanitária tinha um horizonte apontado para um sistema de saúde pública; saúde e cidadania como direito social e universal. O movimento sanitário tinha uma influência de debate contra privatização da saúde e a favor do acesso universal de saúde para todos que atentasse todas as classes sociais, sem fazer discriminação. Esses foram um dos elementos para o debate da 8ª Conferência Nacional de Saúde e que viesse a ser inserida na constituinte de 1988.

2.2 A política de saúde no processo de redemocratização brasileira

Noronha; Lima; Machado (2008) demonstram como o Sistema Único de Saúde (SUS) foi implementado no início da década de 1990³, após a promulgação da Lei Orgânica da Saúde (lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990), bem como a regulamentação do SUS para toda população, independentemente da condição socioeconômica. Essa proposta tem sua origem na reforma sanitária e no processo político que envolveu várias vertentes da sociedade com o intuito de propor políticas e novas organizações de sistemas, de serviços e de práticas em saúde.

O SUS foi criado a fim de ser universal para todos, ricos e pobres, com ou sem carteira assinada, ao direito integral à saúde, da vacina ao transplante de forma garantida na constituição (sendo este dever do Estado), acabando com as discriminações existentes entre segurado e não segurado; entre as pessoas do meio rural e também não rural. Deste modo, as ações voltadas para os Serviços de Saúde passaram a ser considerados de suma importância pública, cabendo ao poder público sua regulação, a fiscalização e o controle, a partir do texto constituído na Lei 8080/90.

Bravo (2009) deixa claro que, ao final da década de 1980, já havia algumas incertezas com a relação ao projeto de reforma sanitária, por causa de fragilidades das medidas reformadoras em curso, da ineficiência do setor público, das tensões ocorridas em disputas com os próprios profissionais e por causa da reestruturação dos setores mais conservadores à reforma que passou a dar direção, a partir de 1998. A materialidade do SUS como política de saúde, se deu num conjunto de ações e serviços públicos de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das funções mantidas pelo poder público. Nesta explicitação, o conjunto de ações e de serviços de saúde da alçada do setor público foram elencadas por Escorel (2008, p. 38), do seguinte modo:

- a) Destaque para as atividades dirigidas às pessoas, individual ou coletivamente, voltadas para promoção da saúde e de prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação de agravos e de doenças;
- b) Sobre os serviços no âmbito ambulatorial, hospital e nas unidades de apoio diagnóstico e temporário geridos pelos governos (quer seja o governo federal, quer seja pelos governos estaduais ou municipais), bem como em outros espaços, especialmente, no domiciliar;

³ Neste período foi aprovada a regulamentação do Sistema Único de Saúde – (SUS), pela Lei 8080 e a lei 8.142.

- c) Ações de distintas complexidades e custos que variam, desde aplicação de vacinas e consultas médicas nas clínicas básicas (clínicas médicas, pediatria, e ginecologia – obstetrícia) até cirurgias cardiovasculares e transplante;
- d) Intervenções ambientais no seu sentido mais amplo, incluindo as condições sanitárias nos ambientes onde se vive e se trabalha, na produção e circulação de bens e serviços, o controle de vetores e hospedeiros e a operação de sistemas de saneamento ambiental; e
- e) A instituição pública voltada para o controle de qualidade e de pesquisa e produção de insumos, medicamentos, sangue e hemoderivados e equipamentos para a saúde.

Esclarece-se ainda o seguinte ponto: se as disponibilidades do SUS forem insuficientes, visto que tem como objetivo garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área, o SUS poderia recorrer aos serviços prestados pelas iniciativas privadas. Neste aspecto, compreende-se que o SUS não se compõe somente pelos serviços públicos, mas também por uma ampla rede de serviços privados, principalmente hospitais e unidades de diagnóstico e terapia, através da utilização de recursos públicos destinados à saúde. Isso porque o financiamento, totalmente arrecadado pelo Estado, permite que a totalidade de todas as ações e serviços prestados no âmbito do SUS sejam oferecidas de forma gratuita, como já foi citado.

De acordo com Bravo (2009), no início do processo de saúde privatista, a partir dos anos 90, o recorte da Reforma Constitucional, notadamente da Previdência Social e das regras que regulamentam as relações de trabalho no Brasil, especificam o modo que ocorreu esse tipo de aliança no percurso da saúde no país. Essa aliança, porte do governo, dependia exclusivamente da agenda da Reforma da Previdência e não da própria Seguridade Social da Constituição. Neste pensamento, observa-se em Bravo (2009, p.13) a intenção de desmonte da proposta de Seguridade Social contida na constituição de 1988. Esta já era planejada, por assim dizer, por meio de mais uma façanha do governo aos ajustes das políticas sociais, sendo como parte dessas agendas políticas, as reformas da Seguridade tornando a previdência a ser considerada como seguro.

Mais adiante, o contexto da Reforma do Estado ou Contrarreforma dos anos 90 foi central para fortalecimento da proposta de enxugamento do Estado. E ainda as modificações de seu papel foram propostas vitais para consolidar as iniciativas neoliberais no Brasil. Para Bravo (2009, p.13), tal “estratégia é parte do Estado que se desviou-se de suas funções básicas

⁴ao ampliar sua presença no setor produtivo colocando em xeque o modelo econômico vigente”. O que autora aborda se refere ao que era interessante para o Estado torna-se o regulador empresarial, sendo ele o próprio investidor, no entanto este Estado se esquia de suas próprias atribuições enquanto agente público, além de sua responsabilidade de gerenciar os serviços básicos, como os setores de água, de luz e esgoto, da saúde e educação e nas outras áreas sociais, contexto na qual o mesmo Estado transfere essa mesma responsabilidade ao terceiro setor, a saber, as ONGs e fundações para determinada função.

Para o campo da saúde pública, as modificações desse papel do Estado se referiam aos interesses particulares e de fortalecimento das ideias de mercantilização dos serviços de saúde, através da prestação de serviços hospitalares. Assim, o plano diretor abordado por Bravo (2009, p.13) demonstra que há o seguinte ponto relevante:

Esgotamento de estratégia estatizante e a necessidade de superação de um estilo de administração pública burocrática, a favor de um modelo gerencial que tem como eixos centrais características o descentralização, a eficiência o controle dos resultados, a redução de custos.

Estes sim são os interesses voltados ao capital. Já o que tange ao SUS como uma política, ele contém em seu corpus suas atribuições e suas diretrizes, de acordo com a Lei 8080/90, no capítulo II, um item do Art.7º sobre as ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o próprio Sistema Único de Saúde. Lembra-se deste modo, o registro no inciso § 2º: a iniciativa privada com a permissão da participação do Sistema Único de Saúde (SUS), em caráter complementar.

Assim, as diretrizes previstas no art.198 da Constituição mencionadas em destaque neste trabalho foram a IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie; também, V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde; contendo, VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário; e acrescentando, por último; VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação ênfase na descentralização dos serviços para os municípios, conforme visto no Quadro II a seguir.

⁴As funções do Estado brasileiro, no que se refere a suas responsabilidades remetem às suas funções econômicas, onde o próprio Estado atua como empresário, nos setores básicos, não rentáveis, fornecendo aos monopólios altos lucros. Somando-se a isto, as funções indiretas estão relacionadas às encomendas /compras aos grupos de monopólios capitalistas (NETTO, 2011, p.25).

Quadro 2 - Princípios e Diretrizes do SUS

Princípios	
Universalidade	Acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
Integralidade e assistência	Entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
Diretrizes	
Participação popular	O controle deve ser participativo;
Descentralização político-administrativa	Direção única em cada esfera de governo: federal, estadual e municipal;
Regionalização e Hierarquização	Da rede de serviços de Saúde.

Fonte: Informações foram extraídas da Lei 8080. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm> último acesso: 15/10/2019.

Portanto, as diretrizes e suas atribuições em que estão sendo sustentadas a política de saúde do Brasil. Uma vez que esta política não está voltada para interesses do povo, mas sim para o capital, o Estado continua como o maior responsável de investir na política de Saúde, porém dentro de uma perspectiva neoliberal, onde são minimizados todos os recursos para saúde pública, impactando diretamente nos serviços voltados para SUS, na qual fere uns dos pilares das diretrizes como a universalidade, a integralidade e à assistência como todo.

Outro ponto importante apontado por Bravo (2009), tendo a ver com o desenvolvimento do presente trabalho, se refere à remuneração por produção que foi denunciada há vinte anos. Segundo a autora, entendido como um dos fatores “incontroláveis de corrupção”, isto é, gastar mal e de gerenciar mal; além de ser pouco os recursos direcionados para própria saúde.

A hegemonia neoliberal no Brasil, de modo geral, tem exercido o papel cumpridor pela redução dos direitos sociais, afetando diretamente as políticas sociais nas suas esferas: saúde, educação e assistência. Como consequência, Bravo (2009) apresenta o crescimento do

desemprego estrutural e a precarização do trabalho sendo fatores que compõem também a previdência pública⁵, somando-se ao sucateamento da saúde e da educação.

Além do mais, a autora salienta que as propostas de política de saúde, já discutidas na década de 1980, têm sido desmontadas e a saúde está sendo atrelada aos interesses do mercado, responsabilizando a mesma a assumir os custos da crise (BRAVO 2009, p. 14).

Portanto, a refilantropização tem sido uma de suas manifestações utilizadas com a agente de comunitários ⁶e de cuidadores para realizarem suas atividades profissionais, como sempre tem o objetivo de reduzir custos.

Bravo (2009) ainda trata da relação ao Sistema Único de Saúde – (SUS) e das declarações oficiais de adesão ao mesmo. Verificou-se o descumprimento das leis constitucionais e legais e a total omissão por parte do governo federal e dos órgãos de fiscalização sobre as ações voltadas para saúde em geral.

A autora faz alusão a algumas questões que comprometem a possibilidade de avanço do SUS de reconhecimento como política social de saúde, cabendo ressaltar o desrespeito aos princípios fundamentais, como equidade na alocação dos recursos públicos pela unificação dos orçamentos federais, estaduais e municipais. BRAVO (2009) afirma que o afastamento do princípio da integralidade e a indissociabilidade entre prevenção e atenção curativa, contendo prioridades para assistência médica hospitalar em desvantagem das ações de promoção e proteção à saúde. A proposta da Reforma do Estado para o setor da saúde ou contrarreforma tinha em seus corpos de central a separação em dois tipos: o hospitalar e o básico.

A constituição de 1988 ⁷Apresenta a característica muito importante de regulamentar e/ou de garantir uma série de direitos sociais, e o Estado tem o papel de prover uma lei maior do país de direitos que antes não estavam configurados dessa forma. Neste ínterim, a citada constituição brasileira não teve tempo de ser comemorada, já que, às portas da década de 90, foi marcada pela entrada do governo de Fernando Collor de Mello, dando início o desmonte das políticas públicas sociais, fomentada pelo ideário neoliberal, que logo tomou-se espaço no contexto político, econômico e financeiro.

⁵ Em 20 de dezembro de 1994 há um marco entre a globalização e a internet, aliando as falácias da crise da previdência que já se apresentava neste contexto desde a década de 1990. Os mesmos discursos do rombo da previdência perduram até os dias hoje.

⁶ O programa de Saúde da família, que objetivava prestar assistência domiciliar à população, apareceu mais tarde no governo de Luiz Inácio Lula da Silva. Os agentes comunitários nesse período tinham objetivo de fazer visita domiciliar nas casas das pessoas para averiguação da saúde da população e prevenção da saúde, visava Educação e conscientização da população, numa perspectiva política.

⁷ Pontos vitais já tratados nos textos supracitados são para a organização do texto: Consolidação do SUS; Constituição Federal de 1988 – “*welfarestate*”; Leis 8.080 e 8.142 de 1990 e Seguridade Social.

2.3 Governo de Fernando Collor de Mello — (1990 a 1994)⁸

Segundo Lima (1991), o período de 1990-1994 foi marcado por tensões políticas e pela crise do modelo desenvolvimentista⁹ e da hegemonia burguesa no país. Contudo, o governo Collor não foi eficiente de preparar o país para desempenhar o papel de economia financeira emergente. (LIMA, 1991, p. 279). Segundo o autor, o cenário desse período se encaminha para a crise política e econômica do início dos anos 90 à qual os elementos centrais culminaram no processo de impeachment de Fernando Collor. Para tanto no filme *a Reforma do Estado - parte 1* ilustra o momento em que, no contexto econômico, o programa neoliberal do governo Collor previa um pacote de privatização das empresas estatais e a abertura da economia para o capital estrangeiro, objetivando segurar *o fantasma da inflação* que assombrava o governo da referida época. Então a ministra da Fazenda de seu governo, Zélia Cardoso de Mello, tomou a iniciativa de congelamento dos salários e o confisco dos depósitos bancários da população em 18 meses, dentro do mote de estratégias do chamado plano Collor.

Na legislação, a constituição começou a sofrer *ataques* com leis que buscavam quebrar o caráter social que mudaria as suas características com a asseguradora de direitos sociais para o povo. Bravo (2009) abordou esse momento no contexto de avanço em que houve um forte ataque por parte do grande capital, que era aliado aos grupos dirigentes mercantilistas da época. Nesse ínterim, a partir da reforma constitucional “notadamente da previdência social e das regras que regulamentam as relações de trabalho no Brasil é um dos exemplos dessa aliança”. Bravo (2009, p.13)

Para Lima (1991), concomitantemente à crise política e econômica do início dos anos 90, foi palco do processo de impeachment de Fernando Collor. O autor descreve o que “os hospitais filantrópicos-privados e as empresas médicas e os planos e seguros de saúde avançaram na reestruturação e diversificação de suas atividades, acompanhando o movimento mais amplo do setor industrial em respostas à abertura do mercado e ao movimento da

⁸ “Fernando Collor de Mello foi o primeiro presidente eleito por voto direto, após o fim do regime militar, em dezembro de 1989. Seu governo foi marcado pela abertura da economia às importações, pelo início do processo de privatização das empresas estatais e pela adoção de um polêmico programa de estabilização econômica destinado ao controle da inflação” (LIMA, 1991, p.287). Durante sua campanha presidencial, Collor afirmava lutar contra a corrupção, a favor dos “descamisados”. Foi apoiado por latifundiários, industriais e banqueiros brasileiros e chegou ao 2º turno com Lula, candidato dos sindicatos e com popularidade na esquerda. Após uma disputa acirrada, Collor chega à presidência do Brasil.

⁹ Esse modelo tem início na década de 1930, em especial nos governos de Getúlio Vargas e Juscelino Kubitschek. Portanto, o que se trata de desenvolvimentismo foi o fenômeno vivido no século XX, por conta do crescimento ocasionado do processo de industrialização e do modelo de indústrias de bases. Logo, teve o seu fim a partir da década de 1980.

concorrência internacional” (LIMA, 2001, p.279). Isso faz parte do mote, agora no âmbito econômico, o processo de impeachment estava atrelado à agenda Neoliberal da década de 90, que tinha a ver com o programa de privatização do governo Collor. Segundo, (o estudo do filme a Reforma do Estado parte 1). Apesar de ter tido sua permanência muito breve, retirada pelo processo de impeachment, durante a sua gestão, Collor privatizou 17 empresas, de grande porte, como as usinas de Minas Gerais, entre outras. Foi neste governo que deu início da reforma dos serviços públicos “com a forma de lema de campanha” relacionado ao enxugamento do Estado e fim do privilégio.

Em termos de política de saúde no Brasil, em pequenos resumos de seu governo neste período ocorreu uma ampliação dos serviços médicos – hospitalares, mas não torna abrangente a ampliação dos serviços públicos na área da Saúde.

A globalização neoliberal se caracteriza pela violenta concentração de capital mediante a privatização do patrimônio público, barateamento da força de trabalho e subsídios ao capital, levando o sistema financeiro a ocupar um lugar hegemônico no processo de acumulação. Do ponto de vista social, assistência à privatização do financiamento e da produção dos serviços, à precarização das políticas públicas, com o corte dos gastos sociais, à concentração dos investimentos nos grupos mais carentes e à descentralização para o nível local. Essas mudanças se fizeram paulatinamente e interferiram nos rumos do Sistema Único de Saúde (LIMA, 1991, p.279).

Acrescentando às informações dadas, em apenas três anos do governo, ocorreu uma redução de 40% dos serviços públicos neste setor. Neste governo, houve redução de verbas federais e houve atrasos de pagamentos, mais os desvios de verbas e, conjuntamente, as privatizações.

No âmbito da saúde, o Governo Collor seguiu com projeto neoliberal (CHIORO e SCAFFA,1999, p.26), sendo o portador de um discurso supostamente modernizador e articulado para ganhar o coração das massas, sem posicionamento nos partidos tradicionais da extrema direita, determinando em março de 1990 o fim da nova república, na qual criou-se um novo pano de fundo econômico e político que delineou as novas diretrizes da política de saúde nesse período, estando claramente a disputa política dos projetos antagônico e ameaçador da elite brasileira.

Chioro & Scaff (1999) para estes autores os projetos antagônicos estão descritos abaixo.

- o hegemônico (projeto neoliberal), representado pela proposta conservadora de reciclagem do modelo médico-assistencial privatista;
- o contra-hegemônico , representado pela reforma sanitária e a implementação de fato do SUS.

Podemos dizer que há uma disputa entre projeto do Neoliberalismo X Reforma Sanitária, são conflitos de interesses, um de cunho mercantil e outro modelo que prevê a saúde pública universal. Segundo Chioro & Scaff (1999, p.27) “por baixo do estridente e aparente consenso de sucesso da reforma sanitária, competentemente o projeto neoliberal foi se consolidando, enraizado no conservador modelo-assistencial privatista hegemônico na década de 80”. Para tanto, o Modelo Assistencial neste contexto no campo das políticas sociais, neste governo como denota os autores CHIORO & SCAFF (1999), passa a ser fragilizado no papel que corresponde ao Estado, com a diminuição de suas funções e responsabilidades redistributiva enfatizando a privatização.(no que corresponde a saúde e induzida pelo mecanismo de subsídios estatais diretos ou indiretos às empresas e pela sua regulação de mercado) com foco direto na focalização das políticas para os grupos carentes da população sendo os estes os mais vulneráveis do ponto de vista da sua própria capacidade de organização e pressão sobre o próprio Estado.

Segundo Chioro e Scaff (1999), o projeto neoliberal criou um sistema privado ainda mais forte e com baixa regulação do Estado: o da atenção médico supletivo, (na época era chamada de medicina de grupo constituída, inicialmente, por grandes grupos médicos e empresários donos de plano saúde), que se consolidou de uma forma de financiamento (que não propusesse recursos de dependência direta do Estado). Isto acarretava, de uma forma monstruosa, a expansão às custas da perda da qualidade e da precariedade do setor público, o qual se degradava, fazendo com que o último passe a ser considerado o sistema dos grupos, como diz Chioro e Scaff (1999), como o da atenção supletiva de cunho privado ao do grupo chamado de cima com a universalização excludente.

Chioro e Scaff (1999), continua descrevendo, permanecem no sistema público apenas os prestadores privados mais tradicionais, mas dependentes do Estado que não conseguiram modernizar-se e disputava o mercado da medicina supletiva, sofrendo no processo nítido do precarização e de intenso descredenciamento assim dito Chioro e Scaff (1999), de (forma ou informal) que era por parte do setor mas moderno de prestações de serviços.

Os autores acrescentaram que todo esse contexto favorece a expulsão, por pressão das bases dos setores que representam os trabalhadores, mas organizados, para o modelo de atenção médico-supletivo, no que diminuiu ainda também as pressões das mobilizações sociais naquele momento histórico de luta, pela implementação de fato do Sistema Único de Saúde. Era o caso das centrais sindicais, juntamente com os grandes sindicatos, que estavam na luta pela reforma sanitária, pensando-se também na política salarial. No entanto, este

cenário desencadeou várias greves do setor público, contribuindo para o descrédito da população

Desse modo, começa a vigorar um sistema privado com forte apelo ideológico que era compatível, naquele momento, a um modelo de formação médica de base flexneriano, explícito na citação, a seguir

Passa a prevalecer um sistema privado com forte apelo ideológico, compatível com o modelo de formação médica (flexneriano), sustentado por uma política deliberada de desmonte do setor público (voltado a atenção apenas das populações pobres e excluídas), com uma parte sofisticada e eficiente do setor público de alta tecnologia (INCOR, por exemplo) dando-lhe retaguarda, e sustentado por uma forma de financiamento injusta ("com ou sem recibo" e através da dedução no imposto de renda dos gastos com o setor privado de saúde) (CHIORO & SCAFF,1999,p.28).

2.3.1 As normas operacionais básicas da saúde e sua inserção na saúde

As Normas Operacionais Básicas (NOBs), determinadas pelo Ministério da Saúde, vêm, como o nome diz, normatizar a letra da Lei. As NOBs, como são conhecidas no jargão sanitário, regulam as relações entre os gestores do sistema de saúde, entre os Municípios, Estados e o Governo Federal. (CHIORO & SCAFF, 1999,p.28). Essas normas foram formuladas com objetivo estratégico de priorizar as diretrizes tático-operativas para implantação do SUS e sua consolidação no território nacional. Logo, torna-se regulamentado o SUS.

NOB/SUS 01/91,consolidado e editado em pleno governo Collor e acompanhado de seu ministro da saúde Alcení Guerra, teve como característica:

- a. Equiparação dos prestadores públicos e privados;
- b. Manutenção da gestão do SUS centralizada no INAMPS;
- c.Municípios como gestores de Unidades de Saúde e não de sistema.
- d.Alguns estados assumiram a gestão - a maioria manteve-se como Prestador de serviços de saúde - com a mesma lógica com que eram tratados os prestadores privados dos serviços de saúde para o Governo Federal, controlados pelo INAMPS (CHIORO e SCAFF, 1999,p.28).

A NOB 01/92 marca a criação do Conselho Nacional de Secretarias de Saúde (CONASS), depois a criação do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) e a normatização do Fundo Estadual de Saúde. Movimento social intenso: "inconformismo" marca a crise no governo — XI Conferência Nacional de Saúde, cujo tema era: "Saúde e municipalização é o caminho" – Definir pelos defensores do SUS, articulação e descentralização dos serviços de saúde.

Com a conjuntura político-econômica de descontrole da inflação, Fernando Collor de Mello, até então presidente da República, anunciou o pacote econômico elaborado por Zélia Cardoso de Mello, ministra da Fazenda de seu governo marcadamente neoliberal. O conjunto de medidas – conhecido popularmente como Plano Collor – congelou os preços e salários, bem como determinou o confisco das cadernetas de poupança, a substituição da moeda vigente cruzado novo pelo cruzeiro sem a alteração no número de zeros, etc. O impopular rebatimento econômico-social do Plano Collor desgastou a imagem do presidente e, a partir de 1992, uma série de denúncias de corrupção contra ele, contra seu governo e família contribuíram ainda mais ao aceleração deste processo de desgaste.:

Nesse sentido, concomitantemente à crise política e econômica do início dos anos 90, cujo ápice foi o processo de *impeachment* de Fernando Collor, os hospitais filantrópico-privados e privado-privados e, principalmente, as empresas médicas de planos e seguros de saúde avançaram na reestruturação e diversificação de suas atividades, acompanhando o movimento mais amplo do setor industrial em resposta abertura do mercado e ao aumento da concorrência internacional (LIMA, 1991, p.279).

Portanto, a norma em que o autor aborda a NOB 01/93 foi lançada com um documento chamado de “a ousadia de cumprir ou de fazer cumprir” na iminência de trazer de volta os princípios da Reforma Sanitária que assumiu a responsabilidade irrestrita com a execução do Sistema Único de Saúde. Entretanto, nas palavras dos autores CHIORO & SCAFF(1999), a NOB-93 regulamenta a habilitação da gestão da saúde passada pelos municípios, desencadeando um processo de municipalização, através da transferência automática dos recursos que começam a ser repassados de fundo a fundo, possibilitando que os tais municípios se tornem gestores de fato do SUS.

Somando-se a isto, nesta mesma NOB-93, são previstas três formas de gerir o SUS ao nível dos Estados e dos Municípios descritos como Incipiente Parcial e Semiplena. Eram formas concebidas como estratégias de viabilização desse processo de municipalização plena e implementação do SUS. A Sistematização e de descentralização da gestão do Sistema e serviços num esquema de transição de responsabilidade para os diferentes níveis (estados e municípios).

Constatou-se através de investigações que o presidente Collor estava vinculado a um longo esquema de corrupção coordenado pelo tesoureiro de sua campanha, Paulo César Farias – PC Farias, doravante. Com a farta documentação exposta pelas mídias – jornais, estações de rádio, televisão etc. –, o governo de Collor passou a ser seriamente pressionado. E a 29 de

dezembro de 1992, o presidente, acusado pelo processo de impeachment aprovado nas duas Casas e sem qualquer apoio político, apresenta sua carta de renúncia.

Em meio a caos político e econômico a NOB 01/93 foi gerenciada no período de pós-impeachment de Collor, como menciona Chioro & Scaff (1999,p.28) na transição para Itamar Franco para presidência e acompanhado de Jamil Haddad no Ministério da Saúde, e elaborada a partir do esforço de sanitaristas como um tremenda experiências em gestão de sistemas de municipais de saúde comprometidos com o ideário da reforma sanitária, resultando na ampliação do espaços políticos e decisórios do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde — CONASEMS. Este constitui-se como um instrumento fundamental no processo de descentralização e municipalização da saúde, conforme a determinação da constituição.

2.4 Governo de Itamar Franco (1992 a 1995)¹⁰

O vice-presidente Itamar Franco chega ao poder, quando o presidente Fernando Collor de Mello renuncia para não passar pelo processo de cassação do mandato, depois dos escândalos de corrupção envolvendo o seu governo. Itamar assume sem cerimônia de posse. O novo presidente continua mantendo o seu discurso de defesa da democracia e combate à corrupção.

Lima (1991, p.285) afirma ser, a partir desse quadro de asfixia financeira e desmonte do SUS e retrata como é que se deu a extinção do Instituto Nacional de Assistência de Previdência Social — (INAMPS). A Política foi criada em 1977, pela Lei nº 6.439, que instituiu o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (Sinpas), definindo um novo desenho institucional para o sistema previdenciário, voltado para a especialização e integração de suas diferentes atividades e instituições. Os objetivos do novo sistema era transferir parte das funções até então exercidas pelo Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) para duas novas instituições. Estimulado pelo Estado, por exemplo, a criação da Frente Parlamentar da Saúde, em 1993, (Id,1991.p 285), estavam reunidos diversos interesses diante da constituição dessa frente que era suprapartidária. No Congresso Nacional pareceu ser determinada por meio da discussão que atravessava naquele momento sobre a aniquilação e extinção do (INAMPS), tendo um temor o risco de desconstitucionalização do SUS com a

¹⁰ Itamar Franco, convoca um plebiscito para votação sobre a forma de governo no Brasil: Monarquia, parlamentarismo, ou presidencialismo. O presidencialismo ganhou, e neste mesmo ano líderes de 19 partidos fazem a proposta de um pacto de cooperação para combater a crise econômica.

instalação do congresso que o revisaria em 1993, porém pela importância da asfixia financeira a que o sistema estava sendo submetido.

Para Lima (1999) por um lado, as consequências dessa situação precarizava e sucateava ainda mais os serviços públicos de saúde e impedia a ampliação da capacidade pública instalada, por outro colocava em risco a sobrevivência das próprias instituições privadas, na qual o saúde pública colocava em risco particularmente os hospitais de pequeno e médio portes e o setor filantrópico, dependentes dos recursos públicos, em virtude da degradação dos valores de pagamento dos serviços.

Pontos centrais da grave que consideram no fim do INAMPS, a crise que é descrita por Chioro e Scaff (1999). A crise financeira, que teve origem nas fraudes e corrupção no sistema de pagamento e faturamento (unidades de serviços), desvio de verbas da previdência, Chioro e Scaff (1999,p.28) vai descrever mas que “foi investidos em megaprojetos do governo, e em acordos espúrios com sistema financeiro, o aumento dos gastos com as internações, consultas exames complementares efetuados pelo setor privado etc.”

Além disso, Chioro e Scaff (1999) acrescenta os demais aspectos os autores supracitados também continua por excluir parcelas expressivas da população e não ser capaz de alterar os perfis de morbimortalidade, pela piora do quadro econômico pós-milagre e os custos crescente do modelo adotado. E pela abertura política e o reaparecimento de atores dispostos a lutar pelo resgate da dívida social acumulada pela ditadura.

A situação da estava insustentável manter o Inamps com o agravamento da crise e se agrava ainda mais com a precarização dos serviços públicos de saúde, impedindo a ampliação da capacidade pública instalada. Em contrapartida, colocava-se em risco a sobrevivência de instituições privadas, hospitais de pequeno e médio porte, mais ainda o setor filantrópico, dependentemente dos recursos públicos, com a degradação e dos valores de pagamento dos serviços.

As verbas para o SUS eram insuficientes, como diz Lima (1991, p.285), era uma discussão que permeia entre o financiamento, a criação de fontes de receita e a manutenção do orçamento público para o Sistema Único de Saúde, constituindo a base para a organização da Frente Parlamentar de Saúde, compondo uma rede de interesses e de negociações no próprio Estado e no âmbito do Poder Legislativo, com crescente poder de pressão. Contudo, em 1993, a Frente passou a apoiar a tramitação da proposta de emenda constitucional de N°169, atual

emenda constitucional 29, que estabelece, na Constituição Federal, recursos definidos e permanentes para a saúde.¹¹

Por outro lado, a NOB 01/93 foi publicada em 1993, mas os primeiros 24 municípios habilitados à gestão Semiplena ocorreram apenas em novembro de 1994. Logo alguns pontos de suma importância foram levantados sobre a gestão Semiplena, que significou um importante avanço na qualificação das secretarias municipais de saúde, no papel de gestores do Sistema Único de Saúde, caracterizando-se:

- pela transferência de recursos do Fundo Nacional de Saúde diretamente para os Fundos Municipais;
- a responsabilidade pelo planejamento e gestão de todo o sistema de saúde, incluindo os prestadores de serviços de saúde públicos (estaduais e federais) e privados, passou a ser das secretarias municipais de saúde, sob acompanhamento e controle dos Conselhos Municipais de Saúde.
- pela criação das comissões intergestoras, responsáveis pela operacionalização do SUS e enfrentamento dos problemas na implantação desta NOB (Chioro e Scaff,1999, p.30).

Para o nível Estadual, esta comissão é chamada Bipartite e construída, posteriormente, pelos representantes dos Secretários Municipais de Saúde, da Secretaria Estadual de Saúde e do Ministério da Saúde (Chioro e Scaff,1999, p.30). No âmbito Nacional, a comissão Tripartite, reunindo representantes dos Secretários Municipais de Saúde, da Secretaria Estadual de Saúde e do Ministério Saúde.

Desse modo, em 1995/96, logo após a intensa mobilização e organização, o artigo de Chioro e Scaff (1999, p.30) relata que mais de 100 municípios passaram à gestão Semiplena, que era englobado entre os 10 a 12% da população brasileira e 18% dos recursos destinados com assistência. Então, esses municípios experimentam até aquele momento importantes avanços significativos entre os quais são destacados:

- a melhoria de diversos indicadores epidemiológicos e do nível de saúde de suas populações;
- o aumento da oferta de serviços à população com maior controle e avaliação dos prestadores, o que determinou diminuição dos gastos e reutilização destes recursos conforme as prioridades apontadas nos Plano de Saúde, discutidos e aprovados pelos Conselhos e Conferências Municipais de Saúde;
- a discussão e o esboço de uma mudança do modelo de atenção à saúde, que busque o resgate das práticas de Saúde Pública e com o desenvolvimento de políticas intersetoriais;
- a redefinição de papéis institucionais para os diferentes níveis do poder executivo (CHIRO e SCAFF,1999, p.30).

¹¹ Para LIMA (1991, p.285) a atuação da Frente Parlamentar expressava uma oposição, no que se refere à intenção do movimento da reforma sanitária de implementar uma mudança no modelo médico-assistencial centrado no hospital. Tinha objetivo materializado na extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social em 1993, na medida em que o Ministério da Saúde se tornou o grande comprador de serviços médicos do setor privado, pagando por produção, ainda vigente.

Com o agravamento da crise econômica que se instalou no país, no cenário político Itamar nomeia Fernando Henrique Cardoso do Partido da Social Democracia Brasileira (PSDB) para assumir o ministério da Fazenda que neste momento fica conhecido como FHC¹². O ministro da Fazenda propôs uma reforma do Estado, o combate à inflação e as mudanças que incluíam a diminuição de gastos públicos e a privatização de empresas.

Entre as primeiras medidas tomadas estavam a desregulamentação do mercado financeiro, a abertura do fluxo internacional de capitais e o lançamento de títulos da dívida brasileira no exterior, atribuindo ao país o papel de emissor de capital fictício (LIMA, 1991 apud Paulani, 2006, p.287). Era o plano econômico que naquele momento ficou conhecido como plano Real.

[..] No Brasil, a primeira reação à crise do Estado foi inaugurá-lo, o que significa que a transição democrática fez “populismo econômico — numa referência implícita ao Plano Cruzado do Governo Sarney (1985-89), a segunda resposta foi neoliberal (Collor,1990-92). Ambas foram, para os autores do Plano Diretor, irrealistas: a primeira porque subestimou a crise,a segunda por que é utopia (BEHRING, 2008, p.177).

Lima (1991) analisa que, do ponto de vista econômico, mais que um plano de estabilização, o Plano Real consolidou a inserção do Brasil no circuito internacional de valorização financeira ao permitir à atração de capitais externos de curto prazo com o controle do processo inflacionário, além de abrir espaço para aprofundar medidas anteriores, como a abertura econômica e financeira e a privatização de empresas e serviços públicos.

No entanto, com o Plano Real, Fernando Henrique Cardoso passou a conduzir a coalizão de poder capaz de superar a crise de hegemonia no país, por meio da adoção do programa de estabilização do Fundo Monetário Internacional e das reformas preconizadas pelo Banco Mundial (Lima, 1991. p .287). Em julho de 1993, no plano econômico, o governo decreta o corte de três zeros na moeda, chamada de Cruzeiro Real, a partir do ano seguinte, em março de 1994. A população começa a conviver com a Unidade de Valor Real — URV, um dispositivo que ajudará as pessoas na conversão do cruzeiro real para o Real, prestigiado por valer um dólar. Outro feito seria controlar a inflação e aumentar a atividade econômica do país. Neste contexto, o FHC ganhou popularidade e lançou sua candidatura para presidente nas eleições de 1994, ganhando com mais de 50% dos votos.

¹² Reflexão feita a partir do vídeo "da redemocratização até nossos dias (de Sarney a Lula), do professor Eloir. Disponível em: < <https://www.youtube.com/watch?v=Tg9yGBTgOEG>> Acessado em: 05 de fev. de 2019.

2.5 A saúde na gestão de Fernando Henrique Cardoso e o abraço do governo ao neoliberalismo (1995-2003)

Para as eleições da presidência da república de 1994 – Fernando Henrique Cardoso, FHC, Ministro da Fazenda do governo de Itamar Franco, deixa o cargo para lançar a sua candidatura pelo PSDB, enfrentando nas urnas o seu adversário na época, Luiz Inácio Lula da Silva (LULA), do Partido dos Trabalhadores – (PT). As eleições resultaram na vitória de FHC e suas principais metas de governo foram a estabilização e a adequação da economia às novas regras do mercado internacional. Além do mais, como ministro de Itamar, FHC tinha lançado o Plano Real e que naquele momento avançava como programa de combate à inflação e ao equilíbrio das contas públicas.

Neste âmbito, o governo iria promover a reforma administrativa e a reforma da previdência, além das mudanças no plano educacional. Este é marcado pela aprovação das Leis de Diretrizes e Bases, as chamadas LDB, em 1996. O governo FHC ainda conduziu o maior programa de privatização da história brasileira, especialmente no setor de energia, de siderurgia e de telecomunicações. E também, antes do fim de seu mandato, FHC e o Congresso Nacional aprovaram a emenda constitucional que possibilitaria a sua candidatura à reeleição em 1998. Na Saúde, em novembro de 1996, pouco antes de sua saída do comando do Ministério da Saúde e politicamente enfraquecido, em função da restrição de recursos financeiros para a saúde, efetuada pela área econômica do governo FHC e por causa do desgaste público após a aprovação do CPMF, Adib Jatene assina a NOB 01/96

A Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde, a NOB-SUS/96 foi o resultado de um intenso debate e negociações (foram dezenas de versões) que duraram cerca de dois anos, com a participação das três esferas de governo e submetida à apreciação das Conferências Municipais, Estaduais e deliberação da *X Conferência Nacional de Saúde* realizada em setembro de 1996 e do Conselho Nacional de Saúde (CHIORO A & SCAFF, 1999, p.30). Incluindo, neste aspecto, a ideia de descentralização do sistema, através da efetiva municipalização da saúde pública e por meio do fortalecimento do sistema de atendimento básico municipal.

Acrescentando a isto, ocorre a transferência de recursos públicos e de responsabilidades para os municípios o controle de pagamento dos serviços prestados hospitalares especializados dos municípios. Somando-se ainda neste pacote: o financiamento federal do SUS, a transferências regulares e automáticas por serviços produzidos para

assistência hospitalar e ambulatorial. Além de mais ações voltadas para a vigilância sanitária, epidemiológica e o controle de doenças.

A seguir, os principais avanços referentes a esta NOB.

- Promover e consolidar o pleno exercício do poder público municipal.
- Caracterizar a responsabilidade sanitária de cada gestor.
- Reorganizar o modelo assistencial - descentralizando aos municípios a atenção básica da Saúde.
- Diminuir relativamente o repasse por produção - aumentando o repasse fundo a fundo (CHIORO & SCAFF, 1999, p.30).

Sendo as ações básicas de Saúde na esfera municipal e estadual, em resumo (CHIORO & SCAFF, 1999, p.30):

a. Para os Municípios:

Além de incluir as orientações operacionais, propriamente ditas, explicita as consequências práticas, em sua totalidade, aos princípios e às diretrizes do Sistema. Pela NOB 96 são determinadas as seguintes condições de gestão:

Para responsabilidade dos Municípios os autores destacam as atribuições de cada instância aqui citada:

- Gestão da Atenção Básica;
- Gestão Plena do Sistema Municipal.

b. Para os Estados:

- Gestão Avançada do Sistema Estadual;
- Gestão Plena do Sistema Estadual.

Contudo, perante toda essa discussão sobre esta NOB, o governo FHC foi relutando em regulamentar definitivamente a NOB 96 e permitir que fosse colocada em prática. A respeito da operacionalização, a municipalização está parada desde setembro de 1996, impedindo o avanço do SUS.

Em seu mandato, o governo FHC procura divulgar às opiniões públicas, com uma mudança de modelo de saúde em curso, através da implantação de programas nacionais (agentes comunitários, saúde da família, combate à dengue, etc.), mas mantém a tradição da centralização e da verticalização, contrária ao espírito e a letra do SUS, embora o discurso estabelecesse como prioridade a municipalização.

O aprofundamento do Projeto Neoliberal do Governo de FHC e sucateamento do SUS, de acordo com Chioro e Scaff(1999, p.30), foi o fortalecimento do ideário do projeto neoliberal e da consolidação desse modelo que atingiu a saúde e tem continuidade na gestão de FHC- na qual se acentuou neste período. Lima (1991) demarca esse processo em dois momentos: 1995 /1998 a 1999-2002, apontando principalmente, pela sobrevalorização da moeda em seu contexto econômico, pela elevação inédita das taxas de juros públicos na área social, pela dependência científica e tecnológica e a reforma da aparelhagem estatal. Para isso, o governo Fernando Henrique Cardoso reuniu as forças internas defensoras do projeto neoliberal.

Para agravar a situação, no primeiro momento a saída de seu ministro da saúde Adib Jatene, que procurava manter um razoável nível de interlocução com os diferentes atores e, em determinado pontos até confluir para proposta defendida pelo movimento da reforma sanitária, dando prioridade à intervenção da área econômica do governo na gestão do Ministério da Saúde.

E para piorar o contexto, o descompromisso do governo com a saúde, trajava mais os interesses, o fortalecimento e a consolidação do projeto neoliberal que sufocava cada vez mais o financiamento do SUS. É uma deliberação da ação governamental pela destruição da saúde pública mais ao modelo de assistência à saúde centrado na doença, no tratamento e na cura. E defendia a concepção: serviço universal descentralizado, com forte participação municipal e a democracia da comunidade (social-democracia). Porém, — direitos e conquistas dos movimentos sociais e da classe trabalhadora.

A incerteza pairava e persistia na correlação aos financiamentos voltados para SUS na sua utilização como instrumento. Desde 1993 tramita no Congresso Nacional o projeto de Emenda à Constituição, denominada PEC nº 169/93, de autoria dos Deputados Eduardo Jorge (SP) e Waldir Pires (BA), que estava na época apostando para ser votado no plenário.

Além do mais, previa a destinação 30% dos recursos da Seguridade Social para a saúde, no mínimo, 10% dos orçamentos dos fiscais municípios, estados e União (CHIORO e SCAFF, 1999, p.32).O artigo coloca dados sobre os recursos a ser regulamentados, e proporciona uma fonte estável elevariam nos gastos em saúde como diz (CHIORO e SCAFF,1999) cerca de 250 dólares *per capita*, longe de ser o valor praticado pelos países que possuem sistemas de saúde organizados e eficientes, que porém, pelo menos, o que permitia

que o Brasil se igualasse aos demais países que estão em desenvolvimento, Chioro & Scaff(1999) dá até mesmo exemplo da Argentina.

Em julho e setembro de 1994, não houveram reajustes na tabela paga aos servidores do SUS (CHIORO e SCAFF,1999, p.32). Com a inflação acumulada superior a 80% concedeu-se, no máximo, um abono de 25%, dos recursos que iram ser destinados para as ações da saúde coletiva. Os dados desse período (idem.1999. p.32),demonstram que os recursos também não estavam sendo destinados para ações voltadas para saúde coletiva. Esse aspecto ficou claro, quando apareceram, por exemplo, as epidemias de sarampo, cólera e dengue. E ainda, doenças antes sob controle, naquele momento estavam crescendo muito rápido, como o caso da tuberculose, da malária e da hanseníase.

Os fatores supracitados correspondem ao sucateamento do SUS, correlacionados aos desfechos dos recursos financeiros alocados nos serviços privados e a deterioração contínua do sistema público de saúde. Assim, foram incorporados os postulados à chamada Terceira via (LIMA, 1991, p .287).

2.6 O segundo mandato de FHC (1998-2003): Terceira via - reforma do Estado

Mais uma vez FHC vence o candidato Lula nas Urnas, iniciando o segundo mandato. Já tinha dois complicadores: a taxa de desemprego aumentou e a inflação voltou a ameaçar o presidente, mas como estratégia de defesa ele intensificou a sua relação com o Fundo Monetário Internacional — (FMI), do qual fez empréstimos que aumentavam a dependência econômica brasileira. Em 1998, o FMI começou a exigir que o Brasil controlasse os seus gastos públicos e aumentasse a sua produção. Seguidamente, o presidente aprovou a Lei de Responsabilidade Fiscal para estados e municípios, mudando a sua política cambial para aumentar as exportações, após oito anos no poder.

O segundo governo de FHC foi marcado pelo avanço do projeto neoliberal, em iniciativas da possibilidade da reforma do Estado Brasileiro e as transferências da gestão de serviços públicos para iniciativa privada e ONG, sem fins lucrativos ou as iniciativas das chamadas – (Os) Organizações Sociais. Conforme Costa & Lamarca (2013, p.1602), a experiência brasileira da década de 1990, na perspectiva dos autores é particularmente instigante, porque o governo de coalizão política de Fernando Henrique Cardoso (FHC) assumiu a urgência da agenda da estabilização, em razão da crise apontada pela hiperinflação, da desorganização das finanças públicas e da vulnerabilidade cambial.

Lima (1991) vai dizer que a Terceira Via tem como proposta central “radicalizar a democracia” por meio da construção de uma sociedade “civil” “ativa”, no que autor descreve que a (parceria do Estado na execução das políticas sociais) e da concentração social (colaboração entre os diferentes grupos sociais em prol da equidade). No entanto, esta visão é totalmente contraditória com a realidade vivida naquela conjuntura.

Somando-se a isto Lima (1991) destaca que essa abordagem compreende como uma simples roupagem ainda mais sofisticada na qual se encaixa perfeitamente ao ideário neoliberal e da vida em sociedade, não questionando as causas das desigualdades sociais e dos problemas que angustiam os grandes contingentes populacionais.

Para além do que pode ser explicado nas palavras de Lima (1991), a confluência do ideário no que se refere à Terceira Via é inaugurada no país com discurso de governança, construído pela social-democracia inglesa, sob o comando de Tony Blair, que visava uma competição administrativa, conforme o modelo inglês e também no viés americano. Duas concepções estavam interligadas no desenho da reforma da aparelhagem estatal que teve o seu início já no primeiro mandato de – FHC.

O seu primeiro discurso de governança colaborou para se justificar a redefinição da nova configuração do papel do Estado, neste discurso deixa muito claro, de ser responsável direto pela produção de bens e serviço, para exercer essas funções de regulação e coordenação das políticas econômicas sociais, porém na medida em que era transferida para o setor privado das atividades, é devidamente clara, sua inserção nas mãos do controle mercantil.

Segundo Lima (1991, p. 288), essa visão também atribuía a descentralização executivas para as esferas estadual e municipal. No entanto, no segundo discurso de (FHC) se fortalecia a competição administrativa, que ajudou a viabilizar as modificações dos serviços públicos em organizações sociais. Desse modo, (CHIORO e SCAFF,1999), na mesma forma de pensamento, menciona que o Ministro Bresser, responsável pela pasta de Administração, ajuda na elaboração dessa Reforma do Estado, que avança na proposta neoliberal que propunha, em número de 34, a quantidade de privatizações de hospitais e dos serviços públicos, através da criação das Organizações Sociais Autônomas – (Os) ou denominadas de “parceiras”, submetendo, nesse contexto, a saúde no âmbito mercantilista.

Na prática, aprofunda-se o processo de privatização, implantado durante a gestão de Paulo Maluf (93-96), na capital de São Paulo, através do plano denominado PAS, de forte cunho eleitoral. (CHIORO e SCAFF,1999,p.34). Desse modo, para determinar as condições que foram criadas, o próprio ministério da administração Federal e Reforma do Estado tinha a

missão específica de orientar e instrumentalizar a reforma da aparelhagem Estatal. Lima (1991, p.288) Para este ministério, no que se refere o autor a crise do Estado brasileiro era uma crise do modelo desenvolvimentista, visto que, ao ampliar sua intervenção na esfera produtiva, no que se referia à ampliação do Estado, de sua intervenção no que desrespeita as funções básicas, e na esfera produtiva, o próprio Estado se afasta de suas mesmas funções.

Nessa perspectiva, a crise não se explicava pelas inovações no modo de acumulação do capital, mas sim pela inadequação da atuação do Estado na economia e na área social, ignorando a crise e subestimando o desequilíbrio econômico-financeiro, na década de 1980, e desconsiderando, no início dos anos 1990, seu papel complementar ao mercado na coordenação da economia e na busca da redução das desigualdades sociais (LIMA, 1991.p.288).

Nos meados dos anos 1990, já aparecia respostas fundamentada no desafio maior de saída e de superação da crise — no governo de FHC, à ideia da reforma ou a chamada reconstrução do Estado. segundo Lima (1991) é uma forma de trazer de volta a sua autonomia financeira e de sua capacidade de implementação de políticas públicas. Com que advenha com propostas de não à minimização do Estado, como pretendem os neoliberais naquela conjuntura que também não pretendia expandi-lo, conforme descrita na política social – democrata mundial, porém reconstruir um Estado estruturando ele como necessário para gerenciar a transferência das empresas estatais e serviços públicos para almejar o mercado e delegar a sociedade civil, e na execução das políticas sociais com uma nova roupagem, de uma forma fragmentada, pontual e minimalista, que atenderá os pobres dos pobres.

E para reforçar sobre o ideário ideológico da opinião pública em relação à crise e os seus impactos que incidiria diretamente nas políticas sociais, incluindo as áreas da saúde, na qual se conferiam as políticas de uma forma geral, Chioro e Scaff A. (1999), declaram:

Do ponto de vista ideológico, argumentam para a opinião pública que a crise é determinada pelo corporativismo e ineficiência do Estado e que, portanto, a saída se dará através da progressiva privatização, ficando o Estado responsável, quando muito, pelas ações básicas de saúde e as medidas de saúde pública. O restante deverá ser assumido, pela proposta do governo, pelo setor privado e controlado não mais pela sociedade, mas sim pelas regras de mercado. É a "cesta básica da saúde", coerente com as propostas originadas no chamado "Consenso de Washington".

Os cortes eram necessários para as mudanças que não se fizeram por meio de políticas de proteção social (LIMA, 1991. p.290), no entanto, deu-se de acordo com as Leis de competitividade do mercado mundial e da chegada da “globalização”. As ações do governo, que diretamente foram orientadas no “combate à pobreza”, tinham que aumentar sua “competência” posta à força de trabalho para produtividade. Portanto, dentro da lógica e neste

cenário emblemático que se encontra as devidas políticas sociais, em especial nas áreas da saúde e da educação, adquirem-se novas formas compensatórias, assumindo um caráter focalizado (Id,1991).

Para isso, este mesmo caráter focalizador encontra o governo de FHC, no tripé das três dimensões das políticas sociais, saúde, assistência e previdência. Para Mota (2008), em uma de suas obras *O Mito da Assistência Social: A centralidade na Seguridade Social Brasileira nos anos 2000 demonstra ideias* estudadas pela autora, desde 1995 sobre a cultura da crise e Seguridade Social, abordando a temática das tendências dos anos 80. Não abordam-se todas as tendências nesta pesquisa, mas citam-se algumas que corroboram com a ideia do presente trabalho de pesquisa.

A autora trabalha sobre o significado da expansão da assistência social, indicando as implicações de sua centralidade voltada para a seguridade social brasileira.

Em uma dessas tendências defendidas pela autora, o argumento central é que as políticas que integram a seguridade social brasileira estão longe de formarem um amplo mecanismo bem articulado, diante de uma nova roupagem adquirida, através da perversa posição de conformam uma unidade que realmente é contraditória: enquanto avançam a mercantilização e a privatização das políticas sociais de saúde e de previdência, restringindo o acesso aos benefícios que lhes são da assistência social que amplia na condição de política não contributiva. Transformando-se assim a política social como fetiche de enfrentamento às desigualdades sociais (MOTA, 2008, p.134).

A expansão da assistência social cresceu nos anos 2000 com ações restritivas, condicionalidades e focalizadas no acesso à previdência e na saúde. Os movimentos sociais foram sustentados por uma razão instrumental, em torno de um argumento do crescimento da pobreza e as impossibilidades de equilibrar as finanças no que determina a necessidade de sistema privados e complementares — simultâneo a redução e/ou não ampliação dos serviços e benefícios para a população (MOTA, 2008 p. 134).

Mota (2008) afirma que há uma nova engenharia da Seguridade Social, no Brasil e nesta mesma linha de pensamento da saúde corrobora Lima, (1991), e Mota (2008) continua a dizer sobre o caráter das políticas sociais em foco somente para os pobres dos pobres da sociedade, imprimindo, dessa forma, um outro desenho da política de Assistência Social, especialmente da saúde e, principalmente, porque na expansão dos programas de transferências de renda tivera da centralidade os programas de transferências de renda.

Em Netto, (2010) no artigo *A face contemporânea da Barbárie* trata da hipótese central, a partir da ideia do autor que no tardo-capitalismo ou, como o próprio chama capitalismo contemporâneo, resultou das transformações societárias ocorridas nos anos 1970. Trata-se da face contemporânea da barbárie expressa exatamente nos mesmos traços no que se confere à “questão social”. Desse mesmo jeito, ele debruça os seus estudos sobre os governos de FHC e Lula. A saber, como se caracteriza a política social contemporânea, na qual é centrada no caráter do papel de minimização das políticas sociais e nos programas de combate à pobreza, via transferência de renda, mas outro estilo de combate aos pobres através da repressão e do controle social.

Destacados neste ponto:

Este processo é caracterizado como *publicização* é uma novidade da reforma que atinge diretamente as políticas sociais. Trata-se da produção de serviços competitivos ou não – exclusivos do Estado, estabelecendo-se parcerias com a sociedade para o financiamento e controle social de sua execução (BEHRING 2008,p.178).

Behring (2008); Lima (1991) trataram da reforma do Estado, mas o Plano Diretor de 1995, deixa claro, mais uma vez, que os pressupostos dessa proposta, ao apontar, em primeiro lugar, um ajuste fiscal duradouro, se lendo uma política de *superávit* primário, em troca da redução dos gastos públicos na área social, o aumento da pobreza da desigualdade social, no intuito de gerar receita para o pagamento dos devidos juros e a rolagem da dívida externa nas mãos do Fundo Monetário Internacional. Lima (1991) em segundo lugar, era notório a necessidade de realizar as reformas econômicas da época que foram orientadas para o mercado, supondo que havia uma ideia que essas medidas aumentaria a concorrência interna, as expectativas que criaria condições favoráveis para o país enfrentar a competição internacional.

Lima (1991), ainda aborda que em segundo lugar, estava a necessidade e urgência de realizar a Reforma econômica que era direcionadas para o mercado estrangeiro, supunha que essa medida aumentaria a concorrência interna e criaria as condições plena para o país enfrentar a competição internacional.

A crise do Estado, que resgata sua autonomia financeira e sua capacidade de implementar políticas públicas. A “reforma” deverá seguir por alguns caminhos: ajuste fiscal duradouro: as reformas econômicas orientadas para o mercado — abertura comercial e privatização — acompanhadas de uma política industrial e tecnológica que fortaleça a competitividade da indústria nacional: reforma da previdência social; inovação dos instrumentos de política social; e reforma do aparelho Estatal aumentando sua eficiência (BEHRING, 2008. p.178).

Logo, em concordância Behring (2008) com Lima (1991) a necessidade de realizar reformas econômicas orientadas para o mercado, entendendo que essa medida aumentaria, gradualmente, a concorrência interna e criaria as condições financeiras para o país. A reforma da previdência social, como já sabemos, foi uma medida apresentada como fundamental para aquela conjuntura, e um meio de saída da crise fiscal, além do mais havia a necessidade de inovações dos devidos instrumentos de política social. Somando-se aos serviços públicos, têm-se a criação da figura jurídica das organizações sociais, a focalização das ações determinadas pelo próprio Estado no atendimento das demandas sociais, os mínimos básicos na construção do bordão de uma “sociedade ativa”, cujo melhor exemplo foi o do programa *sociedade solidária* ou até *criança esperança*. Formas de programas com viés de fins filantrópicos.

Portanto, Lima (1991) deixa claro que neste momento histórico do governo de FHC — apregoava-se a necessidade de realização de reforma da aparelhagem estatal, que visava o aumento da governança, e implicava no chamado “retrocesso de 1988”, (BEHRING 2008, p.180), de modo a trabalhar com a seguinte hipótese: “a transição democrática é colocada como um momento de retrocesso para esses setores, trata-se de um novo populismo patrimonialista no país, que imprime à constituição de 1988 uma volta ao passado burocrático sem precedentes.”

Lima (1991) demonstra o que se pretendia: era substituir a administração pública, tida como burocrática, rígida, ineficiente, centralizada e baseada no controle interno de processos e procedimentos, por uma administração pública gerencial, capaz de garantir a própria eficiência para redução de custos, que neste íterim também contou com a flexibilização do setor público.

Além disso, pretendia-se substituir a administração pública burocrática, considerada rígida, ineficiente, centralizada e baseada no controle interno de processos e procedimentos, por uma administração pública gerencial, capaz de garantir a eficiência (redução de custos) e a flexibilidade do setor público (leia-se: abertura para a privatização e extinção do instituto da estabilidade; desenvolvimento de uma cultura gerencial baseada na avaliação do desempenho, controle dos resultados, descentralização dos serviços e competição administrada)(LIMA,1991, p.290).

A reforma, neste ponto, abrange a parte administrativa como todo e o setor público sofre um grande impacto (BEHRING, 2008). O Plano diretor incluiu, mais um diagnóstico da “máquina” pública, na qual buscava provar a tese de que a constituição tirou, nas palavras da

autora, a capacidade operacional do governo, aumentando assim o seu custo total. Para tanto, o diagnóstico é realizado em três dimensões.

A primeira, a que chama dimensão institucional – legal, o plano que a Constituição e o direito administrativo brasileira privilegiam, adotando-se o modelo burocrático tradicional, formalista e rígido, com ênfase nas normas e nos processos em detrimento dos resultados. (BEHRING, 2008. p.181). A segunda dimensão foi a descentralização que, anunciada pela constituição, dá maior estatuto aos estados e aos municípios, na qual naquela conjuntura caminhava-se, demasiadamente, em ritmo lento. E acreditando-se na crença de que a União deve promover o bem-estar social.

Behring (2008, p.181), continua sua análise assim, os municípios se comportando de forma pendente “de forma dependente, contraposição a uma profunda tradição municipalista do país”, na qual, conclusão que apareceu completamente e surpreendentemente dada as nossas reconhecidas tradição centralista. Desse modo, a terceira dimensão se trata de um documento oficial, o governo federal era de fazer a “política”. Na verdade, como é um documento oficial, o governo federal “faz política” com os municípios. Já a legislação que regula as relações de trabalho no setor público é vista como protecionista e inibidor do “espírito empreendedor”. A maior expressão disso, nessa avaliação, é o Regime Jurídico Único e a extensão do regime estatutário para o funcionalismo, ao querer evitar o patrimonialismo e o clientelismo, a constituição, o aumento da rigidez e da ineficiência, segundo essa concepção. Outro aspecto é a tendência crescente de aumento dos gastos com pessoal, em destaque para os inativos.

Segundo Lima (1991), na mesma linha de direcionamento dos pressupostos de 1995, Luiz Carlos Bresser-Pereira, então ministro da administração Federal e o grande articulador da reforma do Estado e do Administrativo, apresentou sua proposta de “Reforma administrativa ao Sistema de Saúde” — uma reorganização do sistema de atendimento hospitalar e ambulatorial do Sistema Único de Saúde (SUS). Por outro lado, esse sistema, de avaliação dele, era necessário que completasse o processo de reforma, no sentido de garantir melhor atendimento, mediante o controle preciso e mais adequado das ações, que tinha, inclusive, melhores qualidades dos serviços pagos pelo próprio Estado. Além de racionalizar o acesso ao atendimento hospitalar, evidentemente, as internações exames desnecessários.

A desculpa, que Lima(1991) demonstra era contrapartida que essa mesma racionalização do acesso dava diretamente a redução dos custos da medicina curativa seria o aumento de recursos para medicina curativa seria o aumento no que ele diz de “ recursos para

medicina preventiva, decorrente da economia e do controle das despesas dos hospitais” (LIMA,1991.p.294)

As Análises que Lima (1991) fez no seu estudo também esclarece, naquele momento, a questão da lógica subjacente: o sistema tinha um custo alto, devido à elevação dos gastos, em razão do aumento da complexidade e da sofisticação tecnológica do tratamento médico-hospitalar. Portanto a racionalização do acesso aos hospitais teria, como contrapartida, a permanência do pacote de benefícios na área da saúde pública, e com visibilidade aparecia o Programa *Saúde da Família*.

Não era por acaso, mas uma das ideias ou de força de receituários, como exigências do Banco Mundial para a reforma do setor da saúde no país, explicitada no documento de 1993 que, potencialmente, dispensa todos os princípios do Sistema Único de Saúde de universalidade e integralidade.

Como o ditado popular menciona que “desgraça sempre vem à galope” Lima (1991) explicita os problemas do financiamento, estava voltado aos recursos voltados para saúde em certo momento, sendo “equacionado” com uma proposta de criação e de contribuição sobre Movimentação Financeira, o dito chamado — (CPMF), pelo então ministro da Saúde Adib Jatene (1995-1996), a outro causa do chamado “caos da saúde” era administrativa. É nisto que se destaca em primeiro lugar, o controle de gestão do Sistema Único Saúde ainda permaneciam muito centralizado novo nível único só federal e em segundo lugar, por não haver nas palavras de Lima (1991), “ uma clara distinção entre o credenciamento dos hospitais (denominado, nessa proposta (sistema de oferta)”. Lima (1991,p.294)

Primeiramente era uma iniciativa de controle e de gestão do Sistema único de saúde — SUS, ainda centralizada no nível federal e, depois por não haver uma clara distinção dos credenciamentos dos hospitais – claramente colocado como (denominados, nessa proposta, sistema de demanda”) e o encaminhamento dos pacientes no interior do sistema (“dos sistemas de oferta”). Logo, o autor faz uma avaliação sobre a crise, em concordância aos elementos trabalhados nesta pesquisa. A mesma crise decorre do fato de não ter sido considerada, até aquele momento, a possibilidade de outras formas de propriedades que forneciam a possibilidade diretos dos serviços hospitalares, como tais a propriedade pública não estatal.

Por outro lado, o diagnóstico do autor, tem como base o sistema inglês de “quase mercado” indicado, igualmente, no documento do Banco Mundial de 1993, isto é, a reforma setorial que afetou a saúde e defendida também por Bresser Pereira, este pretendia a criação

de um Sistema de Atendimento à Saúde, tendo sua organização em dois subsistemas: o Subsistema de Entrada e Controle (sistemas de demandas) e o Subsistemas de referência e Ambulatorial e Hospitalar como (sistema de oferta).

A proposta previa que o Subsistema de Entrada e Controle fosse à forma de acesso obrigatória do sistema, responsável pelo atendimento dos problemas de saúde mais comuns da população local, integrando ações de promoção, prevenção e recuperação. Organizado de acordo com a base populacional e geográfica de cada município, previa a adstrição da clientela às unidades locais e aos médicos de saúde da família. Os clínicos gerais dos postos e/ou centros de saúde ou os médicos do Programa Saúde da Família seriam os responsáveis pelo encaminhamento dos pacientes para os serviços de maior complexidade e especialização, organizados em torno do Subsistema de Referência Ambulatorial e Hospitalar (LIMA, 1991. p.296).

Lima (1991) continua afirmando, que era um conjunto de propostas descritas no parágrafo supracitado que visa preparar as instituições públicas de saúde para o seu papel de regulador e coordenador da privatização do setor, e das outras políticas de flexibilização da administração pública e do próprio SUS. Em seguida, no mesmo caminho, o projeto de criação do Sistema de Atendimento à Saúde, no qual o poder executivo recomendou, no mesmo trecho na qual tratava da reforma da previdência. Lima (1991, p.296) discorre sobre a (proposta de emenda constitucional n. 33/1995), acrescentar no art. 196 da constitucional Federal a expressão “nos termos da lei” assim dizendo”.

A saúde estava em maus lençóis com a direção do Plano Diretor da Reforma do Estado, as reformas institucionais-legais seriam fundamentais para a mudança na gestão do setor público, porém essa transformação não se limitava a elas, nem podia esperar que acontecessem.

Porquanto, vale apenas lembrar que o governo de FHC já estudava esta possibilidade de uma grande reforma do Estado Brasileiro, na gestão do Estado Brasileiro, que se inicia com a transferência da gestão dos setores públicos para iniciativa privada – para entidades privadas sem fins lucrativas as chamadas Organizações Sociais (Os) para as áreas da atenção primária da Saúde.

Lima (1991) Já não era segredo que nesta década a terceirização entrava com força nos setores administrativos e na saúde. Além do mais, já estavam sendo encaminhados diversos projetos que não guardariam as reformas constitucionais: a avaliação estrutural dos órgãos e entidades governamentais, a criação de agências autônomas e de organizações sociais, bem como a instituição da lógica da publicização, projetos construídos para contornar a “rigidez burocrática” da administração pública, que, no entendimento do governo Fernando Henrique

Cardoso — (FHC) , não atendia com agilidade, qualidade e eficiência às demandas do “cidadão-cliente” por determinados serviços sociais, como saúde e educação. Mota (1997).

Segundo Cardoso (2015) no seu artigo “o processo de contrarreforma do Estado brasileiro e a empresas Brasileira de Serviços Hospitalares” aborda que o plano diretor, há duas diferenças de conceitos no que se refere à reforma do Estado e da Reforma do aparelho Estatal. O primeiro implica nas mudanças nas diversas áreas da sociedade brasileira e de forma hegemônica, a autora também vai abordar este contexto da Reforma do Estado e suas implicações. O Segundo, própria autora da continuidades se referindo às áreas do governo e orienta-se para administração pública, e a uma posição e definição sobre a contra reforma cuja ênfase recai em sua postura administrativa.

Na mesma ênfase, lançaram as bases para a parceria do Estado e da sociedade civil para o chamado programa nacional de publicização. No primeiro caso (LIMA, 1991,290),o Programa Comunidade Solidária, em 1995, inaugurou, como assim dizer “uma atividade significativa de obtenção de consenso para o projeto de sociabilidade neoliberal da Terceira Via”, diante o envolvimento de pessoas e de organizações não governamentais nas atividades políticas culturais com as mais diversificadas.

Cardoso reitera (2015) por isso para Bresser valorizava a ideologia do grande capital, as propostas contidas no Plano Diretor não seriam reformas do Estado no que mantinha o seu caráter e de suas responsabilidades sociais, ainda que as formas de seu gerenciamento fossem,majoritariamente, privadas, como é o caso das fundações que entram em cena neste momento e os seus direitos privados e das organizações sociais de diferentes tipos.

Estas novas formas, em Bresser, permitiram apenas transformações do controle e da execução dos serviços sociais básicos como saúde, educação, esporte e cultura. Esses serviços seriam gerenciados por organizações públicas não estatais. Em nossa compreensão este diferencial implicaria em comprometer-se diretamente com as orientações do e para o mercado (CARDOSO, 2015 .p.37).

Na área da saúde, o SUS perpassa por perigos iminentes como se encontra nas palavras de Paim,(2008) reorganizar as plenárias estaduais e nacional de saúde pois, além de pretender modificações profundas na Seguridade Social, o governo propunha remeter para a legislação ordinária a definição de que saúde é direito de todos e dever do Estado, ameaçando a gratuidade do SUS. Isso porque, era o projeto de saúde, como aborda Bravo (2009), articulado ao mercado ou às regularizações dos modelos médico assistencial privatista e também na temida política de ajustes fiscais com as principais tendências de descentralização com a desincumbência de responsabilização política central. Portanto, o estado, neste projeto,

consiste em garantir o mínimo aos que realmente podem pagar, ficando na incumbência do setor privado. Assim, somente os que dispunham de um capital para poder ser realmente atendido de maneira diferenciada.

Granemann (2007), em seu artigo *Fundações Estatais: projetos de Estado do Capital*, ajudará entender a lógica mercantilista por trás da Reforma do Estado. no primeiro momento. de acordo com as análises de Granemann, em março (2007), nas páginas eletrônicas e relatórios do Banco Mundial dados trazidos no artigo da autora são pontuados documentos inédito divulgados com avaliações e proposta para ‘ aumentar qualidade de gestão e racionalizar o gasto público’ do Sistema Único de Saúde (SUS). Ela aborda que o jornal o Globo, noticiou em 25 de março de 2007 que “ esse mesmo relatório do banco mundial foi feito a pedido do ministério da Saúde e coordenado pelo especialista - líder em Saúde do Bird no Brasil, Gerard La Forgia” Granemann (2007, p.1)

No segundo ponto desta análise no material do jornal Globo de 25 março de 2007 o Ministro da Saúde José Gomes temporão apresentou-se ideias como relata o artigo da autora muito assemelhado ao do relatório do Banco Mundial, mas perguntando sobre as indicações feitas no documento do banco Temporão diz ter lido. E no terceiro momento do estudo de Granemann, no próprio mês de maio de “2007, no Ministério do Planejamento Orçamento e Gestão encontra-se disponível para o acesso público em conjunto de documentos que as Fundações Estatais, que espelha conclusões similares às elaboradas pelo Banco do Mundial” Granemann (2007, p.1)

Por outro lado, Granemann (2007, p.1), deixa claro que “antes mesmo de o projeto contra-reforma do Estado do governo Lula da Silva ser oficialmente divulgado por autoridades governamentais, proposta e manifestações de um grupo de pesquisadores apresentam em eventos científico”, ligados a área da saúde na qual pareciam atuar com “balões- de - ensaio” ao projeto neoliberal da contra-reforma do Estado. E ainda sim tais apresentações, por outro lado, se tratava da particularidade da gestão dos hospitais federais e tomavam como ponto de partida a mesma fala sobre o fenômeno emblemáticos e justificador das contra- reformas, a crise dos hospitais do Ministério da saúde no Rio de janeiro.

Contudo, com os elementos pesquisados em sua apreciação, destacaram esse elementos nesta citação:

“... a SEGES deu início em 2005 a uma série de estudos e análises críticas sobre as atuais formas jurídico-institucionais da administração pública, com o objetivo de propor ajustamentos que conduzam a um arcabouço legal mais consistente e afinado

com os novos paradigmas e desafios impostos à gestão pública sem, contudo, fugir dos limites estabelecidos pelo ordenamento do direito público brasileiro. Nesse contexto é que nasce o Projeto Fundação Estatal – da necessidade imperativa de, à luz das disposições constitucionais, produzir direito novo para dotar o Governo de agilidade e efetividade no atendimento das demandas sociais do País (MPOG citado em GRANEMANN 2007, pág. 01 – *grifos* adicionados).

Esses argumentos contêm a sua similaridade no qual fundamentou a contra- reforma estatal gerenciada por Bresser Pereira: que fala de novos paradigmas, e desafios, efetividade e agilidade para propor mudanças em que funcionasse de forma de modo ruim ou insatisfatório (GRANEMANN, 2007, p.3). No Brasil, desde a ditadura do grande capital dos militares, o Estado vem assumindo, propriamente, as demandas da burguesia, mas quando a classe trabalhadora se organiza em fortes conflitos também de suas demandas são diretamente atendidas quase sempre como os direitos sociais e trabalhistas, como o SUS, constituída federal 1998.

As Fundações Estatais e as privatizações das políticas sociais tratada por Granemann (2007) vai abordar ponto crucial sobre, a crise dos hospitais federais do Rio de Janeiro, fosse realmente a preocupação central que move o governo, que deveria pelo menos indagar-se pela razão da proposta de fundações estatais. Portanto, a definição das áreas de atuação que permite que fique cristalina conclusões sobre a natureza deste projeto de funções estatais: desse modo, enumeramos algumas funções Estatais:

1. E um projeto de contrarreforma do Estado brasileiro no âmbito das políticas sociais: isto é, no âmbito das ações estatais que respondem aos direito e demandas da força de trabalho ocupação e excedentes e incidem sobre as condições de vida gerais da população, especialmente aquelas das camadas sociais mais empobrecidas;
2. Além das áreas de políticas sociais também as ações e as políticas de cultura e de conhecimento, bases republicanas de primeira importância para da soberania das nações tornando-se espaços de atuação das fundações estatais;
3. E um complemento das ações privatização que os diferentes governos (Collor, Itamar, Franco, Fernando Henrique Cardoso) que se se completou nesses governos (GRANEMANN, 2007, p.4).

Nesta direção, a contrarreforma consentiu a iniciativa privada a transformar quase todas as dimensões da vida social em negócios, ao definir, de modo rebaixado, o que as próprias dimensões da cotidianidade social em negócios, ao definir de modo rebaixado as atividades que corresponde às privatizações do Estado – iniciativas essas que permitiu a entrega das Estatais para os capitalistas pela via da monstruosidade da privatização – tem no escopo o projeto de Fundação Estatal num estágio mais aprofundado de mudanças no Estado sempre na lógica do capital Mínimo para o trabalhador e Máximo para o capital. No entanto, ao entender que Granemann (2007) traz como elementos de reflexão na realidade dessa

conjuntura, também vão rebater diretamente nas políticas sociais, como a noção de que as políticas sociais podem ser ajustadas nas lógicas capitalistas.

Granemann (2007), ao tratar desse assunto, discorre neste contexto sobre o fetiche do mercado ao atingir o seu ápice, em que o Estado reserva ou assume o papel de concorrente dos serviços privados, na lógica empresarial – convém, a nós trazer à lembrança os seus interesses e da lucratividade – neste bojo que opera a eficácia do Estado Burguês Neoliberal e a relação das políticas sociais de consecução que procuram no seu mínimo a viabilizar o bem-estar de uma maioria não pode encontrá-lo mercado em formas de serviços privados, como educação, saúde, previdência, lazer, etc. Aos que vendem sequer conseguem vender a própria força de trabalho a não conseguir uma porta de emprego, portanto a única proteção social é aquela oriunda da ação do Estado por via das políticas sociais.

Como fica claro nesta citação.

As fundações estatais são formas atualizadas, das parcerias público-privadas, das Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSICIP), das Organizações Sociais (OS), das Fundações de Apoio e de numerosas outras tentativas que sempre tentam repetir o mesmo – privatizar - sob emblema diverso para que a resistência dos trabalhadores seja vencida. O essencial é que as reduções do Estado para o trabalho em nome da eficácia e da eficiência do serviço ao público, pela mesma medida, significam o aumento do Estado para o capital e é por isto que as denominamos privatização (GRANEMANN, 2007, p. 5.).

2.7 Governo de Luiz Inácio Lula da Silva (2003 – 2011)

A eleição de Luiz Inácio Lula da Silva à presidência da república e definida em 2002, já no seu início, trazia para todos, naquele momento, uma expectativa muito grande, nas palavras de Júnior (2015), que finalmente teria uma transformação que melhorasse, ou que se poderia, de fato, ter a implementação do SUS, na sua originalidade, isto é, o que se propõe o projeto inicial, defendido pelo movimento social da reforma sanitária e os movimentos de saúde na década 80.

Um dos traços do governo Lula da Silva, como projeto inovador, foi a criação da Secretaria Municipal de Atenção Básica de Saúde, vinculado às ações ambulatoriais e hospitalares, integrando as atribuições das extintas secretarias de Políticas de Saúde e as Assistências à Saúde (BRAVO, 2009). Como isso impacta nos encaminhamentos do Hospital? Através dessa intervenção, o hospital recebe a maioria dos seus pacientes pelo SISREG já supracitado, para isso os cadastramentos são feitos nas clínicas da família. Mas a

falta de pessoal impede o trabalho de rede ser eficiente, além da falta de insumos, acabam gerando impactos que aparecem no Hospital Federal de Ipanema.

A análise de Bravo (2009) sobre o governo Lula diante da política de saúde mostra como ele atua, mantendo a política macroeconômica do antigo governo de FHC ao que se afirmam as mesmas posturas neoliberais em seu governo. Sendo, assim dentro da lógica econômica dadas às políticas sociais que sofre mudanças no seu escopo de forma universalizadas, porém, fragmentadas, focalizadas, pontual e subordinadas economicamente, entre elas, a política de Saúde, refém da lógica macabra e privatista. Leite (2010, p.96) analisa que, nesse mesmo momento, no governo de Lula da Silva há a conformação de um projeto conservador e neoliberal, se contrapondo ao direito universal à saúde propugnado pela Constituição 1998 e que representou um grande avanço, “na medida em que provocava uma ruptura com o modelo corporativo de benefício, ao eliminar a contribuição previdenciária como condição para o acesso aos serviços públicos de saúde”.

Porém, Bravo (2009, p.16) aborda em relação à saúde, “ havia uma expectativa que o governo Lula fortalecesse o projeto de reforma sanitária que foi questionado nos anos 90, havendo no período, a consolidação do projeto de saúde articulado ao mercado público ou privado. Assim dentro deste mesmo contexto apesar como desafio a incorporação da própria agenda ético política que Bravo (2009), trata “ agenda ético político da reforma Sanitária” no que diz a própria autora e pelas suas ações do governo eleito têm mantido a polarização entre os dois projetos, que estão seriamente voltados para as ações que enfatizam a focalização e o desfinanciamento.

Por outro lado, Júnior, (2015) o mais agravante neste cenário, a privatização dos serviços de saúde, seria o equívoco ocorridos no governo Lula mais tarde aprofundou no governo de Dilma Rousseff, seria as privatizações, através dos serviços de contratação de forma subordinada à substituição a rede pública, de serviços privados, que desvirtua e desrespeita a constituição de 1988 e a lei Orgânica do SUS.

A lógica privatista vinha se manifestando em todos os níveis de atenção, da saúde o que estimula a mercantilização dos serviços existentes, logo com essa lógica, a rede própria do SUS se encontrava fragilizada. No entanto, para Junior (2015), os médicos e outros profissionais da saúde estavam optando exercício profissional na rede privada e contratada/conveniada, onde a “população e gestores ficaram totalmente reféns da rede privada de saúde e das corporações profissionais organizadas instrumentos de intermediação

de mão obra denominados as chamadas “cooperativas”, formadas verdadeiros cartéis pelo Brasil”. (JUNIOR, 2015. p. 21)

O SUS estava cercado por todos os lados, pelos seus maiores inimigos, como parasitas que vivem desse meio, que são as chamadas Os — as Organizações Sociais de saúde, e o risco à terceirização do próprio SUS. Assim, não deixaremos de lembrar da dupla porta de entrada que é o Sistema Único de Saúde. No que seria os convênios com os planos de saúde. Por onde, há aqueles que podem pagar ou daqueles que não podem pagar e são atendidos imediatamente como se fosse balcão de hotelaria. Por outro lado, para os clientes dos planos de saúde fazem os seus procedimentos nas melhores salas dos hospitais públicos que são conveniados com os SUS

A precarização da saúde está atrelada à lógica do desmonte da saúde pública brasileira. De acordo com manifesto, em defesa dos hospitais universitários como instituições de ensino público, os hospitais universitários vinculados às universidades federais, sob a administração direta do Estado. O manifesto era contra a privatização da saúde e contra a implantação das empresas Brasileiras de Serviços Hospitalares –(EBSERH) nos hospitais universitários (HUs) do Brasil. A Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde — (FNCPS)¹³ Outro movimento que é contra a privatização da saúde tem posição contrária à implantação desta empresa nos hospitais federais universitários e em qualquer outro hospital – Escola do país, por considerar a sua implementação um “descalabro”. E para além disso, a implantação das Empresas Brasileiras de Serviços Hospitalares –(EBSERH)¹⁴, seria a privatização dos serviços hospitalares públicos de saúde. E por isso, o manifesto é uma reação contra a precarização e privatização do SUS.

A UFRJ rejeitou a entrada da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares — (EBSERH) durante a gestão do professor Reitor Carlos Antônio Levi. Houve um grande

¹³ A Frente em Defesa do SUS – MG surge como luta e resistência no momento de maior ameaça ao SUS nesses últimos 20 anos. Não existe direito à saúde sem democracia. E diversas medidas em curso do governo federal interino e golpista ameaçam o direito à saúde e o SUS. Disponível em: <<https://www.abrasco.org.br/site/outras-noticias/movimentos-sociais/manifesto-da-frente-em-defesa-do-sus-mg/24634/>> Acessado em: 16 de out. de 2019.

¹⁴ A Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) foi criada por meio da Lei nº 12.550, de 15 de dezembro de 2011, como uma empresa pública vinculada ao Ministério da Educação (MEC), com a finalidade de prestar serviços gratuitos de assistência médico-hospitalar, ambulatorial e de apoio diagnóstico e terapêutico à comunidade, assim como prestar às instituições públicas federais de ensino ou instituições congêneres serviços de apoio ao ensino, à pesquisa e à extensão, ao ensino-aprendizagem e à formação de pessoas no campo da saúde pública. Disponível em: <<http://www.ebserh.gov.br/sobre-a-rede-ebserh>> Acessado em: 19 de set. de 2019.

debate no Conselho Universitário da UFRJ – CONSUNI¹⁵, onde a universidade firmou sua posição contrária à EBSEH, considerada uma afronta à autonomia universitária. Dados os pontos a seguir:

- 1) Ao caráter público dos HUs, e à sua característica nata de instituição de ensino vinculada à universidade;
- 2) Um desrespeito à autonomia universitária garantida no artigo 207 da constituição de 1988;
- 3) Um risco à independência das pesquisas realizadas no âmbito dos HUs;
- 4) Uma forma de flexibilizar os vínculos de trabalhos e acabar com concurso público;
- 5) Além de prejudicar a população usuária dos serviços assistenciais prestados pelos Hospitais – escola e de colocar em risco de dilapidação os bens da União, ao transferi-los a uma Empresa (DIEESE, 2019. p.9).

As armas de impedimento à implementação da EBSEH (Lei nº 12.550/2011) nos hospitais-escola federais significaram evitar a privatização do maior sistema hospitalar brasileiro, composto por 45 unidades hospitalares. A implantação desta empresa na administração do HUCFF representaria uma séria ameaça para o sistema Único de Saúde, considerando o projeto privatista em curso.

A principal justificativa para criação dessa empresa, apresentada pelo Governo Federal – seria a necessidade de “regularizar” a situação dos funcionários terceirizados dos HUs, em todo o país (26 mil trabalhadores no total). Por outro lado, a proposta apresentada intensifica a lógica de precarização do trabalho no serviço público e na saúde, pois a permissão de contratar funcionário, através da CLT, por tempo determinado (contrato temporário de emprego), acaba ocasionando instabilidade e descontinuidade na prática em equipe. A lógica da rotatividade, típica do setor privado, compromete a lógica de sistematização, continuidade e qualidade do atendimento em saúde.

O que se tem é a gestão hospitalar proposta pela EBSEH significar exatamente o oposto do que tem defendido e reivindicado os trabalhadores da saúde: no lugar do concurso como forma de acesso à carreira pública, teríamos o agravamento da precarização do trabalho. Existe aí uma proposta inconstitucional e um ataque aos direitos trabalhistas duramente conquistados, pois desobedecendo a decisão liminar do Supremo Tribunal Federal (STF), na ação direta de inconstitucionalidade nº 2.135/2007, quando se restabelece o Regime Jurídico Único (RJU), previsto no artigo 39 da constituição federal para contratação de pessoal na

¹⁵ Conselho Universitário é o Órgão máximo de função normativa, deliberativa e de planejamento da Universidade nos planos acadêmico, administrativo, financeiro, patrimonial e disciplinar, tendo sua composição, competências e funcionamento definidos no Estatuto e no Regimento Geral.

administração direta ou autarquias e fundações com recursos do orçamento público que integram a administração direta e indireta.

A saúde e a educação são bens públicos, que não podem e não devem se submeter aos interesses do mercado. A EBSEH nega esse princípio constitucional e abre espaço para a mercantilização dos serviços de saúde prestados pelos HUs. Pelo fato de apresentar-se como empresa pública e prestar serviços para o SUS não resolve o problema, pois concretamente as possibilidades de “venda” do serviço pela empresa são reais e estão postas na Lei. Inclusive, as atividades de pesquisas e ensino seguem podendo ser vendidas a entidades privadas, por meios de “acordos e convênios realizados com entidades nacionais e institucionais” (Lei 12.550/2011, artigo 8º, Inciso II), sendo esta uma das fontes de recursos da EBSEH.

De acordo com CFESS (2014), em sua análise, sobre este assunto, avalia como um ataque frontal à política de saúde e ao maior complexo hospitalar público do Brasil, uma pretensão de consolidação do projeto privatista em curso da área de saúde e da educação no país: a EBSEH, os novos modelos de gestão das Organizações Sociais (OS), Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP), as Fundações Estatais de Direito privado (Projeto de Lei Complementar nº (92/2007), embora com características distintas, integram a estratégias de contrarreforma do Estado, no contexto de enfrentamento da crise do capital, que é baseado no repasse do fundo público para entidade de direito privado.

Há uma preocupação do CFESS (2014), isso porque os HUs têm sido campo de formação para o serviço social e para as demais profissões da área da saúde, através dos estágios e de residência interprofissionais. Essa é uma preocupação real nas perguntas de como ficarão os estágios e as residências na profissão. Também sobre o que se fará com os projetos profissionais. E institucionais? Será que haverá autonomia nas ações desenvolvidas pelos profissionais?

Bravo (2009) aborda sobre os aspectos de inovação da política de saúde deste governo, ressaltando que a volta das concepções da Reforma Sanitária dos anos 90, foram totalmente deixados para trás, dando uma nova roupagem até mesmo nas estruturas organizativas de saúde, e contribuiu para as escolhas dos profissionais comprometido com a luta histórica da Reforma da Sanitária. para Bravo (2009, p.16), durante esse tempo “ para o ocupar segundo escalação do Ministério; as alterações na estrutura organizativa do Ministério da saúde, sendo criado quatro secretarias e extintas três;” fazendo assim uma convocatória para 12º Conferência Nacional de Saúde, realizada em dezembro de 2003, dispunha do

comparecimento a CUT — Central Única dos Trabalhadores para escolha de seu membros nesta conferência.

Segundo aspecto foi à criação da Secretaria de Gestão do Trabalho em Saúde que tinha o objetivo de formar recursos humanos para a saúde e regulamentar as profissões e o mercado de trabalho na área. Para Bravo (2009, p.16), a secretaria buscava enfrentar a questão dos recursos humanos para o SUS, no que era para lógica da autora um dos grandes problemas, no que era o estrangulamento do sistema, no que se refere a NOB de recursos humanos que estava sendo ainda implementada.

Vale a pena ressaltar o que foi a 12^o Conferência Nacional de Saúde e os seus propósitos:

A 12^a Conferência Nacional de Saúde (CNS) teve como objetivo definir orientações para o plano plurianual de saúde do governo e as principais diretrizes a serem incorporadas ao sistema de saúde. Como estratégia central da mesma foi ressaltada a necessidade de equacionar os graves problemas do SUS com destaque para a área de recursos humanos e qualidade dos serviços. Como instrumento de mobilização da conferência foi elaborado um documento preliminar a ser discutido nas conferências municipais e estaduais contendo dez (10) eixos temáticos: Direito à Saúde; A Seguridade Social e a Saúde; A Intersetorialidade das Ações de Saúde; As Três Esferas de Governo e a Construção do SUS; A Organização da Atenção à Saúde; O Trabalho na Saúde; Gestão Participativa; Ciência e Tecnologia e a Saúde; O Financiamento do SUS; Informações, Informática e Comunicação (BRAVO, 2009, p.17).

2.8 Questão da saúde no governo de Dilma Rousseff (2011-2016)¹⁶

No governo de Dilma Rousseff, o que seria, após a vitória dela, a continuação do Governo de Luís Inácio Lula da Silva, mas em linhas gerais o seu governo adotaria, sobretudo, no que diz respeito à política econômica como encontramos nas palavras de Menezes (2014, p. 14) também na política externa, combate às desigualdades, posturas com relação aos temas polêmicos com a legalização do aborto e no que tange a regulamentação social e do jogo dos monopólios dos meios de comunicação.

Todas as medidas adotadas demonstraram que o governo Dilma não enfatizava mais o social do que o governo de seu antecessor, mas sim ao contrário, a gestão assumiria tendo uma posição mais privatista e comprometida com a manutenção do atual modelo econômico. Vale à pena ressaltar que neste período houve um corte, neste governo, de R\$ 60 bilhões no orçamento que atingiu brutalmente a área social, a saber: mais previamente a redução de

¹⁶ A presidente Dilma Rousseff, primeira mulher no Brasil, teve início seu mandato em (2011 a 2016), e sofreu golpe institucional durante o seu mandato.

gastos com pessoal, incluía até mesmo o congelamento dos salários, cortes de bilhões também atingiram nos programas “minha casa e minha vida; entre outros”.

Do mesmo modo, a política de saúde, por sua vez, novamente é marcada pela continuidade em algumas áreas de atenção básica e vigilâncias, mas também pela adoção, de acordo com Machado & Lima; Baptista (2017), de programas específicos como marcos de governo, sem que os problemas estruturais do sistema fossem adequadamente enfrentados. Em face da gestão da presidente Dilma, houve dois ministros no cargo, com trajetórias da saúde pública que eram vinculados ao PT– Partidos dos Trabalhadores.

Os marcos governamentais dessa época foram a expansão das Unidades de Pronto-Atendimento (UPA) e da rede de urgências do Programa Mais Médicos. Estes foram analisados por Machado & Lima; Baptista (2017) e concluíram que contratar médicos estrangeiros trouxe polêmicas e desgaste para o governo¹⁷, isso porque a crise na saúde que se alastrava já um tempo busca, naquele momento, a necessidade de revalidação de diplomas, com destaque para os médicos cubanos, cuja lotação foi feita mediante intermediação da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) (MACHADO & LIMA; BAPTISTA, 2017, p.154.).

Além do mais, o programa previa a expansão de vagas de graduação e residência médica; mudanças curriculares; e provimento de médicos em áreas de alta vulnerabilidade social e difícil fixação de profissionais. Para a implantação do mesmo houveram diversas e intensas discussões a reações negativas das corporações médicas que representavam os conselhos profissionais, porém o programa obteve sucesso em curto prazo.

Em 2015, sob a intensificação da crise política, novos acontecimentos repercutiram negativamente sobre a saúde. O Ministro da Saúde que estava no cargo desde fevereiro de 2014 foi substituído por um parlamentar do PMDB, visando a aumentar a base de sustentação do governo. Entre as medidas "polêmicas" do novo Ministro consta a nomeação para a Coordenação Nacional de Saúde Mental de um ex-dirigente de hospital psiquiátrico do país, conhecido por posições contrárias à luta antimanicomial”. (MACHADO & LIMA; BAPTISTA, 2017, p.154)

Outro ponto importante, de vista epidemiológico, o ano de 2015 é marcado também por posições ao contrárias a luta antimanicomial, e pela início da epidemia do Zika vírus e a chikungunya sua associação com microcefalia e distúrbios neurológicas que afetam bebês (na

¹⁷ Essa polêmica consistia no senso comum de tirar o trabalho.

infecção diretamente em gestantes), no que se configurou-se uma nova emergência de saúde pública.

Em 2016, a política de saúde mergulhou em uma fase de instabilidade e de indefinições refletindo e agravando a crise política, que impactou as áreas sociais e da saúde, culminando com o afastamento temporário da presidência de Dilma Rousseff. Em outras palavras, com esse agravamento da crise fragilizou-se ainda mais a base financeira do SUS e fortaleceria os mercados em saúde. Logo, em síntese, o período de 2011 a 2016, marcado por instabilidade política, também sinalizou percalços e riscos de retrocessos para as políticas sociais e de saúde. (MACHADO & LIMA; BAPTISTA, 2017, p.154)

Aborda-se no próximo item, a saúde no neoliberalismo, quanto aos seus desdobramentos e os impactos no mundo do trabalho em geral e no Serviço Social do Hospital de Ipanema. Em seguida, explanaremos sobre o redirecionamento do papel do Estado neoliberal no Brasil e os ataques às políticas voltadas ao Sistema Único de Saúde (SUS).

3 OS FENOMENOS DO NEOLIBERALISMO E SUAS IDEIAS NO BRASIL E NO MUNDO

Vimos nos capítulos anteriores o contexto histórico da saúde no Brasil e como se configuraram os processos históricos de privatização dos serviços públicos e das políticas sociais, especialmente, a deterioração do SUS. Neste contexto, retornaremos a alguns elementos fundamentais que marcaram o processo iniciador da ofensiva neoliberal no Brasil.

Deste modo, busca-se retratar as consequências da entrada do Neoliberalismo no Brasil, afetando as políticas sociais, especialmente, a política de saúde pública em tempos de encolhimento do Estado, em face de suprimir os direitos sociais básicos, antes conquistados pela classe trabalhadora, a partir dos desdobramentos vividos sob égide do capital mundializado do Século XXI. Sabe-se que a chave para a compreensão do desmonte da saúde parte do princípio da ofensiva neoliberal, tendo a crise estrutural do capital da década de 70 como justificativa para as mudanças que o capitalismo necessita, causando impacto direto no mundo do trabalho (NETO 1996 e MOTTA, 1997).

3.1 Impactos das ideias neoliberais no Brasil e no mundo

Segundo Anderson (1995) o neoliberalismo tem a sua origem como fenômeno logo após a 2ª Guerra Mundial, na região da Europa e da América do Norte, por onde imperava o capitalismo. Sendo esta uma reação "teórica e política" veemente contra o Estado intervencionista e de bem estar Social. Portanto o seu texto filosófico chamado "O Caminho da Servidão", de Friedrich Hayek, no que foi escrito em 1944." Anderson (1995, p.1). Portanto, o neoliberalismo foi um golpe apaixonado decretado no fim da Segunda Guerra Mundial e viveu o seu apogeu na chamada "era de ouro"¹⁸, contudo, é um ataque velado a qualquer limitação dos mecanismos de mercado por parte do Estado intervencionista. Era uma ameaça letal à liberdade, não somente econômica, mas sim também política.

Para Oliveira (2014, p. 17), trata-se de o período histórico que permitiu ao capitalismo continuar com seu processo de acumulação, porém com a classe trabalhadora auferindo

¹⁸ Se o Estado social foi mediador ativo nas regulações capitalistas em fase monopolista, o período pós – 1970 marca o avanço de ideias neoliberais que começam a ganhar terreno a partir da crise capitalista de 1969-1973. Os reduzidos índices de crescimento com as altas taxas de inflação foram um fermento para os argumentos neoliberais criticarem o Estado social e o "consumo" do pós-guerra, que permitiu a instituição do Welfare State. BEHRING (2011, p.124).

ganhos, por estar sendo integrada ao circuito do consumo e conquistando direitos no campo da Seguridade Social, o que ficou conhecido como o pacto fordista-keynesiano, onde o capitalismo conciliava acumulação com equidade. Entretanto, seu propósito real era de combater o keynesianismo e o solidarismo reinantes e preparar as bases de um outro tipo de capitalismo duro e livre de regras para o futuro. Na qual não amava os movimentos sindicalistas da época, o neoliberalismo veio para acabar com qualquer forma de manifestação trabalhista que havia.

As condições para este trabalho não eram de todo favoráveis, uma vez que o capitalismo avançado estava entrando numa longa fase de auge sem precedentes – de sua idade de ouro –, apresentando o crescimento mais rápido da história, durante as décadas de 50 e 60 (ANDERSON, 1995.p 10).

Para Oliveira (2014, p.17) afirma que o “pacto entre o capital e trabalho permitiu que fosse institucionalizado várias legislações sociais, que possibilitou estabelecimento de políticas universais e abrangentes que tinha por princípio a cidadania, foi o que possibilitou o avanço do Estado de bem estar social” na Europa do século XX. A massificação das políticas sociais, após a Segunda Guerra Mundial aconteceu devido à intervenção do Estado na regulação das relações sociais e econômicas que tinha por início o crescimento econômico e o pleno emprego.

Houve ainda o aumento do orçamento estatal destinado à Seguridade Social, o que permitiu o surgimento dos programas sociais de forma gradual, possibilitando a população, como um todo, a usufruir desses direitos sociais estabelecidos nesse período. Porém, já demonstrava sinais de enfraquecimento ou esgotamento, dessa era de ouro a partir de 1969, pois o modelo de Estado interventor já não garantia o pleno emprego, a dívida pública cresceu e a situação agrava-se ainda mais com a crise do petróleo de 1973¹⁹.

Netto (2010) em conformidade com Behring (2011) abordam que na Segunda Guerra Mundial e no processo de reconstrução econômica e social que perpassou o curso, especialmente na Europa Ocidental, “o capitalismo experimentou o que alguns economistas franceses denominam de “as três décadas gloriosas” – da reconstrução do pós-guerra à transição de dos anos de 1960 a 1970, mesmo se erradicar as suas periódicas e cíclicas” do capital. Netto (2010, p.10). Para tanto, o regime do capital vivenciou uma longa era expansiva de crescimento econômico. Portanto, na primeira metade dos anos 1960 assistiu à caracterização da sociedade capitalista – no que foi evidentemente sendo desconsiderado o

¹⁹ Por outro lado, para entender as causas dessa crise e de como ela se conferia às pressões para um Estado capitalista nos anos 1980 e 1990, articuladas ao princípio da reação burguesa à crise do petróleo que se inicia nos anos 1973 (BEHRING, 2011.p.112).

inferno da sua periferia como diz Netto (2010, p.10) “o então chamado Terceiro Mundo – como “sociedade afluyente”, “sociedade de consumo” etc

Neste contexto, as ideias acerca do Neoliberalismo passaram a ganhar terreno e força, sendo mesmo uma ameaça iminente para todos os países e para a América Latina, representado ideológica e socialmente nas novas proposições para o Estado, explanadas a seguir:

A partir daí as ideias neoliberais passaram a ganhar terreno. As raízes da crise, afirmavam Hayek e seus companheiros, estavam localizadas no poder excessivo e nefasto dos sindicatos e, de maneira, mas geral, do movimento operário, que havia corroído as bases de acumulação capitalista com suas pressões reivindicativas sobre os salários e com sua pressão parasitária para que o Estado aumentasse cada vez, mas os gastos sociais (ANDERSON,1995.p.10).

Essas ideias eram difundidas por Frederick Hayek, entre outros filósofos que apoiavam as mesmas iniciativas e tinham, como propósito maior, combater o keynesianismo e o solidarismo. Esse é o ponto primordial O combate ao poder excessivo e nefasto dos sindicatos, esses dois processos destruíram os níveis necessários de lucros na qual desencadearam os processos inflacionários e não podia deixar de terminar em uma crise generalizada na economia do mercado. Então a solução para neutralizar para isso, “ O remédio, então, era claro: manter um Estado forte, sim, em sua capacidade de romper o poder dos sindicatos e no controle do dinheiro, mas parco em todos os gastos sociais e nas intervenções econômicas” (ANDERSON,1995, p.11). Dessa forma, como diz o autor, culminou-se na restauração natural do desemprego.

Assim os neoliberais defendem outras prerrogativas que o Estado não pode intervir na economia, como é demonstrado nesta pequena citação.

O Estado não pode intervir na economia na regulação do comércio exterior nem na regulação de mercado financeiro, pois o livre movimento de capitais garantirá maior eficiência na redistribuição de recursos internacionais. Sustentam a estabilidade monetária como meta suprema, o que só seria assegurado mediante a contenção dos gastos públicos e a manutenção de uma taxa “natural” de desemprego, associado a reformas fiscais, como redução de impostos para os altos rendimentos (BEHRING, 2011, p.126).

As medidas de enfrentamento da crise, orientadas pelo ideário neoliberal, ao implicar substantivas perdas aos segmentos subalternos (desemprego, precarização do trabalho etc.) fizeram emergir outras expressões da questão social, que, adicionadas às sequelas já existentes, alargaram a distância entre os poucos que muito possuem e os muitos que pouco ou quase nada têm. As reformas fiscais eram suscetíveis para estimular os agentes

econômicos, que continham a significativa redução de impostos sobre os rendimentos mais altos e sobre as rendas. Conforme apresenta Anderson (1995), isso seria uma nova forma de desigualdade que iria dinamizar as economias avançadas, retornando a estagnação que era resultante de Keynes e Beveridge. De acordo com Behring (2011, p.126), para os neoliberais a proteção social, que era do garantida pelos Estado social como deixa claro Bravo (2009), por meio destas políticas redistributivas, seria perigosa para o desenvolvimento econômico, que seria uma forma de agitar o aumento de consumo e diminuir a poupança da população.

Segundo essa perspectiva, a intervenção do Estado na regulação do contexto do trabalho também é negativa, pois impede o crescimento econômico e a criação de empregos. Porém, Netto (2010) com as transformações conjuntural do mercado capitalista e suas adequações, que a conjunção globalização e neoliberalismo não só veio para comprovar, avisar e alertar aos desavisados, que o capital não tem nenhum “compromisso” com social — todo o seu esforço de finalizar toda e qualquer regulação política e democrática extra mercado objetiva finalizar o modelo do *Welfare State* (NETTO, 2010, p.9)²⁰.

Para Behring (2011), a hegemonia do neoliberalismo teve o seu início na década de 70, quando suas ideias e princípios formaram o escopo dos programas governamentais, se espalhando por diversos países da Europa e nos Estados Unidos. As políticas dos governos que adotaram esse sistema governamental, como a Inglaterra, pioneira, também é o país que mais incrementou os princípios neoliberais de uma forma mais significativa.

Para Oliveira (2014) iniciam-se os ajustes estruturais da economia para que o capital voltasse a obter a sua taxa de lucros, os governos, principalmente dos Estados Unidos²¹ e da Inglaterra, começam a adotar as políticas de austeridade fiscal com o intuito de reduzir os efeitos da crise estrutural do capital da década de 70 de modo geral . Levaremos ainda em conta os seguintes ingredientes: a junção do projeto neoliberal à Globalização, à informatização que influencia diretamente no trabalho e da especificação da mão de obra.

Essas ideias neoliberais se espalharam em todos os países e contribuíram bastante para as mudanças que ocorreram no mundo do trabalho, resultando na reconfiguração do papel do Estado. Tem-se a ofensiva neoliberal na gestão da economia nos países centrais que, com o

²⁰ Como elemento em que Netto (2010) vai abordar as causas que culminaram o fim do *Welfare State* na Europa e nos Estados Unidos, desde a Segunda Guerra Mundial tinha como sustentáculo a dinamização da economia norte-americana.

²¹ Os iniciadores a dar a primeira a concordar e a experimentar essa onda Neoliberal foram: o governo Thatcher (Inglaterra, 1979); no qual foi o pai do capitalismo avançado (ANDERSON, 1995). Logo, depois veio a vez dos Estados Unidos (governo Reagan); Kohl (Alemanha, 1982) obteve a vitória sobre o regime social liberal de Helmut Schmidt, em seu país; Schluter (Dinamarca,1983) tem os estados modelos de bem-estar social e de coalizão clara de direita sobre o comando de Schluter.

passar do tempo, se expande por todo o globo no qual as políticas neoliberais a todo vapor vem destruindo as conquistas que os trabalhadores obtiveram, causando impactos nas políticas públicas no campo da Seguridade Social.

3.2 Elementos da reforma do Estado: a incidência nas políticas públicas de saúde

O próximo item tratará da reforma do Estado e suas funções refuncionalizadas, e as suas incidências na política pública de saúde. Através das ideias neoliberais, e ajuste de recursos da mesma precarização e a mercantilização dos serviços públicos para iniciativa privada .

Primeiramente, deve se ater a alguns processos adjacentes como o fim da ditadura militar, a aprovação da Constituição de 1998, a implementação do Sistema Único de Saúde — (SUS), e a promulgação da lei Orgânica de Saúde. A democratização de 84, nos períodos que se passaram, que perpassam e o ideário da reforma sanitária , foi atropelada pela implantação das ideias do neoliberalismo. Segundo Antunes (1995), as ideias neoliberais chegaram na América Latina de forma tardia na década de 1970, o primeiro país a conceber essas ideias foi o Chile a aderir a nova política de privatizações massivas das instituições, e de diluição do Estado e interacionista. portanto, no Chile sob a ditadura de Pinochet, foi dando início aos programas de privatização desregulação, desemprego maciço. Este regime tem sido “verdadeiro pioneiro no ciclo neoliberal da nossa história contemporânea que se espalhou pelo México, Argentina, Venezuela e Perú”. (ANTUNES, p. 21.1995) no Brasil, na década de 90, trazendo transformações econômicas e estruturais reconfigurações, que nos afetam até os dias de hoje.

As subsequentes reformas mais recentes ocorridas do Estado Brasileiro²² precisam ser contextualizadas à luz da crise econômica vivida pelo mundo, a partir dos anos de 1970, conhecida como a crise do petróleo. Posteriormente, houve a explosão da dívida externa no Brasil nos anos de 1980. Esse período ficou marcado, praticamente, em todos os países, por meio do avanço Neoliberal por todos os países e o fortalecimento de seu ideário — que preconizava e defendeu as privatizações e redução do Estado, no chamado Estado mínimo para o social e máximo para o capital.

²² Essa estrutura foi baseada nos elementos tratados no vídeo: ESCOLA SINDICAL (SINJUS-MG). Reforma do Estado – parte 1. 2017. (12m31s). Disponível em:<<https://www.youtube.com/watch?v=vV5apizKA38>>. Vídeo acessado em: 16 de fev. de 2019.

[...] A década de 1990, no Brasil, caminha no sentido de um amplo consenso neoliberal, favorável à implementação do programa de estabilização, ajuste e reformas institucionais do Fundo Monetário Internacional e do Banco Mundial, assim como de suas diretrizes de abertura irrestrita da economia, desregulamentação comercial e financeira, desregulação do mercado de trabalho e enxugamento do Estado, com a privatização das empresas estatais e demissões em massa. Trata-se de um processo concomitante ao avanço da globalização e da mudança do padrão de acumulação capitalista, que desde os anos 1980 passa a funcionar sob o imperativo da mundialização financeira (LIMA,1991,p.279 *apud* CHESNAIS, 1996).

O cenário da Saúde, onde se consolidava o SUS, foi cada vez mais sendo desmontado e substituído pelas iniciativas privadas, trazendo para as políticas públicas do período uma nova configuração, voltada para a lógica mercantilista. Os ataques à chamada “coisa” pública, “tudo quer e de serviço público, para o benefício da população”. Por onde os ideários conservadores são provocados pela lógica da iniciativa privada e pelos planos de saúde travestidos de empresas hospitalares e as Organizações sociais – (Os). Juntos avançaram o processo de mercantilização da Saúde por meio das novas formas de subfinanciamento e a venda do SUS. No entanto, com a antecipação do neoliberalismo, a conjuntura de crise econômica em que agora o Brasil atravessa evidencia como vem se dando essas configurações do serviço público de saúde.

Neste aspecto, vamos nos ater ao que provocou todo esse desmonte das política sociais, singularmente na política de saúde e os seus desdobramentos, em específico neste estudo, no Hospital Federal de Ipanema (HFI). A chave sobre esta Reforma do Estado, ou Reforma administrativa é-nos oferecida por Behring (2008,p.177) que descreve esse momento político.

Behring (2008) afirma que os princípios do chamado Plano Diretor ou Reforma do Estado, elaborado por Bresser Pereira, é aprovado por Fernando Henrique Cardoso em seu primeiro mandato –(FHC), mediante a argumentação de crise do Estado como justificativa da necessidade de mudar as suas funções para enxugar a máquina pública (BEHRING, 2008, p.177). As modificações sugeridas estavam atreladas às funções públicas que se acirraram aos mandos e aos desmandos do capital, ocasionando em consequências nefastas do desmonte da coisa pública, apoiados na justificativa de crise de um Estado ineficiente, arcaico e sem memória administrativa. A crise fiscal e a inflação dos serviços públicos foram os que mais agravaram a crise. Portanto, a defesa das alterações se justificava como meio de fortalecer as ações reguladoras do próprio Estado, nas palavras de Behring (2008, p.177): “numa economia de mercado, especialmente, os serviços e de cunho social.”

Para Mendes (2015, p.12), na década de 1980 até o período atual - o período vigente e de dominância do capital financeiro - ressalta-se, nesse primeiro momento, as forças neoliberais não poderem prescindir às forças do Estado, não tendo sido possível identificar a retirada do Estado na economia, mas ao contrário, assistiu-se a sua particular presença na crise do capitalismo, e de como foi se desenvolvendo a política de austeridade adotada pelo Estado para a classe trabalhadora e a bondade para os capitalistas.

Além do mais, o Estado afasta-se de suas funções ligadas às esferas produtivas. Behring (2008, p.177), ao analisar e estudar sobre a contrarreforma do Estado, demonstra que essa instituição tem suas funções voltadas aos interesses mercantilistas, evidenciando nesse mesmo ângulo o sistema econômico e a presença de problemas e do agravamento da crise econômica e estrutural. Para a autora, a situação dessa mesma crise se configurou nos anos 1920-1930. Behring (2008), retoma o contexto da falácia “o mal funcionamento da máquina do Estado” ou o “mal funcionamento da máquina pública” que perdura até nos dias atuais.

[...] O Estado brasileiro é caracterizado como rígido, lento, ineficiente e sem memória administrativa. O salto adiante é a proposição da reforma gerencial voltada para o controle dos resultados e baseada na descentralização, visando qualidade e mais produtividade no serviço público (BEHRING, 2008, p.177).

Para continuarmos o estudo, não podemos deixar de mencionar o caráter das políticas sociais e a relação do Estado com as políticas sociais no neoliberalismo na década de 1980, período marcado por conquistas democráticas. Neste aspecto, houve um grande acolhimento das políticas sociais na constituição de 1998. Como, por exemplo, o artigo 6 da Constituição Federal, Capítulo II, dos Direitos Sociais:

Art.6. São direitos sociais a educação, a saúde, alimentação, ao trabalho, a moradia, ao lazer, a segurança, a previdência social, proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta constituição (BRASIL, 2013, p.12).

Neste ponto, coube ao Estado esses direitos, contudo essa tentativa de implantação do *welfare state*²³ no Brasil tardio. O que ocorreu em pleno neoliberalismo: maior ênfase na política econômica e na política social, um problema para os fins lucrativos. Para tanto, o próprio Estado vem restringindo e reduzindo os direitos sociais conquistados na Constituição Federal de 1988.

²³Segundo Behring, (2011), *Welfare state* ou como é chamado o Estado de Bem estar social, e o modelo econômico adotados nos anos do pós guerra de saída da crise de 1929/1932. Sendo este uma forma de organização política e econômica na qual é denominado, também como período da expansão das políticas sociais e ampliação das instituições e das práticas estatais interventivas.

É fato que as políticas sociais foram conquistas históricas da classe trabalhadora, mas após a entrada do ideário neoliberal no Brasil, foi sofrendo um terrível golpe através das mudanças drásticas, em todas as áreas, econômica, política e ideológica, conseqüentemente a perda das conquistas da classe trabalhadora. Portanto, Lespaupin de (2002), tras informações relevantes acerca da conjuntura dos anos 90 que circunda as políticas sociais, estas mais sofreram com os impactos e as suas conseqüências. Segundo Lespaubin (2002, p.39), no governo de FHC — “foi sem sombra de dúvida, terrível para a área social” No discurso, a redução do Estado na economia se faria para beneficiar a área social, mas na prática, porém, foi o setor que mais sofreu cortes desde “1995”.

Os dados apresentados pelo autor deixam claro o despropósito e fora da realidade as demandas referentes às políticas sociais deste período. Lesbaupin (2002, p.39) traz a realidade da redução de investimentos nas áreas sociais, relacionando-as às privatizações e a maior parte do patrimônio nacional, e posteriormente ao aumento de arrecadação. Neste aspecto, o primeiro setor é atingido diretamente no social.

[...] Entre 1995 e 2001, o investimento em saúde cai de 4,8% para 3,9%, a educação de 3% para 2%, a parte relativa à habitação permanece durante todo o mandato abaixo de 0,2%, e o setor de assistência e previdência oscila de 17,15% para 14,1% até chegar em 2001 com 18,7% — sendo que a maior parte deste orçamento é a parte da previdência (a parte da assistência social caiu fortemente). No conjunto, num período em que a população cresceu e o desemprego explodiu, o investimento na área social foi reduzido (LESBAUPIN. 2002.p.39).

Pode-se perceber, neste contexto, a situação preocupante da questão orçamentária. Lesbaupin (2002) menciona ainda dados sobre o saneamento, a fim de demonstrar o modo como essas iniciativas foram se desenvolvendo.

Para ampliar a compreensão sobre esse ponto específico, os estudiosos enfatizam que uma das condições favoráveis no contexto social é a questão do saneamento básico, com a canalização da água e do esgoto, ser no mínimo satisfatório. E, embora o programa “o saneamento é vida” tivesse os seus recursos previstos em R\$ 71 milhões, a execução do mesmo foi zero (0%). No entanto, deve-se levar em consideração a realidade do país, conhecida por sua alta taxa de pobreza, e que (34%) , não foi investido, durante o ano anterior de 2000, nada no setor de saneamento. Os dados referidos pelo autor para desenvolver sua pesquisa foram oriundos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística- IBGE.

[...] a pesquisa nacional do IBGE relativa ao ano 2000 confirma a situação precária do saneamento no país: apenas no país: apenas 52,2% dos municípios tem serviço de esgoto sanitário. Em 1989, eram 47,3% entre 1989 e 2000 — em onze anos — as redes de esgoto, cresceram apenas 10%. Do volume geral de detritos coletados pela rede, apenas 35,3% são tratados. A maior parte despeja os detritos diretamente em

rio, mar, lagoa, ou baía. Como se sabe, a situação do saneamento tem reflexos imediatos na saúde da população: “até os 5 anos de idade, 21,1% das mortes de crianças brasileiras são causadas por doenças infecciosas e parasitárias (LESBAUPIN, 2002, p.39).

Porém, não foi apenas o saneamento que foi afetado, há outros programas que passaram por esse *terremoto* como, por exemplo, o programa “Saúde do Trabalhador”, como nos outros dados, de R\$ 7,8 milhões tiveram apenas 12% de execução em 2001, ao “Controle da Hanseníase e Outras Dermatoses”, com recursos, mostrados por Lesbaupin (2002), da ordem de R\$ 126 milhões, teve execução de apenas 15,8%. Em contrapartida, “A Bolsa Escola”, o programa do governo na presente época, objeto de uma intensa propaganda, contava com estimativa de recursos da ordem de R \$1,7 bilhões e foram investidos R \$501,3 milhões, ou seja, 29,1%.

Segundo Lespaubin (2002), em 2000 vários programas sociais obtiveram baixo investimento. Conforme o Instituto de Engenharia de Sistemas e Computadores — (INESC), “58 programas ficaram com a execução inferior a 50% do previsto em lei Orçamentária de 2000. próximo que também teve surpresas entre eles no que o próprio autor coloca”, neste contexto, destacam-se: o programa de “Reinserção Social do Adolescente em Conflito com a Lei” com 46,71%; outro programa “Combate à violência contra Mulher”, com 44,29, e mais “Prevenção e Combate a Desmatamento e Queimadas”, com 49,92% e “Parque do Brasil”, com 44,81%.

Somando-se a isto, o “Saneamento Básico” ficou com 50,92% do previsto de (161,1 milhões). No entanto, os cortes orçamentários impostos pelo pacote fiscal acertado pelo Brasil com o FMI atingiram dos 25 dos 31 programas do governo federal voltados à população de baixa renda. Em alguns casos, o corte foi mais de 70% (LESBAUPIN 2002, *apud* INESC, 2001).

Lesbaupin (2002), além das áreas apontadas, ressalta o modo como foram feitos os cortes no orçamento, inclusive na saúde, objeto de nosso estudo e intervenção na política social saúde. Para ele, a saúde, uma das mais importantes áreas das políticas de natureza social, foi a área que mais foi afetada pelo neoliberalismo do governo FHC. Logo, o Primeiro Ministro da Saúde do governo, Adib Jatene sofreu as consequências destas opções políticas, constatando a ausência de recursos suficientes para pasta, já que o Ministério da Fazenda se afirmava incapaz de auxiliar. Propôs-se, então, a criação de um imposto cujo destino seria única e exclusivamente da saúde: a Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira

— CPMF. Num certo momento, sofrer o desprezo da área economia do governo e inclusive ao presidente, que trava uma cruzada absolutamente solitária junto ao congresso.

Finalmente, depois de um ano, o governo se dispôs a ajudar o Ministro da Saúde, introduzindo uma direção que alterava substancialmente a proposta relativa aos recursos provenientes da CPMF.

[...] os recursos provenientes da CPMF não seriam limitados à saúde. Este encaminhamento acabou provocando a demissão do Ministro. Hoje, como se sabe, a CPMF se tornou fonte fundamental, de recursos para o governo, com a diferença de que destina boa parte ao pagamento dos juros da dívida (LESBAUPIN 2002.p.42).

Lesbaupin(2002) afirma que o próprio Ministro Jatene coordenou a elaboração de um vasto programa de combate à dengue, no valor do recurso de R\$ 4,5 bilhões, que envolvia a educação comunitária, combate químico (inseticida), somando-se ao saneamento, direcionado pelo governo em 1996. Havia, neste aspecto, um dilema na qual o ministério tinha um posicionamento que se o programa não fosse assumido pelo governo, uma epidemia de dengue seguiria, inevitavelmente, nos anos que se seguiram. O governo FHC, naquela conjuntura, não aprovou o programa, concedendo menos de 5% das verbas solicitadas.

[...] O Ministério se demitiu no final daquele ano. O resto da história, os brasileiros já conhecem, com a epidemia grassando no país. A reforma do setor da saúde seguiu a proposta do banco Mundial, que subordina “os princípios da equidade aos de eficiência, efetividade e economia nos gastos públicos”. E partida desta lógica que está inserida a preocupação com seletividade e focalização das políticas sociais (LESBAUPIN, 2002, p.43).

3.3 O contexto neoliberal, seus desdobramentos e os efeitos no mundo do trabalho

Para começar a explicar e a explorar este item, deve-se, primeiramente, retomar as mudanças e os impactos do neoliberalismo no Brasil e no mundo. Desde os anos 1960 nos EUA, do século passado, aproximadamente entre 1972 e 1973, todo mundo produtivo sofreu transformações profundas, diferentes daquele modelo de antiga empresa. A chamada “grande empresa” era caracterizada pela existência de milhares de trabalhadores contratados diretamente, pela existência de maquinaria pesada e por um modo de produção, caracterizado pelo trabalhador especialista, com monotarefa, da qual o filme Tempos Modernos, de Charles Chaplin, se tornou um ícone.

Estes modelos de produção taylorista e fordista esgotaram-se e foram consideravelmente transformados, a partir da crise dos anos 70. Isso porque esses modelos de produção, cujas empresas fabricavam milhares de automóveis, dependiam diretamente do

mercado consumidor. Caso esse mercado não comprasse os automóveis, os pátios das indústrias ficariam lotados e a produtividade exigiria novos mercados consumidores para estes produtos. Estes modelos foram ultrapassados pelo toyotismo, modelo japonês, baseado no Kanban²⁴ que utiliza amplamente os recursos da Revolução Informacional, passando, naquele momento, a se basear em outros parâmetros, como a polivalência dos trabalhadores, as terceirizações, etc. (INOUE, 2002).

Segundo Antunes (2015), foram intensas as modificações ao que tange à classe-que-vive *do trabalho*. Para o autor, essa massa de trabalhadores sofreu a crise mais aguda deste século, XX que atingiu a sua materialidade e teve profundas repercussões, inclusive, na sua própria subjetividade, no íntimo de seus inter-relacionamentos destes níveis que afetou em cheio a sua forma de ser.

As consequências disso, naquele momento, era a superprodução que obrigou repensar o que entendemos sobre a planta capitalista. Evidente, de um tipo diferente, no mote da empresa enxuta e flexível, com menos trabalhadores, podendo alternar nos setores, tendo uma visão do trabalho em equipe de produção com jornada de polivalência e as condições de trabalho mais flexibilizadas, sem a proteção das leis trabalhistas.

Na década de 1980, presenciaram-se, nos países de capitalismo mais avançados, profundas transformações no mundo do trabalho, em geral, na forma de inserção na estrutura produtiva com impacto nas representações políticas e sindicais. Tratam-se de mudanças técnicas, sociais, econômicas e políticas muito aprofundadas. Antunes (2015) apresenta a década de 80 como sendo de grande salto tecnológico, neste ponto destacam-se o avanço na robótica e na microeletrônica no ambiente fabril, se inserindo e se desenvolvendo nas relações de produção e de capital.

Então novos processos de trabalho emergem, onde o *cronômetro* e a *produção em série e de massa* são “substituídos” pela flexibilização da produção e pela “especialização flexível” na busca de mais produtividade por novas formas de adequação de produção à lógica do mercado. Pode-se dizer que o toyotismo transpassa e se mescla como ideário para as empresas, ao mesmo tempo que parte para substituição do padrão fordista dominante naquele momento histórico em várias partes do capitalismo globalizado.

Ensaiam-se modalidades de desconcentração industrial buscam-se novos padrões de gestão de força de trabalho, dos quais os Círculos de Controle de Qualidade (CCQs),

²⁴ Para administração da produção, o modelo do Kanban, utilizado pela indústria têxtil pode ser exemplificado pelo cartão de sinalização que controla os fluxos de produção ou transportes em uma indústria. O cartão pode ser trocado por outro sistema de sinalização, como luzes, caixas vazias e até locais vazios demarcados.

“gestão participativa”, a busca de “qualidade”, são expressões visíveis não só mundo japonês, mas em vários países globalizados. Vivi-se formas transitórias de produção, cujos desdobramentos são agudos, no que diz respeito aos direitos do trabalho (ANTUNES, 2015, p.34).

Outrossim, Antunes (2015, p.34) continua em sua análise acerca dos direitos trabalhistas e conquistas históricas da classe trabalhadora que foram sendo "substituídos e eliminados do mundo da produção”, diminuí-se e mesclam-se, dependendo da intensidade, o despotismo taylorista, pela participação dentro da ordem e do universo da empresa, pelo envolvimento manipulatório, próprio da sociabilidade moldada contemporaneamente pelo sistema produtor de mercadorias. Neste aspecto, é necessário entender o fordismo *fundamentalmente* como forma pela qual a indústria e o processo de trabalho consolidaram-se ao longo destes séculos, cujos elementos constitutivos básicos eram dados pela produção em massa, através da linha de montagem e de produto, mas homogêneos. Isso ocorria através do controle do tempo e movimento do cronômetro taylorista e da produção em série fordista; pela existência do trabalho parcelar e pela fragmentação das funções, ao que diz respeito à elaboração e execução dentro do processo de trabalho coletivo fabril entre as outras dimensões.

Contudo, os elementos causais desta crise capitalista seriam encontrados nos excessos do fordismo e da produção em massa prejudiciais ao trabalho todos os aspectos e da sua dimensão criativa (ANTUNES, 2015, p.36). Na verdade, a crise do fordismo não é nova para o capitalismo, trata-se apenas de uma mais recente manifestação da crise do permanente, pois elas não só são inerentes como são cíclicas para o capital.

Por outro lado, Antunes (2015) segue linha de raciocínio que os trabalhos intelectuais, prevalentes em algumas unidades, são também chamados do trabalho imaterial e introduzem a ideia de que uma empresa grande, com produção em massa, traz prejuízos. Então surge a empresa enxuta, que também precisa ter uma classe trabalhadora flexível aos direitos, o que, por sua vez, significa “quebra dos direitos dos trabalhadores”, isto é, com o trabalhador mais desprotegido e mais suscetível ao jogo do capital.

Durante a pesquisa realizada pela autora descobriu-se numa entrevista dada pelo próprio Ricardo Antunes (2015) Por exemplo, que na empresa Volkswagen na época da produção em massa tinha pelo menos, 40 milhões de trabalhadores, entre os anos 70 e 80, período em que possível ver uma planta, automotiva terceirizada em que a empresa entra com o mínimo possível, deixando para as terceirizadas o peso das contratações e de despesas, que o capitalista pode eliminar, no mundo comandado pela globalização.

Assim, após o 73, ocorrem profundas mudanças no capitalismo. Foi a globalização e a mundialização que, fundamentalmente, têm suas características de uma reestruturação produtiva de escala global. Desse modo, Antunes (2015) diz que há um sugestivo esboço analítico sobre o significativo e os contornos das transformações vivenciadas pelo capitalismo. No entendimento do autor, o núcleo essencial do fordismo se manteve forte pelo menos até 1973, baseado numa produção em massa.

Na percepção do autor, os padrões de vida para a população trabalhadora dos países capitalistas centrais mantiveram relativa estabilidade e os lucros dos monopólios também eram estáveis. Porém depois da recessão naquele ano de 1973 houve o início de um processo de transição no interior da acumulação do capital. Sabe-se que a influência dos anos 70 foi o modelo toyotista japonês, fundado na reestruturação produtiva, no Japão, e o neoliberalismo no Reino Unido.

Segundo Mattos (2017) os anos de 1970, foram marcados por mais uma crise do capital. Essas crises evidenciaram o limite do capital do Estado de Bem-Social (modelo hegemônico) nos “trinta anos gloriosos”. Netto (1998) aponta que, após a Segunda Guerra Mundial, os países capitalistas centrais da Europa foram marcados pela construção de um sistema de seguridade no qual o pleno emprego era um sistema pautado no modelo de produção hegemônico taylorismo /fordismo.

No entanto, na crise da década de 1970, no quadro geral desenvolve-se a estratégia do capitalismo contra a crise (MOTA, 1997 ; NETTO, 2010). Despontam-se a “Reforma” do Estado — na realidade uma contrarreforma — se dá através das seguintes diretrizes básicas: “redução de políticas; corte do número de funcionários públicos; aviltamento dos direitos dos trabalhadores com especial ataque à Previdência Social e incentivos públicos ao setor privado” (MATTOS, 2017, p.36). As estratégias da produção passam a ser montadas, a partir do que se convencionou chamar de “reestruturação produtiva” ou “acumulação flexível”, desdobrada, a contar da influência do modelo toyotista de produção.

Mattos (2017) destaca a crise dos Estados capitalistas desenvolvidos e do modo de produção capitalista que ganha ênfase diferenciada do que ocorria com a crise socialista no final dos anos 1980. Então com a queda do muro de Berlim em 1989 e a dissolução da União das Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS) em 1991, era uma drástica realidade dos países

capitalistas subdesenvolvidos que emergiram nos discursos de que o Estado não conseguia responder às necessidades contemporâneas²⁵.

Segundo Mattos (2017, p.37) O caminho para construção da terceira via. o autor “vai se referir também as análises dos analistas “não viam, ou não queria ver,” por si só, vive historicamente nos próprios processos de crise, que são inerentes a esse modo de produção. A chamada crise real do socialismo ou crise do socialismo real, no fim dos anos 1980, veio fortemente com uma onda devastadora, justificando os discursos do fim da história, fim do socialismo no mundo, ou ainda, a incapacidade de se explicar o mundo, através da categoria trabalho. Porém Netto (1995) afirma que em nenhum momento significou uma impossibilidade do projeto socialista e muito menos minimizou a importância, no que tange à tradição marxista.

Dentro desse nebuloso contexto — com discursos falsos de fim dos projetos alternativos ao capital, de término da polarização entre esquerda e direita, dentre outros — queremos chamar a atenção para o debate sobre o trabalho, ou — como dizem alguns — sobre o fim do trabalho. E a partir dessa polarização, iniciada pelo debate não marxista sobre o suposto fim do trabalho, que contraditoriamente, a categoria “trabalho” foi resposta pela tradição marxista, tanto como forma de resposta àquela afirmação do fim do trabalho, quando como tema e polêmicas dentro do marxismo (MATTOS, 2017 *apud* NETTO,1995).

No Brasil, Departamento Intersindical de Estatísticas e Estudos (2019) a relação do mundo produtivo com o novo tipo de lógica de produção apareceria em uma série de trabalhos que antes não podiam ser realizados. O aprofundamento tecnológico nas empresas e na produção, com ênfase na etapa produtiva, geram novas matérias primas em menos tempo. A ideia de planta ampla, que tudo faz, transforma-se numa empresa que procura fazer o mínimo possível e transfere para outras empresas menores a produção de partes dos produtos e, principalmente o ônus como encargos trabalhistas para as unidades terceirizadas, o que se pode verificar fortemente nos anos de 1990, no Brasil. Esse novo modelo de empresas enxutas, via terceirização dos serviços, irá delegar a outras empresas aquilo que era pertinente na empresa ampla.

Segundo o Departamento Intersindical de Estatísticas e Estudos (2019), a terceirização é recente na história do Brasil. A adoção deste processo foi intensificada e disseminada no âmbito da reestruturação produtiva que marcou os anos 1990, quando o tema ganhou destaque na agenda de governos, trabalhadores e empresários e tornou-se objeto de inúmeras análises. Percebe-se, no entanto, a terceirização sendo utilizada como um dos principais instrumentos

²⁵ Para Mattos (2017) seria o fim da polarização entre capitalismo e socialismo; direita e esquerda, diferente da situação instaurada atualmente.

para a precarização e flexibilização das relações de trabalho, no que diz respeito aos contratos dos próprios trabalhadores.

Pode-se dizer ainda que esta tendência se ampliou em todos os setores públicos e privados. Sendo nos serviços públicos, o Estado vem terceirizando os serviços que são de sua inteira responsabilidade para terceiros administrá-los, sob uma lógica alheia ao espírito da Constituição Federal de 1988. Como demonstra Departamento Intersindical de Estatísticas e Estudos (2019, p.):

Terceirização é o processo pelo qual uma empresa deixa de executar uma ou mais atividades realizadas por trabalhadores diretamente contratados e as transfere para outra empresa. Nesse processo, a empresa terceirizada é chamada “empresa-mãe ou contratante” e a empresa que executa a atividade terceirizada é chamada de “empresa terceirizada ou contratada”. É bom lembrar que o processo de terceirização ocorre sempre entre duas empresas, ou seja, a situação de “empresa-mãe” e de “empresa terceira” é determinada por uma relação específica entre elas. Por esse motivo, uma “empresa-mãe”, em um processo de terceirização, pode ser “empresa terceira” em outro processo e vice-versa.

Já a terceirização, nos casos de empresas privadas, desencadeia outros fatores: a empresa deixa de produzir bens ou serviços utilizados em sua produção e passa a comprá-los de outra - ou outras empresas - o que provoca a desativação – parcial ou total – de setores que anteriormente funcionavam no interior da empresa.

O Departamento Intersindical de Estatísticas e Estudos (2019) informa também que a terceirização é um fenômeno mundial nas sociedades capitalistas. Sua proposta era a de conservar as características gerais que se reproduzem em todos os países nos quais é adotada, apresentando particularidades nas diferentes localidades onde se desenvolve. A terminologia empregada para designar o processo de terceirização ajuda na identificação das diversas formas que esta assume. Deste modo, torna-se relevante compreender este processo e suas especificidades que afetam as condições de trabalho no Brasil.

Departamento Intersindical de Estatísticas e Estudos — DIEESE (2019) vai dizer que há outro fenômeno que é a “quarteirização”, também muito utilizado nas empresas privadas e nas intuições públicas, que por sua vez se apropria desta função de forma muito enviesada e equivocada. Neste sentido, o relatório do DIEESE (2019) adverte o que no senso comum denomina-se, equivocadamente, de “quarteirização”, que seria o processo em que uma empresa-mãe terceiriza a produção de um componente, e a empresa por ela contratada, por sua vez, também terceiriza parte de sua produção, sendo a contratante uma segunda relação de terceirização.

Os contextos e razões pelas quais a terceirização foi adotada faz parte de um histórico recente. O processo da terceirização da produção de serviços no Brasil e em quase todos os

países capitalistas desenvolveu-se como parte do rearranjo produtivo, iniciado na década de 70 do século XX, a partir da terceira Revolução Industrial e se prolonga até os dias de hoje. Para este contexto histórico, são estas as mudanças significativas para o capital importantes para a organização da produção do trabalho e, no caso específico da terceirização, nas relações entre as empresas.

As mudanças ocorridas e frutos dos anos 1980 e 1990 no Brasil são processos ocorridos num ambiente de forte retração da economia, ao longo do governo Collor e se prolongou, embora de forma um pouco mais branda, até o final da referida década. Logo, DIEESE (2019) isso significa que as mudanças que incluem a terceirização foram impulsionadas pelas necessidades que o próprio contexto neoliberal propunha. Eram medidas urgentes para resolver a situação do país.

DIEESE (2019) Foram adotadas medidas que visavam estimular a competitividade, em decorrência da longa recessão vivida naquele momento na economia brasileira e na busca de enfrentar as novas condições impostas pelos mercados nacionais e internacionais. Neste cenário de crise, os desafios impostos pela abertura brasileira à globalização, as empresas pretendiam, antes de tudo, garantir seu lugar nos mercados nacional e internacional. As empresas definiram as estratégias que lhe permitiram ganhos de produtividade e diferenciais de competitividade. Algumas delas optaram pela redução de custos por meio do enxugamento dos quadros de funcionários e da precarização das relações de trabalho. Em todos esses casos, os resultados para os trabalhadores foram, *a priori*, da precarização das condições de trabalho.

As consequências da década neoliberal vieram com as privatizações, fusões e aquisições, alterando a configuração empresarial brasileira, especialmente do setor de serviços. Este é o principal alvo dos investimentos estrangeiros. Em virtude do modelo de funcionamento da economia global, o relatório da DIEESE (2019) nos relata que as pequenas e as grandes empresas conseguem manter seus espaços e importância quase sempre por meio de processo de terceirização, das franquias e das subcontratações, estando subordinadas a decisões de estratégias de empresas transnacionais e integradas a suas cadeias produtivas.

As razões de as empresas privadas e as instituições públicas para a terceirização têm como justificativas:

- [...]Procedimento necessário para o sucesso das inovações organizacionais e gerenciais pretendidas;
- o processo permite concentrar esforços no que é definido como vantagem competitiva, transferindo o conjunto de atividades que não correspondem ao seu core business, sejam elas de apoio, ou mesmo de produção, para outras empresas.
- redução de custos ou transformação de custos fixos em custos variáveis;
- simplificação dos processos produtivos e administrativos;

- a empresa terceira sempre encontra soluções mais criativas e menos onerosas para a produção, o que elimina parte do desperdício e do comodismo que, segundo os próprios empresários, é característico das grandes empresas-mãe (DIEESE, 2019, p.11).

Dentro do contexto de análise, DIEESE(2019) traz neste relatório que podemos dizer que, no contexto do neoliberalismo, provoca-se o enxugamento das atividades de serviços públicos e das políticas sociais, além da privatização dos ramos fortes da economia, contaminando a gestão pública em todo mundo. Qual é a matriz dessas mudanças? Essas transformações ocorreram no modo de produção capitalista, num intervalo que ficou conhecido como período de acumulação flexível, ou seja, mudanças que ocorreram nas fábricas e indústrias, nos bancos e nos meios de produção. Essas alterações não só ficaram restritas ao setor privado, mas também vieram atingir consideravelmente o setor público. Ou seja, um golpe diretamente no Estado, na vida da população e dos servidores públicos.

Entre as mudanças principais, destaca-se, primeiramente, o processo de minimização do Estado. Isso provocou a retirada do próprio das atividades que antes eram exercidas como suas respectivas responsabilidades, naquele momento, porém era reforçado a lógica das reformas, cujo mote era tornar o Estado menor. Este foi um período marcado pela agressiva ação da privatização, configurada na desnacionalização ocorrida nas empresas em todos os países.

Neste âmbito, mudanças bastantes profundas ocorreram no interior das empresas e a produção tornou-se mais flexível. Tem-se a introdução de novos métodos como a terceirização, a quarteirização, a pluri-funções e a alteração da jornada de trabalho, o que diz flexível, significa, na realidade, a retirada das leis de proteção ao trabalhador, atingindo também os servidores públicos.

Essas incorporações foram se instalando através de conceitos privados de produção nos modelos de gestão e organização. No caso, especificamente, da saúde pública²⁶, partindo do estudo de caso, esses aspectos refletem nas relações de trabalho, tais como:

- Conceitos de produção flexível vieram alterar os contratos de trabalhos;
- A estabilidade dos servidores estatutários;
- O trabalho, feito fora do ambiente de trabalho, como por exemplo, as telecomunicações, *WhatsApp* e controle excessivo do horário de trabalho;

²⁶ Eram conceitos aprendidos de empresas privadas que também se refletiram nas fábricas.

- Metas de desempenho de remuneração variadas, contudo, pautadas na lógica da iniciativa privada, dentro do sistema SUS.

3.3.1 O Hospital de Ipanema e as relações estabelecidas nesse espaço sócio ocupacional

As primeiras impressões para a autora se basearam na experiência do campo de Estágio, já supracitado, e as informações contidas no trabalho Avaliação e Monitoramento e Serviço Social. Somando-se a isto, obtiveram-se os dados contidos no Relatório de Gestão do Exercício de 2015, do Hospital Federal de Ipanema²⁷, a fim de apresentar os aspectos gerais sobre a instituição pública de saúde, assim como a estrutura desse espaço sócio ocupacional localizado na cidade do Rio de Janeiro.

O Hospital Federal de Ipanema (HFI)²⁸ Foi fundado em 30 de outubro de 1955. Na verdade, com o financiamento de alguns dos ortopedistas, como Dr. Fernando Furst, chefe de Serviço de Ortopedia e de seus amigos ortopedistas que fizeram do nome do Hospital de Ipanema – um dos mais tradicionais hospitais do Rio de Janeiro e que iniciou suas atividades em 1948. Realizavam cirurgias ortopédicas de alta complexidade, além de atendimento ambulatorial nas mais diversas subespecialidades. Porém, sua criação, em maio de 1934, pelo Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Comerciantes – (IAPC), destinado a assistir os empregados do comércio. É hoje um dos hospitais mais tradicionais do Rio de Janeiro. A trajetória do hospital é pontuada pelo bom atendimento à população, além da vocação da instituição para a inovação e o pioneirismo. Neste aspecto, sabe-se que diversos procedimentos atualmente praticados, rotineiramente, em hospitais da rede pública e privada foram criados e desenvolvidos como modelo no Hospital de Ipanema.

O referido hospital está localizado na Zona Sul do município do Rio de Janeiro, com atendimento secundário e terciário, na área Programática 2.1, o acesso ao atendimento se dá, majoritariamente, através das vagas ambulatoriais ofertadas à Central de Regulação - SISREG, no Sistema Único de Saúde - SUS, realizando procedimentos de média e alta complexidade em várias especialidades médico-cirúrgicas para pessoas com mais de 16 anos, de todo o estado do Rio de Janeiro.

O HFI possui uma estrutura física constituída por dois prédios: um se refere à Unidade de Pacientes Internados (UPI) com oito andares e área física, cerca de 10.980 m², com área de

²⁷ Relatório de Gestão de 2015 / Hospital de Ipanema. Consulta feita no dia 15 de jun. de 2017. Disponível em: <<http://www.portaldgh.saude.gov.br/wp-content/uploads/2016/06/hfi2015.pdf>>.

²⁸ Fonte dos dados: <<http://www.prevrefrat.org/page7.html>>.

circulação, pátio de estacionamento e rampas, que se destinam ao regime hospitalar de internação da Unidade e outras atividades de cunho administrativo; o outro se destina à Unidade de Pacientes Externos (UPE) composta por nove andares e área física, de cerca de 4.500m², com fins de atendimento em nível ambulatorial.

O hospital funciona 24 horas, ininterruptamente, em regime de internação e de 07:00 às 19:00hs (dias úteis) para atendimento ambulatorial. Com perfil predominantemente eletivo e cirúrgico, a Unidade conta com corpo clínico especializado e altamente qualificado para atendimento a diversas patologias.

3.3.2 Estrutura de governança e vinculação

Como Hospital Federal, a instituição está vinculada ao Ministério da Saúde em seus Regimentos Internos e Organogramas Básicos do Ministério da Saúde (Portaria GM nº 3.965 de 14 de dezembro de 2010), e compete prestar serviços médicos-assistenciais aos pacientes adultos que demandarem atendimento clínico e cirúrgico. Tendo em vista, ressalta-se a realização de 6.358 cirurgias de média e alta complexidade no ano de 2015.

O hospital tem como missão prestar atendimento médico de qualidade no âmbito hospitalar e ambulatorial aos pacientes adultos (acima de 16 anos) em nível de assistência de média e alta complexidade nas diversas especialidades cirúrgicas e clínicas. De acordo com Relatório de Gestão do Exercício de 2015, do Hospital Federal de Ipanema, o resultado Social esperado é o retorno do indivíduo às suas atividades laborais e sociais com menor tempo possível, a partir do restabelecimento da sua saúde física e mental. Somando-se a isto, há os valores contidos na visão de unidade, respeito, ética e responsabilidade com o paciente e família, compromisso com a qualidade da assistência. E desenvolve uma postura apta a novos conhecimentos fundamentais baseados nas pesquisas médicas hospitalares.

Como já mencionado, os pacientes do hospital são encaminhados via Sistema de Regulação – SISREG, após terem sido atendidos nas Unidades Básicas de Saúde. Neste ponto, cabe ressaltar que o Estado do Rio de Janeiro vem implantando, gradativamente, a Central de Regulação Unificada do Rio de Janeiro (REUNIU-RJ), que visa aperfeiçoar os mecanismos de acesso dos pacientes aos serviços da Unidade. Destaca-se como fator positivo a vocação do ensino existente na Unidade, porém, por questões burocráticas, o Hospital de Ipanema ainda não se encontra formalmente credenciado para este fim. Na qual estará descrito no Quadro III - dos níveis de Especialidade Cirúrgicas e Especialidades Clínicas.

Quadro 3 - Nível da Atenção: Média e Alta Complexidade

Especialidades Cirúrgicas	Especialidades Clínicas
Cirurgia Geral/Bariátrica	Clínica Médica,
Urologia	Dermatologia
Ginecologia	Infectologia
Coloproctologia	Pneumologia
Cirurgia Plástica	Psiquiatria
Cirurgia Vascular	Oncologia
Oftalmologia	Neurologia
Traumato Ortopedia	Endocrinologia
Neurocirurgia	Reumatologia
Cirurgia Bucomaxilo Facial	
Outros Profissionais de Saúde	Apoio Diagnóstico e Terapêutico
Fisioterapia	Anatomia Patológica
Fonoaudiologia	Endoscopia Digestiva
Nutrição	Imagenologia
Psicologia	Patologia Clínica
Serviço Social	

Perfil: Predominantemente eletivo cirúrgico.

Fonte: Elaborado pela autora, a partir de dados do Hospital Federal de Ipanema (2015).

De acordo com dados do Relatório de Gestão do Exercício de 2015, do Hospital Federal de Ipanema, um dos pontos positivos que se destaca é a vocação no ensino existente na Unidade. Porém, por motivos burocráticos, o Hospital ainda não se encontra formalmente credenciado para este fim. Para tanto, no segundo semestre de 2015, o próprio departamento de gestão hospitalar deu início a este processo junto aos Hospitais Federais. No entanto, cabe destacar que se observou no ano 2015, um alto índice de absentismos nas consultas ofertadas pelas diferentes especialidades médicas ao próprio sistema de Regulação – SISREG.

3.3.3 O território de localização geográfica do hospital

O HFI está situado na Rua Antônio Parreiras, 67 - 69 Ipanema, o hospital fica próximo à Praça General Osório – Ipanema, um dos bairros mais caros do Brasil, localizado perto de uma escola municipal e também de alguns restaurantes. O bairro tem uma rede diversificada de transporte que atende à demanda da população, levando o passageiro direto ao centro da cidade e arredores. Há dois pontos finais na Praça General Osório das seguintes linhas de ônibus 484 (Olaria x Bonsucesso e Penha), mais a linha 107, antiga linha 125, que vai diretamente à Central do Brasil (Rio de Janeiro), além das demais linhas que perpassam todo o bairro. e a estação do Metrô General Osório. Percebe-se ainda uma boa pavimentação no bairro e o serviço de coleta de lixo ocorre diariamente. O público atendido do hospital federal é o que se encontra nos arredores, como o conjunto residencial “Selva de Pedra” e a Favela do Cantagalo, mais a população de outros bairros e de municípios do Estado do Rio de Janeiro, podendo também receber os pacientes que se acidentaram na via pública e são socorridos pelo SAMU, independente da classe social.

Foi observado no atendimento do hospital, o empenho e o comprometimento de todos os profissionais dos diversos Setores Assistenciais e Administrativos no desempenho de suas atividades profissionais no âmbito de suas finalidades e presteza com os demais indivíduos, usuários dos serviços prestados no hospital. Baseados no Relatório da Gestão, a seguir são mencionadas algumas atividades que obtiveram desempenhos positivos:

- Qualificado por ter um bom atendimento;
- Promoção da saúde, através dos Grupos de Acolhimento DST / AIDS, Sala de Espera na Oncologia e Projeto de Desospitalização pelo Serviço Social;
- Início ao atendimento ambulatorial aos pacientes em tratamento de quimioterapia pelo Serviço de Nutrição;
- Bom relacionamento entre os outros profissionais de outras áreas;
- E os projetos de educação e saúde em diferentes temas; e
- Espaços de formação de residentes (Médicos).

3.3.4 Perfil dos usuários internados no Hospital de Ipanema

Realizou-se o projeto sobre o perfil dos usuários do Hospital de Ipanema através da disciplina OTP IV. Na ocasião, a autora fez uma análise comparativa entre o perfil do usuário de 2016 e 2017, sendo nosso objetivo o conhecimento mais detalhado da população atendida neste hospital. O projeto sobre o perfil dos usuários foi baseado nos atendimentos realizados aos pacientes internados no 5º andar, do segundo prédio, entre os dias 13/06/2017 e 26/06/2017. Para isso, foram aplicadas as perguntas da ficha social, referentes ao sistema do

portal e-SUS²⁹(Anexo II), a fim de atender à diretriz apresentada, durante a jornada de Estágio, de delinear o perfil dos pacientes e seus familiares atendidos pelas Assistente Social, responsável pelo 5º andar, da clínica médica.

A ficha, porém, não apresentava muitos dados de âmbito social do paciente. Uma vez, sendo necessário conhecer melhor estes usuários, acrescentamos algumas perguntas que melhor nos auxiliasse a reconhecê-los em suas especificidades. Deste modo, foram incluídos no conjunto de perguntas da instituição perguntas referentes à: religião, cor, informações sobre o estado de saúde, e quem fez os primeiros atendimentos; se foi o médico plantonista, se foi o enfermeiro, etc, até porque este hospital também atende noturnamente. mesmo não tendo atendimento emergencial. Essas indagações foram acrescentadas à ficha social.

No conjunto questões relacionadas à ficha social foi elaborado através perfil dos pacientes internados no HFI, baseados no número de total de leitos correspondente aos pacientes internados, era um total de 22 leitos. O perfil buscava conhecer as condições situacionais de saúde, moradia, dos primeiros atendimentos, ou acessos a programas sociais.

Apenas seis pacientes não responderam, pois neste dia 13/06/2017, alguns estavam em procedimentos nos leitos. Os dados mostram que somente 16 pacientes responderam às questões, no total de 22 leitos. As idades dos entrevistados variaram de 22 anos a 88 anos de idade, entre homens e mulheres. Entre jovens e adultos, a mulher mais jovem tinha 22 anos e a mulher com maior faixa etária tinha 64 anos. Entre os homens, o mais moço tinha a idade de 39 anos e o mais idoso 88 anos. Em Relação ao sexo dos pacientes, 6 eram homens e 10 eram mulheres

A respeito da situação dos pacientes com a documentação completa, mencionados na ficha social do Hospital Federal de Ipanema, a saber: certidão de casamento/ Nascimento; identidade; Cadastro de Pessoa Física -CPF; Carteira de Trabalho Profissional Social - CTPS; O Programa de Integração Social e o Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público - PIS. Portanto, nove pacientes responderam que tinham todos os documentos, entre eles o CPF, Identidade, Título de eleitor; já os que não tinham a documentação completa eram sete pacientes internados, o que é um número expressivo, já que é direito do cidadão brasileiro de ter todas as documentações completas

²⁹ Referência a um SUS eletrônico, cujo objetivo é facilitar e contribuir com a organização do trabalho dos profissionais de saúde, elemento decisivo para a qualidade da atenção à saúde prestada à população e organização das informações entre os prontuários eletrônicos.

Com relação aos vínculos trabalhistas, quatro eram autônomos, quatro tinham a proteção da Consolidação das Leis do Trabalho – CLT com vínculos empregatícios, dois eram estatutários e os pacientes sem vínculos empregatícios eram os mesmos que estavam desempregados. Os demais pacientes possuíam outras formas de trabalho, quanto à situação previdenciária, sete dos pacientes internados eram aposentados; outros quatro pacientes recebiam auxílio doença. Contudo, não há no Hospital Federal de Ipanema maternidade, nem mesmo emergência, o que inviabiliza obter informações sobre a licença maternidade.

Sem contribuição para o INSS, apenas havia um paciente. Com outras formas de contribuição eram quatro pacientes. Este fator foi importante para o Serviço Social, pois tornou-se fundamental a necessidade de conhecer as condições materiais e subjetivas dos pacientes e do modo como estes viviam. Não havia indicativo de pessoas que não possuíam renda, porém os que ganhavam até um salário mínimo eram oito pacientes e os internados que recebiam de um a dois salários eram quatro pacientes. Ou seja, a maioria dos que responderam eram pobres na forma da lei, pois sua renda estava abaixo de três salários mínimos mensais.

Portanto, faz-se sentidos acessos dos pacientes aos programas sociais do governo, destacando-se, porém que nenhum dos pacientes entrevistados tinha o *Benefício de Prestação Continuada* – BPC³⁰, pois ele se destina apenas a pessoas com deficiência e idosos ou pessoas com doenças crônicas. Segundo informado, ninguém também recebia: a Bolsa Família e o Vale Social; já o RioCard era recebido por apenas três pacientes; o passe intermunicipal eram dois pacientes, recebendo o benefício, mas onze pacientes não tinham auxílio para transporte, caso necessitasse de acompanhamento ambulatorial permanente, eles seriam candidatos a esta modalidade de auxílio.

Sobre habitação e infraestrutura é primordial os dados para descobrir onde estes pacientes moram e de onde eles são. Principalmente, porque conhecer como onde mora está relacionado ao fator saneamento, condições fundamentais para se ter saúde nos territórios. Analisados os dados das habitações dos pacientes, apenas um afirmou que o imóvel é cedido e a maioria diz residir em imóvel próprio; quanto aos tipos de construção, dezesseis pacientes

³⁰ Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social – BPC-LOAS ao idoso e à pessoa com deficiência, como é conhecido. Foi criado na Lei 8.742/93- Lei Orgânica da Assistência –LOAS: *é um benefício de renda no valor de um salário mínimo para pessoas com deficiência de qualquer idade ou para idosos com idade de 65 anos ou mais que apresentam impedimentos de longo prazo, de natureza física, mental, intelectual ou sensorial e que, por isso, apresentam dificuldades para a participação e interação plena na sociedade. Para a concessão deste benefício, é exigido que a renda familiar mensal seja de até 1/4 de salário mínimo por pessoa.* Fonte: <<http://mds.gov.br>>. Acessado no dia 12 de out. de 2019.

responderam que suas casas são de alvenaria; em relação ao número de cômodos nos domicílios, a maioria tem de um a quatro cômodos, entre os nove pacientes que responderam na categoria de cinco a seis cômodos. Com relação aos serviços básicos de saneamento, água tratada, luz e esgoto sanitário, os 16 pacientes disseram que havia água tratada em suas casas e também coleta de lixo, os mesmos 16 responderam por esgoto sanitário.

O que corresponde a quem mora em área de risco é uma pergunta importante para os agentes de saúde terem uma visualização territorial para realização de visitas domiciliares. Sobre esse aspecto, cinco pacientes moram em áreas consideradas de fácil acesso e 11 dos pacientes responderam que não moram em áreas de fácil acesso. Ou seja, a maioria mora em locais de área de risco.

As perguntas acrescentadas foram elaboradas com a ajuda da professora Verônica Cruz, que ministrava a matéria de análise e monitoramento da ESS/UFRJ. A professora, na ocasião, teve a sensibilidade de nos fazer pensar nas perguntas, que para nós, estudantes de Serviços Social, são fundamentais para o conhecimento dos pacientes ou dos usuários do serviço de saúde. Percebeu-se que a ficha social do hospital era incipiente para uma avaliação ampliada.

A pergunta relacionada à cor, por exemplo, que não estava a princípio relacionada, não podemos deixar de mencioná-la. Neste quesito, dos pacientes, sete pacientes se autodeclararam brancos, em contrapartida os pacientes que se autodeclararam pretos foram seis, seguidos dos três que se autodeclararam pardos, além dos outros que não foi possível obter contagem.

Em termos de Religiosidade, destacamos que nove pacientes se afirmam evangélicos; seis católicos e um paciente respondeu ser candomblecista. Nenhum paciente declarou ser ateu ou agnóstico.

Para a classificação sobre o estado de saúde dos próprios pacientes referia-se, principalmente, se realmente eles sabiam o que estava acontecendo com eles (isto é, diagnóstico médico) e o porquê estavam internados. Neste sentido, quinze responderam positivamente e apenas 1 respondeu que nem sabia o motivo de estar ali, no hospital.

A classificação para as internações dos pacientes nos itens de cirurgia como Eletiva; urgência/emergência; transferência; N/A, obtiveram os seguintes resultados: para eletiva, não teve nenhuma incidência; seguida de Urgência/emergência do qual 14 responderam que vieram dos enquadramentos advindos de outras unidades de saúde. No mesmo corpo da pergunta, o paciente deveria relatar sobre quem os atendeu na primeira vez, visto que era importante relatar quais profissionais lhes deram assistência. Das respostas obtidas, 15

pacientes responderam que foram os médicos que os atenderam, já na primeira consulta, diferentemente do médico plantonista que foi apenas um paciente.

Sobre os municípios de onde se originam estes pacientes, encontramos alguns de municípios adjacentes ao Rio de Janeiro, de outros Municípios como: Magé, Nova Iguaçu e Duque de Caxias e de bairros como: Caju, Senador Camará, Penha Circular, Guadalupe e Vila Isabel, da região dos lagos, como Rio das Ostras, Macaé, etc. O HFI recebe diariamente os pacientes diversos pacientes advindos destas localidades. O hospital recebe várias pessoas cotidianamente, muitas delas são advindas do SISREG, a maior parte da Baixada Fluminense é pacientes vindos, através de indicação seja do médico, de conhecido ou mesmo do próprio diretor.

3.4 Trabalho do Serviço Social no Hospital Federal de Ipanema

Primeiramente, é muito importante fazer um recorte histórico da profissão, a partir da compreensão do significado sócio-histórico, em que no capitalismo e no estágio dos monopólios, o Serviço Social nasce como parte de uma estratégia de classe, dentro do projeto burguês de reformas e de manutenção da ordem, estando articuladas pelas forças sociais que representam o grande capital no Brasil e pela articulação entre o Estado, o empresariado e a igreja católica, objetivando à integração da classe trabalhadora, dada as possibilidades econômico-sociais postas pelos monopólios, em que o Estado assume para si o enfrentamento da chamada “questão social” (GUERRA, 2010).

Na concepção de Mattos (2017), o Serviço Social é uma profissão que atua sobre as expressões da questão social que se apresenta metamorfoseada em falsos problemas e dilemas, que ora é apontado como de responsabilidades dos indivíduos, ora em outras da própria sociedade. Esses problemas são identificados através da desigualdades sociedade capitalista da são frutos ocasionados pelo capital.

O Serviço Social, no âmbito da saúde, em especial, no Hospital de Ipanema atua no campo das políticas sociais, atendendo às demandas dos pacientes que passam por procedimentos cirúrgicos e seus familiares, acompanhantes, e os tratamentos recebidos. Somando-se ao atendimento, os demais pacientes advindos de transferências de outras unidades de saúde, principalmente, atendendo as requisições das expressões da questão social. E ainda, viabilizando o acesso aos direitos da população usuária dos serviços do SUS, através

das orientações de encaminhamento aos dispositivos de Redes Sociais Assistenciais e benefícios e programas do governo federal.

As principais demandas que chegam ao Serviço Social do HFI são relacionadas a orientações de benefícios sociais, e na promoção da saúde, que após atendimento são direcionadas para a Rede Externa, representados pelos canais socioassistenciais da saúde³¹. Os dispositivos mais procurados pelos pacientes e familiares são: auxílio doença vale social; declaração de comparecimento, declaração de internação, Benefício de Prestação Continuada (BPC), — Fundo de garantia por tempo de Serviço (FGTS) — o acesso ao Tratamento Fora de Domicílio (TFD). Fazem-se encaminhamentos para o Centro Referência de Assistência Social (CRAS); Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS); Câmara de Resolução de Litígios (CRLS)³², Programa de Formação de Patrimônio do Servidor Público (PASEP); e — Programa de Atenção Integral à Família (PAIF).

Acionam-se os cartórios para possíveis documentações que envolvam os pacientes internados que não podem deixar hospital, como a Declaração de internação³³, envolvendo procurações, aos familiares dos pacientes internados para terem o acesso aos seus benefícios e/ou rendimentos. Ainda durante as visitas aos leitos, são feitos os devidos encaminhamentos para obtenção para estes dispositivos supracitados.

Portanto, é através dos dispositivos de Redes e mediações que podemos facilitar o atendimento e a vida dos pacientes. Uma rede de atenção à saúde bem organizada é capaz de modificar *a forma e o conteúdo do espaço/território. Uma vez que muda o conteúdo, muda*

³¹ A origem das Redes de Atenção à Saúde (RAS) data da década de 1920, mais especificamente no Reino Unido, quando foi elaborado o Relatório Dawson, como resultado de um grande debate de mudanças no sistema de proteção social daquele país, após a I Guerra Mundial. Neste documento, consta a primeira proposta de organização de sistemas regionalizados de saúde, cujos serviços de saúde deveriam acontecer por intermédio de uma organização ampliada que atendesse às necessidades da população de forma eficaz. Além disso, esses serviços deveriam ser acessíveis a toda população e oferecer cuidados preventivos e curativos, tanto no âmbito do cuidado domiciliar quanto nos centros de saúde secundários, fortemente vinculados aos hospitais.

Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. Redes de Atenção à Saúde no Sistema Único de Saúde, Brasília, 2012.

³² A Câmara de Resolução de Litígios de Saúde (CRLS) tem a finalidade de promover o atendimento de partes assistidas pela Defensoria Pública do Estado e pela Defensoria Pública da União, que demandam prestação de serviço de saúde do SUS, de modo a buscar solução administrativa para os pedidos e evitar o ajuizamento de ações. A CRLS funciona em imóvel da Procuradoria Geral do Estado, situado à Rua da Assembleia, nº 77-A, no Centro do Rio de Janeiro, e conta com a parceria da Defensoria Pública do Estado, da Defensoria Pública da União, da Secretaria de Estado de Saúde, da Secretaria Municipal de Saúde, da Procuradoria Geral do Município e do Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro. Disponível: <<http://www.rj.gov.br/web/pge/exibeconteudo?article-id=1886157>>. Acessado em: 13 de jun. de 2018.

³³ Há casos que aparecem durante as visitas do Serviço Social, que os pacientes internados buscam solicitações de perícia hospitalares, e quando paciente internado não pode estar nas agências de seguridade social, por algum motivo. Para renovação de benefício, nestes casos se faz necessário a presença do cartório para as declarações de internação e autorização, em casos que o paciente internado não possa obter o recebimento de seus proventos no banco, a declaração de autorização dar plenos poderes para que essa família possa sacar os proventos.

com ele a história, e muda com ele tudo que produz (MOREIRA, 2006, p. 159). Partindo do mesmo ponto de vista, Costa & Ramirez (2014) compartilham do mesmo pensamento:

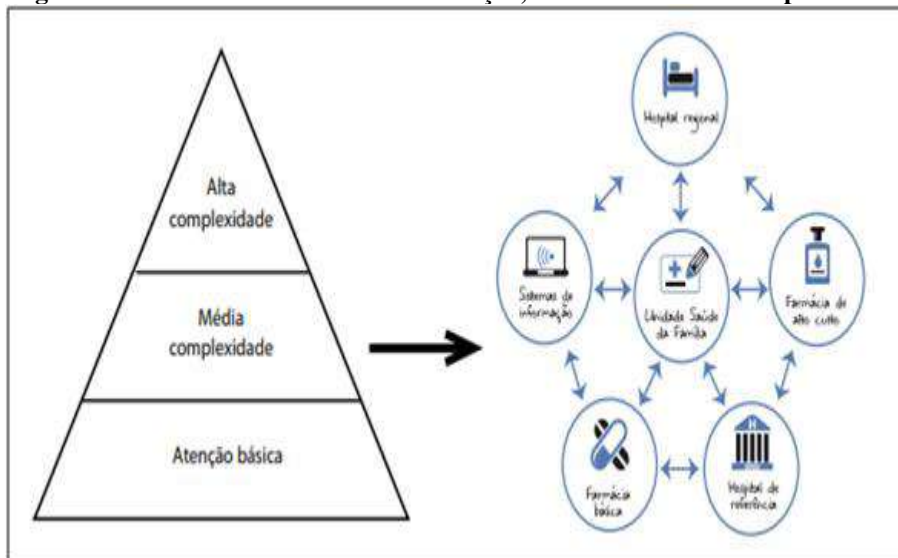
Assim sendo, as RAS devem ser capazes de identificar claramente a população e a área geográfica sob sua responsabilidade. Por isso, deve ser bem definida, apresentando parâmetros espaciais e temporais que permitam assegurar que as estruturas estejam bem distribuídas territorialmente, garantindo o tempo/resposta necessário ao atendimento, melhor proporção de estrutura/população/território.

Baseada na portaria nº 4279 de 30 dezembro de 2010 às Redes de Atenção à Saúde (RAS) são arranjos organizativos de ações e serviço de saúde, de diferente densidades tecnológicas que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, lógicos e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado. Sabe-se ainda que:

O RAS tem como objetivo de promover a integralização de ações da serviços de saúde, e promover para prover uma atenção à saúde de forma contínua, integral, de qualidade, responsável, humanizada, com vistas à consolidação dos princípios e diretrizes do SUS. Então, funciona assim no hospital, primeiro o que paciente, quando tem alta precisa dar continuidade do acompanhamento em Posto de Saúde – (no caso de outros Município) de seu município ou clínica da família de seu bairro – (no caso do Rio) (COSTA E RAMIRES, 2014, p.235).

A figura seguinte expressa o todo trabalho na Organização do Sistema SUS, mediante à Atenção básica do órgão, através dos níveis de complexidade.

Figura 1 - O Sistema SUS e a sua articulação, de acordo com as complexidades



Fonte. Apostila MS – RAS curso completo-Módulo 2-APS nas RAS - Pg 31-45.pdf

Em relação ao Hospital de Ipanema, o Serviço Social, na dependência da unidade, é composto por oito Assistentes Sociais, divididas por áreas, se revezando em plantões sociais e

programas e projetos como, por exemplo, o de DST/AIDS e da Oncologia, de Desospitalização, Humanização, do grupo de acolhimento, os programas de Educação e Saúde e a Supervisão de estágio. Estes profissionais atuam diretamente nas enfermarias dos 4º e 5º, 6º andares e nos ambulatórios do hospital.

Os profissionais realizam os atendimentos em duas salas: a primeira localizada no térreo, em frente ao (NIR), e a segunda sala localizada no segundo andar nº 211; horário de funcionamento: de segunda a sexta-feira, de 07h às 19:00 da noite. Ressalta-se que as salas contam com os devidos recursos materiais, facilitando o processo de atendimento, através de dois computadores, dois telefones com os seus respectivos ramais; mesas cadeiras; ar condicionado e armários.

Entretanto, encontramos fatores que têm implicações nos atendimentos. Apesar de ter duas salas, o aspecto sigilo pode ficar comprometido, pois no segundo andar, no atendimento, geralmente, ficam duas ou mais assistentes sociais por sala, o que interfere no andamento da qualidade do serviço prestado aos usuários, já que uns podem ouvir os demais em atendimento.

Segundo Perdigão (2015, p.70), o Hospital de Ipanema está organizado por categorias distribuídas conforme a hierarquia institucional. A Direção do Hospital é responsável pelo planejamento e gestão dos recursos e atividades do hospital para manter e/ou aperfeiçoar a assistência aos pacientes. Para isso, conta com duas coordenações setoriais, mas neste trabalho somente doze setores serão expostos com diversas atribuições. Dentro desta categoria, dividida em áreas, temos a estrutura descrita no Quadro IV, a seguir:

Quadro 4 - As áreas do Hospital Federal de Ipanema

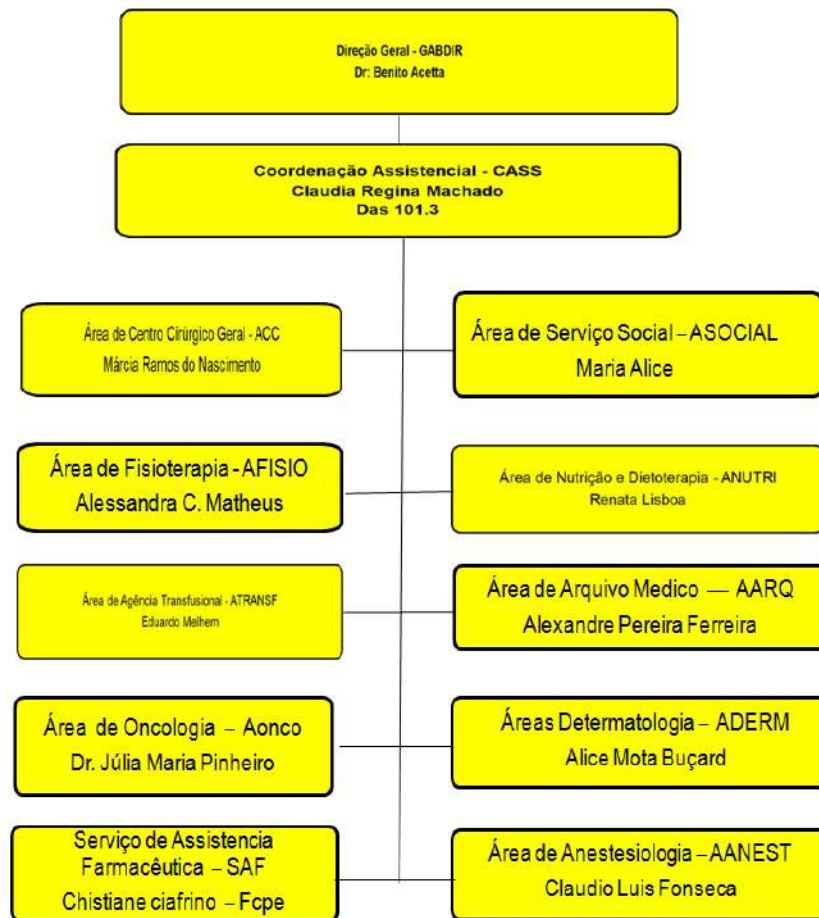
Direção Geral ou Gabinete da Direção — (GABDIER)
Coordenação Assistencial — (CASS)
Áreas do Centro cirúrgico Geral — (ACC)
Área de Serviço Social — (ASOCIAL)
Área de Fisioterapia — (AFISIO)
Nutrição e Dietoterapia— (ANUTRI)
Área e agência Transfusional— (ATRANSF)
Área de Arquivo Médico — (AARQ)

Oncologia a – (AONCO)
Dermatologia – (DERM)
Serviço de Assistência Farmacêutica – (SAF)
Anestesiologia– (AANEST)

Fonte: Elaborado pela autora a partir do Relatório de atividades do Hospital de Ipanema, 2015.

Todas as áreas supracitadas estão inseridas na cadeia de hierarquização institucional e os demais setores estão também interligados à direção, o Núcleo de Planejamento e Epidemiologia, Serviço de Faturamento, Centro de Estudos e Aperfeiçoamento, Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), Ouvidoria, Assessoria de Comunicação Social, Conselho de Gestão Participativa e Comitê de Qualidade.

Figura 2 - Organograma do Hospital Federal de Ipanema



Fonte: Elaboração do quadro organograma feito pela autora, 2015.

O organograma supracitado está esquematizando todas as áreas funcionais do HFI interligadas à direção e em subordinação e hierarquização de toda estrutura hospitalar. Outro, fator importante a ser abordado é o regime de trabalho dos profissionais de Serviço Social, por meio de contratos temporários e precários, no total são oito Assistentes sociais em que cinco delas são terceirizadas, flexibilizadas pela dinâmica de atendimentos constantes na instituição e múltiplas atividades que precisam ser cumpridas na instituição.

Obedecem ao regime de 30 horas semanais, todas as profissionais, no entanto, para cargo de chefia estão submetidas às 40hs, “ Art. 1º A Lei nº 8.662, de 7 de junho de 1993, passa a vigorar acrescida do seguinte “art. 5º-A. A duração do trabalho do Assistente Social é de 30 (trinta) horas semanais. Art. 2º Aos profissionais com contrato de trabalho em vigor na data de publicação desta Lei é garantida a adequação da jornada de trabalho, vedada a redução do salário”. (BRASIL,2010.p.1). Portanto,as mesmas cinco Assistentes Sociais do hospital têm mais de um vínculo empregatício, para qual dispõe-se para complementação de renda estando distribuídas em plantonistas e diaristas.

Segundo o portal do Conselho Federal de Serviço Social – CFESS, essa relação vem se dando para o/a assistente social que ainda se submete à dupla jornada, pois, além da jornada de trabalho formal, ainda responde pelas responsabilidades familiares, visto que 90% da categoria são do sexo feminino (CFESS, 2008. p.3).

Vários fatores somados levam à precarização do trabalho e da vida desses trabalhadores, desvalorização deste profissional, o não reconhecimento tanto profissional quanto institucional, a aquisição salarial baixa etc. tornando as relações entre a própria equipe hostis numa mesma sala trabalha oito assistentes sociais ao todo destas oitos, cinco são contratos terceirizados estas são uma das causas do tensionados pela própria instituição ou na própria relação de trabalho.

Neste ponto, há um caráter na nova formas de precarização social do trabalho – no que afirma Antunes (2013), sustentada na ideia de que se trata de um processo que se instala – econômica, social e politicamente - na institucionalização da flexibilização e da precarização modernas do trabalho, renovando e configurando historicamente no Brasil. Essas novas tendências da metamorfose do trabalho, baseadas na precarização, individualidade e competitividade entre os seus pares.

3.5 Atividades desenvolvidas no Serviço Social no HFI

As atividades do Serviço Social no HFI são de suma importância, pois atendem às demandas dos usuários, bem como promovem a conscientização de seus usuários acerca dos seus direitos adquiridos e acessos aos programas ligados ao governo, uma vez que informações essenciais acerca dos direitos e dos benefícios operacionalizados pelos assistentes sociais são repassadas ao público atendido.

Em relação às reflexões sobre as atividades desenvolvidas pelos Assistentes Sociais em equipe têm como objetivo apreender, na realidade das dinâmicas do trabalho que envolve os profissionais, a troca de experiências, com os usuários/trabalhadores, a partir do espraçamento das informações e da conscientização dos direitos, enquanto paciente internado na instituição, por exemplo o grupo de acolhimento e educação e saúde e o projeto de desospitalização, trabalhos realizados pela equipe de serviço social.

O Projeto Desospitalização chegou ao Hospital de Ipanema em 2016, trazendo modificações substanciais. Este projeto contou com a participação de uma junta de profissionais, que fizeram o trabalho em equipe composta por Assistente Social, Médico, Psicólogo, Enfermeiro e o Nir (núcleo de regulação). A desospitalização visa trabalhar a alta de um paciente de forma responsável de longa permanência de internação no hospital. Porém, sobre essa intervenção há um debate se posicionando em não satisfatório acerca do presente projeto, pois objetivo da desospitalização tem haver com a permanência do paciente no hospital. Segundo as concepções defendidas em favor ao projeto, o paciente pode terminar a sua recuperação em casa. Assim, isenta-se o hospital de gastos com hotelaria e outros serviços. No entanto, para o Hospital Federal de Ipanema, esse projeto tem uma outra concepção, como a de preparar alta desse paciente, a partir da lógica de prosseguir os acompanhamentos na clínica da família do seu bairro, ou posto de saúde de sua cidade. Neste sentido, o paciente precisa ir com todos encaminhamentos marcados, e seus direitos garantidos.

Portanto, todas estas atividades estão destacadas abaixo, e todas exemplificadas, além das outras que já foram mencionadas durante o trabalho.

I. Ações do Grupo de Acolhimento

Dentro do Programa de Humanização do Ministério da Saúde no Hospital, estão as ações do Grupo de Acolhimento realizadas por equipe multiprofissional que, diariamente, recebe os usuários agendados para internação e seus familiares e/ou acompanhantes. O Grupo visa democratizar informações e prestar orientação, quanto à rotina hospitalar, esclarecendo as

dúvidas e transmitindo orientações, diminuindo assim o medo e a insegurança que ocorrem neste momento específico da internação.

A equipe multiprofissional, parte do grupo de acolhimento, que atende o público, objetiva esclarecer todas as referências sobre o hospital, realizando as reuniões pela manhã de 07:30 às 8:00 horas. Equipe composta por Serviço Social, Enfermagem e Nutricionista, cada profissional inicia o grupo apresentando as suas atribuições e a sua função dentro do hospital, esclarecendo ainda o que é permitido e o que não é permitido no ambiente hospitalar durante a internação.

Ao Serviço Social cabe a coleta e os esclarecimentos de informações sobre os dispositivos de acesso e de direito, iniciando-se com a sua apresentação, com as seguintes perguntas, a fim de conhecer os usuários e familiares: primeiro: De onde vem? Onde moram? (Rio e Baixada Fluminense); segundo: os usuários que irão se internar, trabalham ou não trabalham? Terceiro: Alguém já ouviu falar sobre o TFD?. Também são abordados, na ocasião, os direitos previdenciários e sociais, além de buscar sensibilizar os acompanhantes quanto à importância da doação de sangue e apoio ao familiar internado (HOSPITAL FEDERAL DE IPANEMA, 2015, p.77).

É de suma importância a troca realizada pela equipe de Serviço Social com os usuários/trabalhadores de captação dessa dinâmica do movimento da realidade, em sua essência, dos fenômenos trazidos pelos pacientes e usuários, depois de percebida a sua lógica nas condições. Como afirma Vasconcellos (2015, p. 497), é assimilar a realidade em seus determinantes, bem como as dimensões (teórico, ético, operativa) como sínteses de múltiplas determinações. Deste contexto do movimento, torna-se primordial examinar criticamente as manifestações e as demandas trazidas pelos os usuários.

II. As ações de atendimentos a pacientes da oncologia

As ações desenvolvidas com os pacientes oncológicos são voltadas para as orientações acerca de seus direitos às políticas sociais para pessoas com câncer (HFI, 2015, p. 77), dando o cumprimento à portaria 874 de 2013 do Ministério da Saúde - MS que institui a Política Nacional para Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Os Hospitais Gerais com Cirurgia Oncológica devem proceder ao tratamento cirúrgico do câncer de forma integrada à rede de atenção à saúde e realizar o encaminhamento, de forma regulada, dos casos operados que necessitam de complementação terapêutica, clínica especializada

(radioterapia, iodoterapia ou quimioterapia). Desse modo, durante as observações enquanto estagiária, participamos de palestras, sala de espera, trabalhos voltados à otimização das informações e esclarecimentos, enquanto indivíduos sociais e portadores de seus direitos.

3.6 O Assistente Social do HFI como co-formador dos estagiários

As contribuições acadêmicas advindas dos profissionais de Serviço Social foram muito importantes e enriquecedoras, ao mesmo tempo, pois em que cada profissional da unidade tem a sua particularidade e a sua interpretação da realidade. As discussões acerca dos casos e das demandas, surgidas durante os plantões, eram uma forma de reflexão profunda do cotidiano de trabalho. Os debates sobre o racismo, com a supervisora de campos, marcaram os estagiários no desenvolvimento da reflexão sobre os atendimentos dos pacientes, colocados sempre em primeiro lugar. Palestras que participamos sobre a saúde do homem, educação sexual com os atletas do Clube do Fluminense e a campanha sobre os malefícios do Tabagismo.

Essas palestras trouxeram inúmeras reflexões acerca da contribuição para formação acadêmica dos Estagiários em Serviço Social do HFI, por mais que tenham suas particularidades conseguiram passar um pouco de cada vivência de suas experiências. Os problemas de ambiência trabalho em equipe apresentou-se como um dos desafios e dilemas que precisam ser superados dentro da mesma equipe.

A conjuntura adversa de retrocessos das políticas sociais e os seus impactos no trabalho do Serviço Social têm sido uma das trincheiras em que a própria equipe não consegue se enxergar como classe trabalhadora e participante de uma mesma categoria. Através de observações, enquanto estagiária de Serviço Social, observaram-se nas atitudes e de posturas individualistas que havia várias fragilidades nas decisões nas reuniões nas formas de obter ganhos para toda uma equipe na sua integralidade. Sendo assim a recorrência em tudo que envolvia o setor de Serviço Social como equipe e não é só de uma pessoa.

Essa análise decorre do fato de que a contribuição do Assistente Social para a formação na vida dos Estagiários é essencial e isto influi diretamente em condutas, tanto conservadoras quanto fatalistas, da sociedade como um todo. O papel da Supervisão de Estágio no HFI teve dilemas e desafios a serem realmente superados. No entanto, se reconhece a materialidade rica e pertinente no Hospital de Ipanema, sendo, realmente, uma potencialidade para pesquisa e sistematização da própria profissão e na saúde como todo.

Isso se dá, principalmente, em conformidade à formação continuada que alguns profissionais da área têm, neste ponto, sobre as assistentes sociais entrevistadas, duas das oitos que trabalham no HIF têm mestrado ou especialização, o que permite a inserção em determinados espaços de debates e também frente a outras profissionais que não tiveram as condições materiais e substantivas de continuidade e aprimoramento intelectual. Vale ressaltar que as profissionais terceirizadas não têm as mesmas oportunidades de tempo para se aprimorar quanto às demais profissionais concursadas.

É necessário a garantia do pluralismo dentro no debate das ideias, através do respeito às outras correntes profissionais democráticas existentes e suas teorias, sendo este um dos ganhos mais importantes que uma das profissionais destaca. O trabalho em equipe é outro ganho, mesmo com as práticas individualistas, por ter conseguido, no conjunto, mostrar o trabalho do Serviço Social com destreza e, ao mesmo tempo, conquistando espaço entre os demais profissionais como enfermagem, os Médicos, fisioterapeutas, nutricionistas, etc., no qual contribuíram para que as atividades de trabalhos pudessem crescer e fortalecer o Serviço Social.

Destaca-se ainda a importância do trabalho interdisciplinar apregoado pelo SUS, apresentado posteriormente neste trabalho, apontado por uma das profissionais como consequência e, ao mesmo tempo conquista, o reconhecimento do trabalho entre os outros profissionais da saúde no HFI. Na dimensão teórico metodológico esteve presente, durante as observações, com a finalidade de estudar a teoria refletida na prática do que foi aprendido na academia e tem relevância para a dimensão ético político, informativa, investigativa e formativa no processo de democratização das informações aos pacientes e aos familiares. Neste contexto, exemplifica-se o trabalho realizado pelas assistentes sociais e outros profissionais do chamado Grupo de Acolhimento.

O grupo de acolhimento tinha como objetivo informar aos pacientes internados no Hospital Federal de Ipanema sobre os seus direitos dentro da instituição e qual a função do Serviço Social naquele espaço sócio-ocupacional. Além do mais, ressalta-se que essa ação faz parte da qualidade dos serviços prestados à população, não deixando de ser uma ação política, porque é neste momento, entre uma informação e outra, que se faz a população se assegurar das informações, enquanto classe trabalhadora.

4 O SERVIÇO SOCIAL NO HOSPITAL FEDERAL DE IPANEMA EM TEMPOS DE FRAGMENTAÇÃO DA CLASSE TRABALHADORA: APLICAÇÃO DA PESQUISA

No presente capítulo serão abordadas as análises feitas através das entrevistas das assistentes sociais, em tempos de fragmentação da classe trabalhadora, no que tange às consequências do neoliberalismo. Acerca disso, compreende-se que as transformações do mundo do trabalho afetaram diretamente o dia a dia do Serviço Social, uma vez que este faz parte da divisão sócio-técnica do trabalho, por isso não se faz imune aos efeitos deletérios e os efeitos da crise estrutural provocada pelo capital e suas novas configurações Neoliberal.

As transformações no universo do trabalho no capitalismo contemporâneo produz múltipla processualidade nas condições de vida e trabalho da classe trabalhadora, desproletarização do trabalho industrial fabril e amplia expressivamente o assalariamento no setor de serviços. Generaliza-se a subproletarização do trabalho, nas formas de trabalho precário, parcial, temporário, subcontratado, terceirizado, doméstico e informal. Verifica-se na atualidade uma significativa heterogeneização do trabalho, expresso, sobretudo, pela crescente incorporação do contingente feminino no mundo operário, mas também pela incorporação do trabalho infantil e pela presença significativa de força de mão de obra migrante, acompanhado de formas contemporâneas de degradação do trabalho, além da desespecialização ou desqualificação do operário industrial e da criação dos trabalhadores multifuncionais (ANTUNES apud CEOLIN, p.251, 2014).

4.1 Passos Metodológicos

Fez-se todo procedimento como o preenchimento dos requisitos para pesquisa pela Plataforma Brasil, para a autorização e aquisição das questões para entrevista, desde o preenchimento do formulário composto de 30 questões elaborados pela autora e Orientadora, em dezembro de 2018, até a aprovação pelo Comitê de Ética do Hospital Federal de Ipanema, formalizando o aceite em meados de janeiro, até o início das entrevistas, o que levou três meses. A aprovação permitia o início das entrevistas no começo de março, porém a pesquisadora teve que pedir autorização à equipe de Serviço Social para começar as entrevistas, na ocasião em atividades de seleção de estagiários, o que adiou um pouco mais o início das entrevistas. As profissionais somente conseguiram conceder as entrevistas no período de 04/04/2019 a 17/04/2019, no próprio Hospital Federal de Ipanema.

Dentre as oito assistentes sociais da equipe do hospital, cinco concederam a entrevista e três se recusaram a fazer, como está previsto no *Termo de Consentimento Livre e Esclarecido da Pesquisa* (TCLE, 2019), em anexo.

Da Equipe de Serviço Social do Hospital Federal de Ipanema três Assistentes Sociais não puderam fornecer entrevistas, por motivos diferentes. Para todas as atuantes no setor de Serviço Social foram adotados nomes fictícios:

- a. “Ana” é estatutária e estava recentemente no Hospital de Ipanema, porém ocorreram desencontros e não foi possível a realização da entrevista com Assistente Social.
- b. “Rosemere” se encontrava em licença maternidade no período em que foram feitas as entrevistas, não sendo possível realizar sua entrevista, conforme planejado;
- c. “Cristine” em visita ao hospital, com intuito de garantir a última entrevista com a chefe de Serviço Social do HFI. Preferiu não dar entrevista por ter passado por procedimentos cirúrgicos no período previsto na pesquisa.

4.2 Dados gerais das entrevistadas

Na Equipe de Serviço Social são todas mulheres, numa profissão eminentemente feminina, tendo as seguintes características.

Quadro 5 - Dado gerais das entrevistadas

Nome fictício	Idade	Raça ³⁴	Religião	Moradia	Tempo de formação	Estado civil	Universidade	Atuação política	Transporte
Mariana	47	Negra	Católica	Campo Grande	22	solteira	pública	Rede da Mulher negra	2
Cláudia	57	Parda	Evangélica	Vila da Penha	20	casada	privada	Não	2
Yohana	39	Branca	Católica ³⁵	Copacabana	17	divorciada	pública	Não	0
Brenda	43	Negra	Cristã	Rio Comprido	17	solteira	pública	Não	2
Eleonora	39	Branca	Espírita	Higienópolis	16	solteira	pública	Não	2

Fonte: Quadro elaborado pela autora a partir de entrevistas realizadas no período de abril de 2019 até setembro de 2019.

³⁴ auto-referenciado.

³⁵ autodenomina-se “não praticante”.

A primeira entrevistada chama-se “Brenda”. Ela mostrou-se muito cordial e compreensiva, recebeu de bom grado a entrevista, que foi realizada na sala 211, no segundo andar, estando só naquele momento, apenas a entrevistada a autora. Especificamente, durante esta entrevista ocorreram interrupções em vários momentos, por causa disso foi necessário a autora desligar o gravador várias vezes. Na ocasião, a sala sofria interferências de terceiros que entravam na mesma sala, a primeira entrevistada pedia para a gravação³⁶. A entrevista de Brenda foi uma das entrevistadas bastante objetiva, mantendo uma postura ética e compreensiva com a autora do presente estudo. Sua conversa se deu em 04.04.2019 e durou 39 minutos.

A segunda pessoa entrevistada chama-se “Eleonora”, cuja entrevista foi realizada em 17.04.2019, na mesma sala 211, que as demais. Da mesma forma que a autora deste trabalho, “Eleonora” também fez a sua graduação na Escola de Serviço Social - UFRJ. Como foram explicados os objetivos desta pesquisa às outras entrevistadas, o mesmo ocorreu com Eleonora, que apresentou a ela o termo de compromisso e em seguida a entrevista foi iniciada. Ela aceitou bem a dinâmica das perguntas realizadas pela autora, levando 1 hora, 20m e 9s para discorrer sobre todos os pontos propostos. Esta entrevista rendeu vários elementos importantíssimos para o desenvolvimento do trabalho, reflexões que faremos por meio de análise geral entre as demais entrevistas desta pesquisa.

A terceira entrevistada, chama-se “Brígida”, a abordagem para a entrevista foi realizada em 26.04.2019 na sala 2011, onde a autora esperou os usuários serem atendidos. Levaram 10 minutos entre a explicação da proposta da pesquisa do TCLE, “Brígida” alegou justificativas pessoais e escolheu não participar da entrevista.

A quarta assistente social foi nomeada por Mariana, a entrevista dela teve a duração de 28 minutos e 19 segundos, na sala 211. Faz-se necessário relatar aqui, antes como foi todo processo de aproximação para que a mesma Mariana aceitasse nos fornecer a entrevista. Ao chegar ao hospital, tive que esperar um pouco, pois Mariana teve alguns contratempos, mas quando ela chegou foi esclarecida acerca dos procedimentos da entrevista e de sua importância.

Mariana foi muito solícita para participar da pesquisa: “olha, eu sei mesmo do que se trata, mas vou fazer mesmo assim”. A entrevista foi iniciada na sala 211, na ocasião Mariana pedia parar o gravador, interrompendo a entrevista, pois tinha gente entrando na sala, falando alto, além de haver no lugar outras pessoas, a saber, as novas estagiárias e a colega Eleonora,

³⁶ Repórter da Globo atualmente está como âncora no Bom dia Rio.

que também estava com a sua estagiária na sala. Ao terminar a entrevista, a Assistente social denominada Yohana chamou atenção, por não ter utilizado a sala do plantão, que estava vazia. Ela ainda mencionou não saber das interrupções constantes sofridas durante a realização do trabalho.

“Yohana” foi a quinta entrevistada em 06/05/2019. A entrevista foi realizada na sala do plantão do Serviço Social, localizada no térreo do hospital, como estava previsto no termo de livre esclarecimento. À porta fechada, colocamos uma placa informando que não estaria em atendimento naquele momento e que procurassem a sala 211, do 2º andar. A Assistente social se propôs a responder às perguntas, mesmo estando muito alérgica. As informações concedidas por ela foram muito relevantes para a análise da temática deste trabalho de conclusão de curso. Em alguns momentos, ela tossia muito, mas foi possível manter o ritmo e a dinâmica das perguntas.

A sexta e última da lista de entrevistadas se chama “Cláudia”, sua entrevista foi realizada no tempo de 8 minutos e 51 segundos. Em 08/05/2019, primeiramente cheguei na sala 211, onde todos os profissionais estavam. Cláudia encontrava-se na companhia de uma estagiária, perguntei se gostaria de participar da pesquisa de conclusão de curso. Em seguida expliquei o “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido a Pesquisa”, tendo como finalidade a transcrição e a gravação do áudio, nos termos éticos, no que se refere à confidencialidade e garantia de sigilo. Logo, a mesma aceitou as condições que propunha a pesquisa.

Foi recomendada à Cláudia, a sala de plantão para a realização da entrevista, a fim da manutenção do sigilo, porém a entrevistada alegou estar com muita dor de cabeça e preferiu conceder a entrevista no corredor, perto do elevador, porém o local indicado por ela havia muito barulho, vindo de pessoas conversando. Ela respondeu todas as perguntas de modo breve, se atentando ao necessário.

Não somente ocorreu contratempo na entrevista de Mariana, mas todas reuniões foram realizadas apresentando dificuldades. Sobre os problemas vivenciados para realização da coleta de dados, pode-se mencionar: a obtenção de um lugar silencioso, problemas de saúde apresentado pela profissional durante uma das entrevistas e a interferência dos outros profissionais durante a realização das entrevistas.

4.3 As entrevistas com as Assistentes Sociais do HFI

A seguir, será apresentada a análise das condições reais de trabalho do Serviço Social no âmbito da saúde, a partir da súmula das entrevistas com as Assistentes Sociais do Hospital

Federal de Ipanema. Para o direcionamento da análise, optou-se pela disposição de fragmentos do *corpus* que corroboram com tema do trabalho proposto, foram organizados nos quadros a seguir. No entanto, havendo necessidade de ampliação na discussão, utilizaram-se fragmentos das entrevistas não alocadas no quadro.

a. O Tempo de trabalho no Hospital Federal de Ipanema e setores de atuação

Quadro 6 - Tempo de trabalho no HFI, setores de atuação e Regime de trabalho

Entrevistadas	Respostas	Regime de Trabalho
BRENDA	<i>Oito a nove anos. Hoje estou muito mais ao apoio à chefia né, as situações relacionadas às organizações do trabalho, organização do setor, hoje eu não estou diretamente no atendimento só em alguns momentos né, assim que alguma determinada família procura, eu até acabo entrando no atendimento também, mas não sou a responsável por uma clínica ou pelo plantão, entendeu? [...] isso não difere, porque você continua enquanto assistente social ok? (Brenda, entrevista, 04/04/2019)</i>	Estatutário
ELEONORA	<i>13 anos. Então eu entrei aqui, tinha setores específicos que a gente trabalhava, desenvolvendo. Assim eu trabalhava na ortopedia, assim eu fiquei durante esses anos, devem ter uns Há seis ou sete anos por aí, a organização da equipe ficou outra. De processo de trabalho foi outra, passou a ser por andar, então eu trabalho no sexto andar, e aí tem outras tantas clínicas, além da ortopedia. [...] as clínicas que atendo, eu atendo as clínicas que estão no andar, é por andar. Eleonora: Você quer que eu cite as que estão no sexto andar? [...] sexto andar tem, ortopedia, cirurgia geral, neurocirurgia, cirurgia plástica, urologia, oncologia, clínica médica também tem alguns casos, acho que só, e cirurgia vascular.</i>	Terceirizado NERJ
MARIANA	<i>Nove anos. Oncologia e Pesquisa, pois estou no comitê de ética.</i>	Estatutário
YOHANA	<i>Cinco anos, Plantão e Enfermaria.</i>	Terceirizado NERJ
CLAUDIA	<i>Três anos. Serviço Social.</i>	Terceirizado NERJ

Sobre o tempo de serviço atuando no HFI e a sua relação ao regime de trabalho, podemos dizer que: A Assistente social (ÀS) Mariana tem nove anos de Oncologia e Pesquisa e no Comitê de Ética, sob regime estatutário; A Assistente Social Brenda trabalha entre 08 e 09 anos no Hospital, a Assistente Social Cláudia tem três anos sob contrato terceirizado; a Assistente Social Eleonora já trabalha há 13 anos como terceirizada, tendo as mesmas funções que as demais profissionais, Yohana trabalha há cinco anos, também sob contrato terceirizado. Todos os três profissionais são contratados do Núcleo do Ministério da Saúde no Rio de Janeiro – NERJ/MS.

Em relação aos setores de atuação, pode-se dizer que Yohana atua em Plantão e Enfermaria, já a Assistente Social Brenda atua, no momento, como apoio à chefia do setor de Serviço Social no HFI. Eleonora, inicialmente, trabalhava no setor de Ortopedia e ficou neste setor há seis anos, depois passou para os atendimentos nos plantões das clínicas médicas, em geral, no sexto andar.

Mariana atua diretamente nos plantões e atualmente desenvolve pesquisas junto ao Comitê de Ética do HFI, atende aos pacientes da Oncologia, especificamente, a assistente social Mariana também faz parte da Rede de Mulheres Negras de Campo Grande. Claudia faz os atendimentos na clínica médica, do sexto andar, trabalhando nos plantões.

Considerando as informações do quadro: Tempo de trabalho no HFI, setores de atuação e regime de trabalho vemos diferenças de Regime de Contratos, neste aspecto, pode-se dizer que as mesmas profissionais (assistentes sociais), desenvolvem diferentes ou, até mesmo, as mesmas funções; são assalariadas, porém de regimes diferenciados: estatutário e Terceirizado NERJ, sendo este último regime ocorrer em predominância no hospital. Assim, Raichelis (2011, p. 422) corrobora para este momento em que a *dinâmica de flexibilização/precarização atinge o trabalho dos assistentes sociais nos diferentes espaços ocupacionais para até mesmo as inseguranças do próprio trabalho que realiza dentro da instituição.*

b. Vinculação da prática profissional com o pensamento acadêmico

Por um tempo, a questão de teoria e prática tem sido apontada como motivação para o Serviço Social não dar respostas imediatas às demandas da população atendida nas instâncias diversas onde este segmento atua. Acerca disso, foi perguntado às assistentes sociais entrevistadas se o saber acadêmico se distanciava da prática institucional. A seguir, o quadro de respostas das referidas profissionais.

Quadro 7 - Vinculação da prática profissional com o pensamento acadêmico

Entrevistadas	Respostas
BRENDA	<i>Em determinados momentos sim, né? Mas uma coisa complementa a outra né? Eu acho que a prática que a gente tem hoje não pode ser desvinculada, o que a gente trabalha na academia, agora é claro que nem tudo que você discute muito na academia, você consegue de fato, colocar na sua prática. [...] não que a teoria seja outra, mas assim, às vezes em determinados assuntos, a gente sabe, até em função das nossas atribuições, enquanto assistente social, se a gente for ver lá fora, na nossa prática aqui, ou em outros lugares, a gente acaba extrapolando e fazendo coisas que não seriam da sua prática. Mas o Serviço Social, que a Vasconcelos discute, que a gente acaba absorvendo é em relação das correlações de forças que você tem naquele espaço, você acaba cedendo ou não, ou criando ... eeee..Tem que ser criando espaços de discussão para que você possa legitimar o seu trabalho. Então, humm, a academia é importante, e assim como acadêmico também ir para a prática né? Para que a gente possa ter os dois lados ok?” (Brenda, entrevista, 04/04/2019).</i>
ELEONORA	<i>Assim, eu acho que na sua prática você atravessa a questão teórica e muitos dos casos que atende consegue perceber, eu acho, quando se distancia mais; quando você procura se capacitar, quando você está, entendeu? Está fora desse processo, aí você consegue ver um distanciamento mesmo, mas você consegue ver a prática o tempo todo atravessada pela teoria mesmo, não tem como. Então, eu não acho que na prática a teoria é outra; Acho que sim, que existem questões práticas que não cabem em discussões teóricas, são duas coisas, entendeu? Ela tem questões particulares que não dá pra você tratar da mesma forma, mas elas conversam entre si. Precisam né? (Eleonora, entrevista, 17/04/2019).</i>
MARIANA	<i>Eu, para mim, teoria e prática nunca se distancia,</i>
YOHANA	<i>Não.</i>
CLAUDIA	<i>Não.</i>

A respeito da vinculação da prática profissional com o pensamento científico, a partir da questão: o saber acadêmico se distancia da prática institucional; Mariana respondeu: “*Eu, para mim, teoria e prática nunca se distancia,*”, Yohana apenas respondeu “*não*”, da mesma forma, Claudia em sua resposta, disse “*não*”. Já para Brenda, a prática complementa a teoria e vice-versa, segundo ela, a ação efetiva do profissional hoje não pode ser desvinculada ao que

se aborda na academia. Eleonora, por sua vez, informou que a prática é atravessada pela questão teórica, na qual se consegue perceber a concretude da prática, em todo instante, sendo transpassada pela teoria.

Problematiza-se a relação da teoria e prática no seguinte trecho da fala de Eleonora: *Assim, eu acho que na sua prática você atravessa a questão teórica e muitos dos casos que atende. Consegue perceber, eu acho, quando se distancia mais; quando você procura se capacitar, quando você está, entendeu? Está fora desse processo, aí você consegue ver um distanciamento mesmo, mas você consegue ver a prática o tempo todo atravessada pela teoria mesmo, não tem como. [...]*

Acerca do questionamento sobre o distanciamento entre teoria e prática, levando em conta a fala de Eleonora, fundamentamos nossa argumentação na abordagem de Guerra e Forti (2009) sobre a temática “na prática a teoria é outra?”. Neste contexto, são identificadas, na visão das autoras, ao que se sustenta a debatida concepção: “na prática a teoria é outra?”.

Concebida à luz dos fundamentos filosóficos do pragmatismo e do utilitarismo, para os quais “o significado de um conceito é determinado pelas conseqüências experimentais ou práticas de sua aplicação” (Haack, 2002:641) esta noção de teoria tem o seu valor, alcance e papel condicionados à sua capacidade de dar respostas prático-empíricas à realidade. A teoria de resultados é um produto típico do desenvolvimento capitalista e vincula-se a dimensão instrumental da razão que na ordem burguesa passa a ser a razão hegemônica, embora não seja o único nem o último padrão de racionalidade, como defendem os que, como nós, ainda acreditam nas possibilidades emancipatórias da razão moderna e consideram que as promessas do iluminismo ainda portam a tendência de se realizarem (GUERRA & FORTI, 2009. p.2).

As autoras investigaram a questão levantada no questionário e respondida pela profissional Eleonora. Elas mencionam determinada concepção da ordem do capital defensora da teoria que detém a possibilidade de ser implementada na realidade social e/ou de ser capaz de dar respostas imediatas a essa complexa realidade. Neste aspecto, consideram-se as Teorias Sociais sendo um conjunto de regras, modelos, procedimentos e referências instrumentais precisas, capazes de serem imediatamente aplicáveis na realidade.

No entanto, a concepção sustentada pelas autoras nos aponta para a análise sobre as demandas e as requisições institucionais às quais os profissionais são requisitados a atender associadas ao acúmulo de atividades sobre os dados de realidades em que são submetidos, com a necessidade de darem respostas qualificadas, em oposição ao imediatismo da expressão *Não no aqui e agora*. Esse panorama é o reflexo de várias requisições enfrentadas pelos profissionais diante de crescentes desafios para viabilizar as condições favoráveis de reflexão

sobre as demandas a eles imputadas, como profissional assalariado de formação qualificada e crítica.

Além disso, há o desafio de esse profissional conseguir realizar a chamada suspensão do cotidiano que significa o momento em que ele para num instante, a fim de refletir sobre a sua conduta de trabalho e as demandas do cotidiano que atendeu, sendo, nesse aspecto, o momento em que ele reflete sobre estas demandas para dar respostas qualificadas.

Portanto, sem uma formação crítica que desvele esta realidade, torna-se pouco provável a efetiva captação pelo profissional do que está sendo posto na aparência dos fenômenos, ficando assim no próprio senso comum, ao invés de se apropriar dessa realidade ao que seria o menor possível, isto é, a tentativa de novas estratégias. Por isso, ao profissional é fundamental a chamada “suspensão do cotidiano”.

Acerca disso, Guerra e Forti (2009) acrescentam:

Nesse contexto, o profissional que atenda às requisições do mercado de trabalho, mas que não se limite a elas, deve ter uma sólida formação teórico metodológica em termos de conhecimentos teóricos e interventivos. Não obstante as evidências de tal exigência, no senso comum, naturaliza-se o chavão sobre a existência de um fosso entre o conhecimento teórico e a sua capacidade de implementação. Ora, quem nunca ouviu, afirmou ou mesmo duvidou do famoso jargão de que na prática a teoria é outra? (GUERRA & FORTI, 2009. p.2).

Sobre essa perspectiva no cotidiano, a profissional entrevistada informa: [...] *Então, eu não acho que na prática a teoria é outra; Acho que sim, que existem questões práticas que não cabem em discussões teóricas, são duas coisas, entendeu? Ela tem questões particulares que não dá pra você tratar da mesma forma, mas elas conversam entre si. Precisam né? [...]*

A abordagem citada de Eleonora deixa claro que a prática e a teoria conversam entre si. Porém há questões da própria prática que fomentam discussões teóricas sobre as teorias sociais macroscópicas, apresentando um olhar sobre a concepção de totalidade em contraposição às teorias minimalistas e imediatas da leitura de realidade. Assim:

Não é demais lembrar que esta separação entre teoria e prática encontra-se subjacente à racionalidade hegemônica do capitalismo. Ela repõe a alienação essencial do capitalismo - separação entre os proprietários e não proprietários dos meios de produção - sob bases mais complexas, de modo que a cisão entre os que pensam e os que executam que fundamenta a alienação no trabalho é particularizada na ordem burguesa constituída como o processo de reificação. Produto necessário do processo de reificação é uma concepção de conhecimento que não ultrapasse a aparência dos fatos; que não supere o âmbito da experiência imediata; que conceba os fenômenos na sua positividade; que descarte o seu movimento de constituição e

que, por isso, não seja capaz de captar o movimento; que suprima as mediações sociais constitutivas e constituintes dos processos; que defenda a impossibilidade de conhecer a essência (a coisa em si). Sem o conhecimento dos fundamentos, a elaboração teórica nega-se a si mesma (GUERRA & FORTI, 2009. p.3).

Por isso, reforça-se, conforme apresentado nas falas das entrevistadas, da possibilidade da aplicação da teoria na prática, seja no menor ou maior grau de proximidade, captando as teorias sociais na perspectiva de totalidade. Não deixando de lado, evidente, o viés de um olhar que se sustenta nas bases da profissão, em dimensões: teórica metodológicas, técnico operativas e ético político.

c. Vínculo empregatício com o Hospital Federal de Ipanema (HFI) em tempos de precarização da política de saúde e os reflexos nos setores nos quais trabalham

Neste tópico, a questão abordada tratou sobre o vínculo empregatício com o HFI em tempos de precarização da política, no âmbito da saúde no Brasil, e os reflexos ocorridos nos setores trabalhados e nos demais setores do hospital. As perguntas respondidas tinham como vieses: vínculo empregatício e precarização da política de saúde.

Quadro 8 - Vínculo empregatício com o HFI em tempos de precarização da política de saúde e os reflexos nos setores trabalhados do hospital

Entrevistadas	Respostas
BRENDA	<p><i>Servidora pública Estatutária. Não, na verdade já sou concursada do Rio, lá eu tenho 15 anos e aqui eu tenho menos, entrei aqui depois, mas já fui de outros lugares também. Assim, na verdade, eu fui do Fernandes Figueira, trabalhei um tempo lá, como contrato na própria Fiocruz também; já fui Estagiária da FIOCRUZ, depois eu fiquei um tempo, como contratada, também, e são Gonçalo que eu fiquei, assim fui concursada, mas fiquei pouco tempo, que eu larguei também, porque não dava muito retorno né? Assim, aí é como se a gente fala da onde a gente trabalha, no início você vai fazendo os concursos, vai entrando pras coisas, depois quando né, você começa estabilizar a vida funcional, você vai vendo o que é melhor pra você. Até mesmo como qualidade de vida, né, porque senão.</i></p> <p><i>[...] Todos os meus Estágios foram na área da saúde. Eu fiz estágio na antiga maternidade na Praça XIV, Estágios 1 e 2, eu acho né, que não existe mais, né? Foi demolido e depois eu fui para FIOCRUZ, e foi lá na FIOCRUZ, mesmo aí, eu fui fazer estágio lá, e aí eu trabalhava. Com a área da saúde, eu trabalhava lá no centro de infectologia, no Evandro Chagas e aí assim, meu TCC foi na área da saúde. Que eu falo sobre o acesso à saúde, assim a trajetória se acaba afunilando né! vai construindo, tem gente que muda e tal, mas você acaba afunilando com a temática que você gosta, era</i></p>

	<p><i>uma temática que gostava muito e aí, assim, eu continuei aaaa, a seguir esse eixo aí também fiz cursos enfim. Aí fez o concurso que era da prefeitura que era da saúde. Na verdade, essa origem dessas... do meu concurso que tenho 15 anos ele era para a saúde. Assim, né, todo mundo que passou né, dentro das vagas chamaram para área da saúde. Depois, eles chamaram... bom, que tinha para assistência, aí que eu passo a trabalhar na assistência. E depois eu, assim, eu fui fazendo outros concursos também. E aí fiz do ministério também, fiz pro temporário, mas tinha uma coisa de acumulação de vínculo, eu não fui, e depois de um tempo fiz pro efetivo, aí depois me chamaram. A coisa da saúde foi uma coisa de escolha, a assistência eu caí, meio de paraquedas, mas aprendo muito que me possibilitou o crescimento também.</i></p> <p style="text-align: center;">[...]</p> <p><i>A precarização aqui, uma das coisas que temos relacionadas à precarização do trabalho do Serviço Social é em relação aos vínculos que a gente tem, umas das coisas são os vínculos, Né? A maioria que a gente tem... umas das coisas são os vínculos, você vê a maioria que a gente tem na nossa equipe e servidor temporário... elas são as contratadas que para elas é o um vínculo frágil. Embora no âmbito federal até que vai renovando, renovando, renovando, mas assim não é uma realidade. É muito ruim, Né? porque você tem uma diferenciação de salário e aí assim de direitos, Né? Assim, então eu acho complicado. Umas das precarizações... eu acho que a questão do vínculo funcional, Né? Se a gente não tivesse profissionais aqui... que as renovações constantes... você acaba se perdendo, porque entra um assistente social... sai... entra outro... sai". (Brenda, entrevista, 04/04/2019)</i></p>
ELEONORA	<i>Contrato temporário pelo NERJ – Ministério da Saúde.</i>
MARIANA	<i>Estatutário.</i>
YOHANA	<i>Precário, Contrato.</i>
CLAUDIA	<i>Contrato.</i>

As cinco entrevistadas, em específico, possuem os seguintes vínculos: Mariana e Brenda são estatutárias, não tendo carteira assinada, por serem concursadas sob o Regime Jurídico Único, Lei 8112/90, não podendo ser exoneradas, exceto por graves infrações. Por outro lado, Cláudia e Yohana e Eleonora apresentam vínculos, por meio de contratos NERJ temporários, sendo renovados de seis em seis meses. Neste tipo de vínculo, não há garantia de continuidade. Neste contexto, verifica-se o que a lei federal prever sobre trabalho temporário:

Art. 10. Qualquer que seja o ramo da empresa tomadora de serviços, não existe vínculo de emprego entre ela e os trabalhadores contratados pelas empresas de trabalho temporário. (Redação dada pela Lei nº 13.429, de 2017)

§ 1º O contrato de trabalho temporário, com relação ao mesmo empregador, não poderá exceder ao prazo de cento e oitenta dias, consecutivos ou não. (Incluído pela Lei nº 13.429, de 2017)

§ 2º O contrato poderá ser prorrogado por até noventa dias, consecutivos ou não, além do prazo estabelecido no § 1º deste artigo, quando comprovada a manutenção das condições que o ensejaram. (Incluído pela Lei nº 13.429, de 2017) (BRASIL,1974, p.1).

O que atemoriza elas e as preocupa no que tange o futuro é, se estará empregada ou não. Essa dúvida advinda do que já foi mencionado anteriormente, o chamado vínculo trabalhista acaba ocasionando um tipo de adoecimento no âmbito do trabalho. Desse modo, remete ao objeto deste trabalho, qual seja, analisar as novas formas de precarização do trabalho do Serviço Social no âmbito da saúde. Esse tipo de vínculo se torna um grande empecilho para um trabalho sistematizado e continuado. Sobre isso, Brenda discorre o seguinte:

[...] a precarização aqui, uma das coisas que temos relacionadas à precarização do trabalho do Serviço Social é em relação aos vínculos que a gente tem, umas das coisas são os vínculos, Né? A maioria que a gente tem... umas das coisas são os vínculos, você vê a maioria que a gente tem na nossa equipe e servidor temporário... elas são as contratadas que para elas é o um vínculo frágil. Embora no âmbito federal até que vai renovando, renovando, renovando, mas assim não é uma realidade. É muito ruim, Né? porque você tem uma diferenciação de salário e aí assim de direitos, Né? Assim, então eu acho complicado. Um das precarizações... eu acho que a questão do vínculo funcional, Né? Se a gente não tivesse profissionais aqui... que as renovações constantes... você acaba se perdendo, porque entra um assistente social... sai... entra outro... sai (Brenda, entrevista realizada pela autora, 04/04/2019).

Reforçando a resposta deste tópico de Yohana "precário" antes de mencionar sobre o seu tipo de vínculo empregatício, Brenda acrescenta informações relevantes, de como o tipo de vínculo pode interferir no contexto profissional delas. A respeito da relação estabelecida neste tipo de contrato temporário, observou-se que as três assistentes sociais, apesar de serem do regime CLT, em seus contratos, não foram previstos os direitos trabalhistas como aviso prévio, o direito à rescisão de contrato e também ao seguro desemprego. O que se obteve como informações foi de a natureza do contrato prever para as assistentes sociais o Fundo de Garantia do Tempo de Serviço (FGTS), o direito ao Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), o adicional de insalubridade e o 13º salário.

Pode-se dizer que esse panorama atual no setor profissional é um dos aspectos resultantes do neoliberalismo, cujas consequências são exemplificadas como: desemprego,

precarização das condições de trabalho e insegurança. Da mesma forma, observa-se que os efeitos neoliberais podem ser refletidos no Hospital Federal de Ipanema, uma vez que coexistem diversas formas de vínculos empregatícios suscetíveis à geração de tensões cotidianas, especialmente daqueles que têm os vínculos mais frágeis.

Reforça-se neste ponto que esses tipos de vínculos empregatícios apontam para o já citado conjunto de medidas advindas do neoliberalismo, bem como para a própria terceirização que se encontra, não apenas nas empresas privadas, mas também nas organizações públicas. Como consequência, a terceirização acaba enfraquecendo o contrato do trabalhador em determinadas funções. Estando ainda o vínculo empregatício sendo feito, por meio da prestação de serviço (no chamado setores afins) (Antunes, 2015).

Nota-se que Cláudia, Yohana e Eleonora refletem aspectos notados da terceirização. Para melhor compreender esta afirmação, parte-se do ponto de que o tipo de organização estrutural citado incide diretamente nas relações trabalhistas, através do contrato de trabalho. Sendo, inclusive, a terceirização tema de debates, não somente no Serviço Social, mas também entre as profissões da contemporaneidade, no que tange ao pensamento das relações de trabalho pré-estabelecidas nas instituições.

Ao que se consta, a terceirização faz parte das mudanças ocorridas no sistema produtivo, a partir da década de 70. Tais alterações permitiram às empresas capitalistas ao que se denominou de administração flexível, uma vez que o conjunto de trabalhadores sofreu as oscilações do que é mais conveniente à produção, como por exemplo, ao que é mais comum nas grandes empresas, intitulado por NETTO (2010) como empresa difusa.

Este tipo de empresa não apenas dispõe da mão-de-obra, de acordo com a sua conveniência exercida, ampliando o seu quadro de trabalhadores conforme suas perspectivas de lucro, como também se o mercado desaquece, ela reduz a quantidade de trabalhadores contratados. Antunes (2015) indica que, tanto em empresas privadas quanto nas instituições públicas existe um núcleo capitalista relativamente estável de defensores das ideias neoliberais, a saber, o movimento de produção e de reprodução ou ainda de redução. Neste contexto, as empresas terceirizadas flexibilizam sua mão de obra de maneira crescentemente mais intensa.

Destacamos, baseados os dados de Pereira (2017), alguns objetivos da terceirização no Neoliberalismo para fins de ampliação da questão, no quadro, a seguir:

Quadro 9 - Ações de implantação de terceirizados nas instituições privada e pública

Implementação da terceirização nas duas autarquias		
Ação alegada	Retórica	Consequências
Redução de custos.	Eficiência e melhor qualidade dos serviços, a baixos custos.	- Prejudica o desempenho dos seus trabalhadores, com tendência a ocorrer vários acidentes de trabalho que são frequentes. - Não possibilita a sistematização das práticas.
Impacto no setor público		
Ação alegada	Retórica	Consequências
Redução de direitos.	Eficiência e melhor qualidade, desonerando os cofres públicos.	- Trará a divisão dos trabalhadores, com diferenciações de tarefas. - Os trabalhadores estáveis estarão mais confiantes e serão menos cobrados.

Fonte: Elaborado pela autora (2017).

Citou-se anteriormente que o Hospital Federal de Ipanema (HFI) é uma instituição federal e em sua estrutura coexistem diferentes formas de vínculos empregatícios. No período do estágio supervisionado da autora, observou-se que há setores do HFI com a presença de profissionais que têm contrato NERJ, como as categorias da área da saúde que trabalham no hospital: Serviço Social, Psicologia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Médicos, Enfermagem, Técnicos de RX, Técnicos de enfermagem, Farmácia, Nutrição, Técnicos de Laboratórios, Anestesiologistas, Técnico de instrumentação cirúrgicas, e alguns trabalhadores do Núcleo Interno de Regulação - NIR. Somando-se a isto, há outras categorias fins que também são terceirizadas de outras empresas, a saber: os Serviços Gerais, Hotelaria, uma fração da ala administrativa, segurança, e as recepcionistas, maqueiros, e os profissionais que operam ambulância.

À luz do quadro IV, supracitado, *Ações de implantação de terceirizados nas instituições privadas e públicas*, atentou-se aos vínculos empregatícios das assistentes sociais entrevistadas, contrapondo-o aos direitos e benefícios previstos em cada relação de trabalho desenvolvida. Neste âmbito, as assistentes sociais que são servidoras do hospital têm os seus direitos e o acesso ao sindicato preservados, em contrapartida, as trabalhadoras de contrato

temporário têm os direitos trabalhistas limitados e ausência de amparo do sindicato. E ainda, o exercício da prática das não concursadas têm limitações, por conta dos contratos instáveis, ao contrário das concursadas que têm todos os seus benefícios garantidos em seus contratos mais estáveis, como se vê, por exemplo, na Lei 8102, artigo 87:

Seção VI
Da Licença para Capacitação

Art. 87. Após cada quinquênio de efetivo exercício, o servidor poderá, no interesse da Administração, afastar-se do exercício do cargo efetivo, com a respectiva remuneração, por até três meses, para participar de curso de capacitação profissional. (Redação dada pela Lei nº 9.527, de 10.12.97 (Vide Decreto nº 5.707, de 2006 (BRASIL, 1990, p.24).

Ainda diante da temática sobre o tipo de vínculo, vale ressaltar que apenas as trabalhadoras que têm seus direitos estáveis podem fazer greve sem colocar em risco o seu emprego. A lei federal ampara os servidores a participarem de eventos da categoria, tanto do Serviço Social quanto da categoria que envolva os profissionais da saúde. Neste âmbito, há o incentivo ao aprimoramento intelectual por direitos legais para qualificação do servidor. No entanto, o terceirizado, exatamente em seu contrato, não há previsão para o desenvolvimento da formação continuada do profissional. Se ocorrer a tentativa de fazer mestrado ou outra especialização para o aprimoramento qualificado contínuo, o profissional encontrará dificuldade em conciliar a manutenção da jornada de trabalho e a carga horária do curso.

Conforme elucidado anteriormente, as causas destes processos apresentados neste tópico são advindas dos anos 90, com o modelo de Reforma do Estado instalado no Brasil. A fim de ampliação do estudo, discorre-se que a reforma em si foi implementada e inspirada pelos órgãos internacionais representado pelo grande capital que interdito os direitos sociais da classe trabalhadora. Direitos esses conquistados à luz da Constituição Brasileira de 1988.

Segundo Guerra (2010), os anos 1980³⁷ e a larga onda expansiva e recessiva da crise estrutural do capital que envolveu o Brasil num retrocesso de importantes ganhos para a classe trabalhadora e que agora estavam sendo retirados das conquistas sociais. As políticas sociais foram sendo desmontadas brutalmente e, conseqüentemente, os trabalhadores sofreram com a perda desses direitos conquistados.

Trazendo essa realidade ao cenário de desemprego e de precarização do mundo do trabalho, as Assistentes sociais se inserem em relações e condições cada vez mais

³⁷ Este contexto é situado como a década perdida para economia, no ponto de vista das conquistas sociais, a década de 80, pelo amplo processo de democratização que se originou no pós-ditadura, garantiu – nos a conquistas de uma constituição bastante avançada, o que nega tendência geral e põe a nu os interesses que sustentam esta forma de interpreta a realidade (GUERRA, 2010, p.9).

precarizadas, pois se vê em seus contratos de trabalho, embora decorridos considerados anos, são ainda temporários, e com baixos salários. De acordo com Guerra (2010), são tendências que obrigam este profissional a ter um ou mais vínculos trabalhistas e chegam ao pluriemprego.

Segundo Raichelis (2011), acrescentando ao debate, afirma que o processo de flexibilização do trabalho e dos direitos, daí derivados, são elementos centrais nas formas da morfologia do trabalho no contexto que claramente se configurava a reestruturação produtiva das políticas neoliberais, (ANTUNES, in: Raichelis, 2011), a partir do suposto receituário para o enfrentamento da crise do capital, diante dos seus processos de mundialização e financeirização.

Para a autora, as profundas transformações do trabalho e da vida social foram se consolidando no binômio *do mal* “a flexibilização/ precarização” e se apropriando da perda de razão social do trabalho. Isso era um *agrado* capitalista que reforçava o fortalecimento dos lucros e o desenvolvimento do próprio sistema capitalista, reafirmando e afiando a competitividade entre os próprios trabalhadores.

Porém os efeitos negativos que essa questão exerce nas condições de trabalho, em vez de provocarem reflexão e discussão, incorporaram-se na vida desses trabalhadores nas diversas novas formas de precarização do cotidiano de trabalho. E acarreta num certo congelamento do trabalhador diante da própria situação.

À vista do que foi discorrido neste tópico, cita-se GUERRA (2010) que declara sobre precarização, de forma geral, particularizando as questões sócio-profissionais que dizem respeito à situação das Assistentes Sociais. Nesta visão, é a partir da identificação da problemática que vem o apontamento de traçar novas estratégias e possibilidades diante da ofensiva neoliberal.

d. O trabalho do Serviço Social no Hospital de Ipanema e as mudanças que o Serviço Social sofreu nos últimos anos de trabalho (2010-2017)

As profissionais foram perguntadas a respeito da rotina de trabalho no hospital, sobre quais seriam os embates e desafios do trabalho no hospital hoje e quais as mudanças acerca da profissão, da categoria que teria mudado, após as reformas neoliberais. Mediante as ponderações de suas respostas se obteve a seguinte análise:

Quadro 10 - O Serviço Social no HFI e as mudanças ocorridas nos últimos anos de trabalho

Entrevistadas	Respostas
BRENDA	<p><i>Eu acho que volta a precarização do trabalho, eu acho que concurso público (ocorreu) muito pouco pra saúde e assistência não tem. Pra você ver NÉ? Eu tenho 15 anos, depois disso (...) outro sim, ou mais um, mas acaba que você não tem uma, nessa renovação. E até afeta mesmo esse profissional; como que você contrata esse profissional? De forma precária, NÉ? Totalmente diferenciada de um funcionário que é servidor, e tudo, NÉ? Eu acho, não discriminando, quem é concursado e quem não é, mas eu acho que, portanto do próprio profissional, assim eu acho que os direitos que ele têm que o outro não vai ter; que a relação da precarização do vínculo trabalhista, NÉ? Então, eu acho que isso tem e assim NÉ? A própria que é própria demanda que a gente tem hoje. Eu acho que a função do grande desemprego que a gente tem, se vê hoje, assim, colegas, aí na prefeitura que atenderam, fizeram cadastro único de funcionários públicos que eram do Estado, NÉ? É função mesmo, NÉ?, as pessoas trabalhavam, de repente aquilo assim, contratados são mandados embora e a mesma tem que recorrer ao cadastro único pra poder ter NÉ?, um auxílio, então, assim, isso é tudo fruto de todas as mudanças que vêm ocorrendo, da precarização dos vínculos, NÉ?, por desemprego crescente. Então as pessoas acabam eee se mudando um pouco, né? No que você vai eee que bate pra gente do Serviço Social. Foi em 2005 (Sobre o último concurso público realizado para o HFI).</i></p>
ELEONORA	<p><i>Então, esse tempo que eu estou aqui, o que estava falando, numa outra pergunta, mais três ou quatro gestões diferentes de direção e aí, humm. E aí cada direção tem uma proposta política por trás, e tem um objetivo específico e isso vai trazendo, e fora a política maior que NÉ? Fora de cada política tinha como proposta da sua gestão, então o impacto dessa gestão, das que foram diferente do Serviço Social, foi a partir daqui que foram proposta deles, então, assim, lá no início a gente tinha uma quantidade maior de profissionais, hoje nós temos um número reduzido na equipe; nós éramos 13 profissionais, hoje nós somos 7 ou 8, então já gera um impacto profissional, NÉ? No sentido de proposta de trabalho, assim inúmeras propostas de trabalho foram feitas e mas a gente não conseguiu implantar aquilo que tinha como proposta de intervenção. (Daiana: nossa.) ELEONORA: e aí hoje eee essas mudanças que agente trilha nesse tempo foi mais o recorte que teve das políticas que atravessaram essas gestões eee, qual era a própria do Serviço Social para cada uma delas, quais eram os avanços, o que a gente conseguiu de ganho, no que a gente retrocedeu nas práticas, o mais [...] ia assim, a ganhos e retrocessos desde a abertura de trabalho; e aí algumas intervenções dentro do hospital, [...] como outras que a gente perdeu como espaço de salas, documentos, (Daiana: isso impactou, NÉ?) ELEONORA: exatamente, porque você tem que reorganizar o processo de trabalho, com pessoas e com o espaço.</i></p>

MARIANA	<i>Houve um crescimento enorme de cursos de Serviço Social e a questão do próprio EAD, mais o EAD, como estou tendo contato muito grande com a questão dos presenciais, o que tenho observado; é claro que tem uma diferença na formação, é claro e nítido, é gritante. Mas o problema também é que está tendo diferença na formação da própria academia. Estou sentindo muito o problema, em relação da formação e aí junta até o local do espaço, e que eu saí com essa questão da própria proximidade e como também pensar assim, precarização tem uma diferenciação, que é a própria reprodução da nossa da força de trabalho em relação o que nos é oferecido, porque o Serviço Social é nossa força de trabalho e sempre é por última, o aperfeiçoamento, as especializações e os cursos, o que é oferecido para nós, para livre acesso. Em relação a isso, não tem tantas questões e possibilidades, entendeu? Por que essa proximidade gera; por que vocês levariam problema que a universidade poderia propor, via extensão. Que o campo está aberto e aí?</i>
YOHANA	<i>Cara, o que eu mais vejo, eu não senti tanta mudança assim, masssss, porque tenho pouco tempo de trabalho e muito tempo de formação, masss, a precarização mesmo é a dificuldade da gente conseguir os programas, Melhor em Casa, o PAD, o TFD, essas coisas assim, e a contida no menor de concurso, que a gente também, nummmm é uma mudança muito grande para o Serviço Social, porque a gente precisa do setor basicamente e, praticamente, uma parte do nosso trabalho vem do público né? A gente não consegue emprego noooo (Daiana: quando o maior empregador é o Estado, né?) sim.</i>
CLAUDIA	<i>Acho que nenhum, só achei ruim que sai um, entra outro.</i>

As entrevistadas, ao responderem sobre as mudanças na profissão ocorridas após reformas liberais, constatou-se que elas não conseguiram relacionar as múltiplas mudanças que realmente a categoria profissional sofreu e que ainda vem sofrendo.

Em contrapartida, no quesito Políticas, elas conseguiram abordar que há realmente o enxugamento do Estado em detrimento às políticas sociais e, como consequência, uma apreensão com o futuro que profissionais, como elas, encontrarão. Sobre essas mudanças, Yohana comentou:

[...] o que eu mais vejo, eu não senti tanta mudança assim, masssss, porque tenho pouco tempo de trabalho e muito tempo de formação, masss, a precarização mesmo e a dificuldade da gente conseguir os programas, Melhor em casa, o PAD, o TFD, essas coisas assim, e a contida de menor de concurso, que a gente também, nummmm é uma mudança muito grande para o Serviço Social, porque a gente precisa do setor basicamente e, praticamente, uma parte do nosso trabalho vem do público né? A gente não consegue emprego [...] (Yohana, entrevista realizada pela autora em 06/05/2019).

Por outro lado, a fala de Eleonora revela uma análise institucional aprofundada nas mudanças institucionais provocadas pela ofensiva neoliberal e a consequente diminuição de políticas sociais, no âmbito da saúde, a qual impactará nos recursos humanos no setor do Serviço Social, durante aquela conjuntura no HFI. A entrevistada observa:

[...] Fora de cada política tinha como proposta da sua gestão, então o impacto dessa gestão, das que foram diferentes do Serviço Social, foi a partir daqui que foram propostas deles, então, assim, lá no início a gente tinha uma quantidade maior de profissionais, hoje nós temos um número reduzido na equipe; nós éramos 13 profissionais, hoje nós somos 7 ou 8, então já gera um impacto profissional, NÉ? (Eleonora, entrevista realizada pela autora em 17/04/2019).

No entanto, Eleonora não respondeu sobre as mudanças que a profissão teve conjuntamente, em termos de avanços críticos do Serviço Social em suas ocupações de debate, em relação ao acompanhamento dos conselhos de representatividade da categoria profissional.

Já Brenda discorre sobre o impacto relacionado aos diferentes vínculos trabalhistas que envolvem os profissionais do Serviço Social. A respeito da precarização pela diferenciação de vínculos trabalhistas e do que ocorre disso, ela diz:

[...] Eu acho que volta a precarização do trabalho, eu acho que concurso público (ocorreu) muito pouco pra saúde e assistência não tem. Pra você ver NÉ? Eu tenho 15 anos, depois disso ele outro sim, ou mais um, mas acaba que você não tem uma, nessa renovação. E até afeta mesmo esse profissional; como que você contrata esse profissional? De forma precária, NÉ? Totalmente diferenciada de um funcionário que é servidor, e tudo, NÉ? Eu acho, não discriminando quem é concursado e quem não é, mas eu acho que, portanto do próprio profissional, assim eu acho que os direitos que ele têm que o outro não vai ter; que a relação da precarização do vínculo trabalhista, NÉ? [...] (Brenda, entrevista realizada pela autora em 04/05/2019).

Claudia, por sua vez, cita de modo sucinto, acerca das mudanças ocorridas nos últimos anos de trabalho: “Acho *que nenhum, só achei ruim que sai um, entra outro*”. A entrevistada não informou sobre quais foram essas mudanças à qual a profissão sofreu e os impactos gerados pela conjuntura de crise e suas incidências, tanto na política quanto na organização estrutural da equipe de Serviço Social do HFI. Já Mariana comenta que nos últimos anos do Serviço Social a qual consegue identificar que realmente houve mudanças significativas acerca do crescimento do chamado Ensino a Distância - EAD. Mariana tem uma preocupação relevante acerca desse tema que envolve a precarização do ensino superior no Brasil, preferencialmente no âmbito do Serviço Social.

Observou-se que os pontos que foram abordados em todas as falas perpassam o momento referente à análise de conjuntura que o Brasil, a partir de 1990, que se espria até os dias de hoje. Os depoimentos das entrevistadas, em determinados momentos, tocam nas mudanças societárias ocorridas no bojo da estrutura das relações governamentais, como a diminuição do Estado e suas novas funções. Isso irá interferir direta ou indiretamente nas políticas sociais de Assistência Saúde e previdência. Com isso, esses impactos também vão dar uma nova orientação, tendo como ponto de partir das mudanças no Mundo do Trabalho, refletidas na fala de Eleonora:

Então, esse tempo que eu estou aqui, o que estava falando, numa outra pergunta, mais três ou quatro gestões diferentes de direção e aí, humm. E aí cada direção tem uma proposta política por trás, e tem um objetivo específico e isso vai trazendo, e fora a política maior que NÉ? Fora de cada política tinha como proposta da sua gestão, então o impacto dessa gestão, das que foram diferente do Serviço Social, foi a partir daqui que foram proposta deles, então, assim, lá no início a gente tinha uma quantidade maior de profissionais, hoje nós temos um número reduzido na equipe; nós éramos 13 profissionais, hoje nós somos 7 ou 8, então já gera um impacto profissional, NÉ? No sentido de proposta de trabalho, assim inúmeras propostas de trabalho foram feitas e mas a gente não conseguiu implantar aquilo que tinha como proposta de intervenção (Eleonora, entrevista realizada pela autora em 17/05/2019).

A assistente social reproduz o quanto as mudanças identificadas são frutos de uma política de exigências nos setores nacionais, mas inclusive, nos internacionais. Sabe-se que, em dado momento da história, as políticas neoliberais atravessaram diretamente as políticas sociais, especialmente a da saúde, num quadro bastante prejudicial à população usuária, no caso do Brasil, das instituições Federais de saúde.

Os cortes eram severos - em todas as instâncias - em termos de recursos financeiros e de pessoal, que ficaram conhecidos como austeridade. No plano da realidade, os comandos de políticas de disputas acirradas de correlações de forças dentro da mesma hierarquia, na esfera do governo federal, enviam ordens e, por exemplo, um administrador de uma instituição pública, alocado em uma instância inferior na hierarquia de poder, precisa executá-las.

Sendo desta forma que as mudanças chegaram ao contexto de trabalho citado por Eleonora: antes tinham 13 profissionais trabalhando no HFI, depois houve uma redução chegando a oito profissionais para atender as demandas de todo hospital. Nesta relação não se pode esquecer de que a redução de contratação feita pelo Ministério da saúde, na redução de concursos, o último foi em 2005, também sendo submetida à lógica mercadológica da terceirização e flexibilização da mão de obra trabalhista da instituição. Assim, os trabalhadores, em exercício na instituição, sofrem os impactos da perda de pessoal. Fora isso,

têm-se as correções de forças e as pressões do cotidiano que podem favorecer ao adoecimento, físico, mental, ou psicológico do trabalhador.

Essas configurações das mudanças do trabalho perpassam o Serviço Social, por meio das reduções de seus direitos trabalhistas, redução salarial e desqualificação, enquanto trabalhador qualificado. Ricardo Antunes em sua obra “O Sentido do Trabalho” desvela esse momento em que essas mudanças chegam à contemporaneidade:

A crise experimentada pelo capital, bem como suas respostas, das quais o neoliberalismo e a reestruturação produtiva da era acumulação flexível são expressões, têm acarretado, entre tantas consequências, profundas mutações no interior do mundo do trabalho (ANTUNES, 2009, p.17).

Em resumo, o que foi apresentado pelas assistentes sociais remete às alterações ocorridas pelas transformações societárias, ocasionada pela crise estrutural do capital dos anos 70 e seus rebatimentos até os dias de hoje. Portanto, todo diálogo que tivemos ao longo deste trabalho mostra o quanto essas alterações impactou diretamente a esfera social e aparecem nas falas das profissionais, refletindo o contexto de perdas das conquistas de direitos sociais. No mais tardar, uma avalanche neoliberal vem desmontando toda política de serviço à saúde, ao começar com as políticas sociais de saúde, de previdência e assistência que mantém a classe trabalhadora de pé.

Esse desmonte alcança toda uma cadeia produtiva na esfera do trabalho, em todos os seus setores, sendo a válvula do processo da precarização trabalhista, o enxugamento de postos de trabalho e a intensificação da exploração dessa mesma mão de obra. Essas mudanças ocorrem na esfera global da atual conjuntura e, a partir dessa consciência, o próximo tópico vai desvelar como este cenário vai incidir na política de saúde, através da percepção das entrevistadas, a saber, como elas observam os desdobramentos do atual contexto de desmonte da política de saúde.

Ao tratar sobre a precarização da política social de saúde, as entrevistadas foram perguntadas sobre essa temática e, com a finalidade de contemplar o questionamento, elas precisavam relacionar o que estava sendo perguntado, a crise estrutural do capital contemporâneo - está inserida na ofensiva neoliberal - às mudanças e a Redução do Estado nos marcos de retiradas de direitos sociais provenientes da conquista da classe trabalhadora no Brasil em 1988.

Quadro 11 - As incidências da crise na precarização das políticas de saúde

Entrevistadas	Respostas
BRENDA	<p><i>A nossa política de saúde, ela é o SUS e... enfim. A nossa política é boa, mas a implementação dela é complicada, né? Sim, na verdade a nossa política, né?, a gente tem umas políticas que foram crescendo afins à questão da humanização né? São todas muito bem elaboradas e muito bem feitas, na prática, a gente vê que isso, hoje, por falta de investimento, muitos cortes que a gente está tendo na saúde, então isso precariza, né? iii a gente tem pessoas que ficam infinitamente numa fila aguardando uma cirurgia e, às vezes, a cirurgia é até simples né? Sei lá, uma hérnia, né? Aí a gente tem um agravamento, né? Se a pessoa entra na fila do SISREG, ela precisava de um tipo de atenção, quando ela é chamada para aquele atendimento, seja uma consulta, seja uma cirurgia, aquela possibilidade que ela tinha de cura total, daquele problema, às vezes nem existe mais. Isso está acontecendo muito com câncer... e a pessoa é diagnosticada no início do problema, a política é ótima nisso. [...] Quando a gente fala, não se diz isso, a pessoa foi diagnosticada com câncer, no máximo 60 dias depois, (ela) tem que está vinculada ao tratamento, acontece isso? Nem sempre, então, assim, a nossa política tem leis maiores, né? O SUS. (Brenda, entrevista, 04/04/2019)</i></p> <p style="text-align: center;">[...]</p> <p><i>A questão da precarização se dá na efetivação dessas políticas, né? Eu acho que quem está, né?, os governantes, enfim, eles, quando fazem esses cortes, eles ceifam vidas mesmo, acham que a precarização se dá neste sentido.[...] isso você não vê como caso de gestão. Muitos colocam, né?, aquele debate então ultrapassado. [...] e gestão, assim o que acontece...e assim... tem outro lado, né? Tem a gestão maior que são os governos na esfera municipal, o Estado em federal e tem a gestão dos hospitais, assim. Aí... e assim... tem uma coisa como fosse o efeito cascata, sem reabastecimento, né?, até inclusive, sem a própria gestão. Por que estava sem o diretor, né?, o diretor da época, né?, em função daquela situação com toda... com desvio de verba, desvio de material, não sei o quê, então tem a gestão das unidades sim. [...] Mas assim, a unidade sozinha não vai andar, porque tem fiscalização, então se aquele gestor está naquele espaço e aquela gestão está sendo mal feita, quem colocou ele tem toda, né?, carta branca pra poder retirar o "não" e tem mais dispositivo de controle sim. Aqui, por exemplo, aqui tem o CGU que controla todas as contas, que controla tudo, né? não pode passar coisas sem deixar o gestor lá, então vamos fazer o que ele quiser? Nãoooo, então tudo que é feito, compras, manutenção é mandado pelo Ministério da Saúde, então, assim pode-se ter uma gestão equivocada em alguns momentos, pode ser, mas tem órgãos fiscalizadores, então eu acho que é um conjunto, na verdade, né?, é um pouquinho de tudo, gestor de uma unidade, sozinho ele não faz, se ele não tem condições materiais, se ele não tem profissional, ele não vai ter uma boa gestão, mesmo que tenha uma boa vontade. (Brenda, entrevista, 04/04/2019).</i></p>

ELEONORA	<p><i>Eu acho que a garantia da Política de Saúde, em si, tem as dificuldades dos recursos e a falta desses recursos, onde estas verbas são colocadas, né? Quais os impactos que têm em relação aos pacientes?...Então as garantias dos atendimentos, filas intermináveis, agora com SISREG, de você ficar um dia inteiro na fila, mas em relação à garantia da própria política em si, a precarização vem da própria política, né?, em relação ao governo que vem de.... Qual é a prioridade em relação à saúde... e aí a fragmentação disso tudo no atendimento na prática, né?, que vai incidir [...] diretamente, no atendimento ao usuário... que a gente vê a falta de recursos para garantir a saúde do paciente. [...] Esta precarização em seu setor de trabalho [...] hoje a gente vê uma... esse anos todos que eu estou aqui, a gente vê umas intervenções políticas de direção e a gente percebe... essa política é maior, essa (política) macro muito modificada. Então, hoje eu tenho situações com pacientes (que não tinha há), no mínimo, de 10 anos atrás, hoje a falta de recurso em relação à falta de filme para fazer certos exames... hoje eu acompanhei paciente e tive que levar o acompanhante pra ver Dipirona, Bromoprida e um outro antibiótico simples, não tinha na farmácia, para você dar para o paciente. Isso há anos atrás não imaginava você viver uma coisa dessas, não ia existir essa realidade. Eu iria me assustar com isso e hoje é uma coisa comum, você não ter recurso, não ter recursos mínimos para confecção de exames... quebra o aparelho, para e fica muito tempo para poder restaurar o aparelho. Não tem os remédios básicos, então você vê essa política que não tem os recursos de investimentos que tinham antes, ou essa passagem de distribuição dessa renda e nessa política para os respectivos hospitais [...] As unidades, os impactos disso vão parar na assistência, não tem jeito. Hoje que eu percebo na minha prática isso, hoje [...] eu percebo que esses recursos que a gente tinha, antes no hospital, e hoje a gente não tem mais que impacta muito pra garantir os atendimentos aqui no hospital desta fila de espera de exames, por causa de pouco filme [...], remédios, exames em outras unidades, porque aqui não tem mais. (Eleonora, entrevista, 17.04.2019).</i></p>
MARIANA	<p><i>“eu entendendo que a diminuição do Estado e, no caso nosso atualmente, que essa reorganização da conjuntura política por quê? Nós vivemos num estado democrático e passando para um estado opressor, isso atinge diretamente com a política de saúde”. (Mariana, entrevista em 29/04/2019)</i></p>
YOHANA	<p><i>A falta de investimento, os programas de governos e não de estado, que nada dá continuidade, eu acho que basicamente é isso.(Yohana, entrevista em 06/05/2019)</i></p>
CLAUDIA	<p><i>O desmonte do SUS.</i></p>

Sobre as ocorrências da crise na precarização das políticas de saúde, as entrevistadas pontuaram elementos importantes próprios de expressões da questão social na contemporaneidade. Essas expressões se manifestam, quando nas falas das entrevistadas são apontadas a falta de medicamentos, os desafios em relação aos encaminhamentos pelas redes sociais assistenciais. Estas pontuações e dificuldades desveladas nas falas das profissionais ao atendimento aos pacientes são reflexos advindos da crise estrutural do capital, da desestruturação do Estado e da perda de direito e de enfraquecimento do Sistema Único de Saúde (SUS).

Mariana ao ser indagada sobre a precarização das políticas de saúde declara o seguinte:

Eu entendo que a diminuição do Estado e no caso nosso atualmente, essa reorganização da conjuntura política por quê? Nós vivemos num estado democrático e passando para um estado opressor, isso atinge diretamente com a política de saúde (Mariana, entrevista em 29/04/2019). (Mariana, entrevista em 29/04/2019).

A fala supracitada de Mariana aborda a questão da diminuição do Estado que se deu, principalmente, pelos fatores da conjuntura dos anos 90, ocorridos no país, especialmente na saúde. Isso se dá pelas reformas do Estado no governo de Fernando Henrique Cardoso, e fortificação da agenda Neoliberal até nos governos petistas que são denominados (de esquerda). Tema abordado neste trabalho, vale a pena ressaltar que as medidas adotadas anti-democráticas eram de enxugamento da máquina pública e de gastos para as políticas sociais, fortalecendo a massificação dos interesses do capital, tendo essa lógica mercantilizadora vigorando até os dias de hoje.

A assistente social faz uma referência ao contexto atual, inclusive à precarização dos serviços de saúde e à mercantilização do único Sistema de Saúde que se tem no país.

O que se entende por precarização da política de saúde, Yohana cita a falta de investimento, os programas de governos e não de estado que não dão continuidade às ações em saúde. Neste ponto, ela enfatiza: *A falta de investimento, os programas de governos e não de estado, que nada dá continuidade, eu acho que é basicamente isso.* Neste sentido, Cláudia reforça: *O desmonte do SUS.*

Sobre isso, Brenda se expressa:

A nossa política de saúde, ela é o SUS e... enfim. A nossa política é boa, mas a implementação dela é complicada, né? Sim, na verdade a nossa política, né?, a gente tem umas políticas que foram crescendo afins à questão da humanização, né? São todas muito bem elaboradas e muito bem feitas, na prática, a gente vê que isso hoje, por falta de investimento, muitos cortes que a gente está tendo na saúde, então isso precariza, né? iii a gente tem pessoas que ficam infinitamente numa fila aguardando uma cirurgia e, às vezes, a cirurgia até simples né? Sei lá, uma hérnia, né? Aí a gente

tem um agravamento, né? Se a pessoa entra na fila do SISREG, ela precisava de um tipo de atenção, quando ela é chamada para aquele atendimento, seja uma consulta, seja uma cirurgia, aquela possibilidade que ela tinha de cura total, daquele problema, às vezes, nem existe mais. Isso está acontecendo muito com câncer... e a pessoa é diagnosticada no início do problema, a política é ótima nisso... [...] Quando a gente fala, não se diz isso, a pessoa foi diagnosticada com câncer, no máximo 60 dias depois, (ela) tem que está vinculada ao tratamento, acontece isso? Nem sempre, então, assim, a nossa política tem leis maiores, né? O SUS. (Brenda, entrevista realizada em 04/04/2019).

Os fatores que dificultam o acesso aos dispositivos de Saúde que estão bastante precarizados, Brenda cita as filas intermináveis do SISREG e como as pessoas ficam na fila, à espera de se submeter a uma simples cirurgia. Ela faz também referência à questão da humanização, neste contexto, a política no papel é perfeitamente articulada, porém na sua efetividade há uma falta de investimento próprio da saúde. Então fica a pergunta: onde estão as verbas destinadas à saúde?

A precarização é, pois, produto de uma dilapidação que vem acontecendo ao longo de alguns governos, nos três níveis: municipal, estadual e federal. Ainda a respeito disso, a entrevistada segue abordando as consequências para a gestão:

A questão da precarização se dá na efetivação dessas políticas, né? Eu acho que quem está, né?, os governantes, enfim, eles, quando fazem esses cortes, eles ceifam vidas mesmo, acham que a precarização se dá neste sentido.[...] isso você não vê como caso de gestão. Muitos colocam, né?, aquele debate então ultrapassado, [...] e gestão, assim o que acontece... e assim... tem outro lado, né? Tem a gestão maior que são os governos na esfera municipal, o Estado em federal e tem a gestão dos hospitais, assim. Ai... e assim... tem uma coisa como fosse o efeito cascata, sem reabastecimento, né? até inclusive, sem a própria gestão. Por que estava sem o diretor, né?, o diretor da época, né?, em função daquela situação com toda... com desvio de verba, desvio de material, não sei o quê, então tem a gestão das unidades sim. [...] Mas assim, a unidade sozinho não vai andar, porque tem fiscalização, então se aquele gestor está naquele espaço e aquela gestão está sendo mal feita, quem colocou ele tem toda, né?, carta branca pra poder retirar o "não" e tem mais dispositivo de controle sim. Aqui, por exemplo, aqui tem o CGU que controla todas as contas, que controla tudo, né? não pode passar coisas sem deixar o gestor lá, então vamos fazer o que ele quiser? Nãoooo, então tudo que é efeito, compras, manutenção é mandado pelo Ministério da Saúde, então, assim pode-se ter uma gestão equivocada em alguns momentos, pode ser, mas tem órgãos fiscalizadores, então eu acho que é um conjunto, na verdade, né?, é um pouquinho de tudo, gestor de uma unidade, sozinho ele não faz, se ele não tem condições materiais, se ele não tem profissional, ele não vai ter uma boa gestão, mesmo que tenha uma boa vontade (Brenda, entrevista realizada em 04/04/2019).

Ao ser interpelada sobre a precarização das políticas de saúde Eleonora declara:

Eu acho que a garantia da Política de saúde, em si, tem as dificuldades dos recursos, e a falta desses recursos, onde estas verbas são colocadas, né? Quais os impactos que têm em relação aos pacientes?... Então as garantias dos atendimentos, filas intermináveis agora com SISREG, de você ficar um dia inteiro na fila, mas em relação à garantia da própria política em si, a precarização vem da própria política,

né?, em relação ao governo que vem de.... Qual é a prioridade em relação à saúde... e aí a fragmentação disso tudo no atendimento na prática, né?, que vai incidir [...] diretamente, no atendimento ao usuário... que a gente vê a falta de recursos para garantir a saúde do paciente. [...] Esta precarização em seu setor de trabalho [...] hoje a gente vê uma... esse anos todos que eu estou aqui, a gente vê umas intervenções políticas de direção e a gente percebe... essa política é maior, essa (política) macro muito modificada. Então, hoje eu tenho situações com pacientes (que não tinha há), no mínimo, de 10 anos atrás, hoje a falta de recurso em relação à falta de filme para fazer certos exames... hoje eu acompanhei paciente tive que levar o acompanhante pra ver Dipirona, Bromoprida, e um outro antibiótico simples, não tinha na farmácia para você dar para o paciente. Isso há anos atrás não imaginava você viver uma coisa dessas, não ia existir essa realidade, eu iria me assustar com isso e hoje uma coisa comum, você não ter recurso, não ter recursos mínimos para confecção de exames, quebra o aparelho para fica muito tempo para poder restaurar o aparelho, não tem os remédios básicos então você vê essa política que não tem os recursos que investimentos que tinha antes. Ou essa passagem de distribuição dessa renda e nessa política para os respectivos hospitais [...] As unidades, os impacto disso vai parar na assistência, não tem jeito. hoje que eu percebo na minha prática e isso, hoje [...] Eu percebo que esses recursos que a gente tinha, antes no hospital, e hoje a gente não tem mais que impacta muito pra garantir os atendimentos aqui no hospital deste fila de espera de exames por causa de pouco filme [...] remédios, exames em outras unidades, porque aqui não tem mais (Eleonora, entrevista realizada em 17/04/2019).

Para Eleonora, a falta de recursos impacta diretamente nos serviços que são totalmente direcionados nos tratamentos dos pacientes. Como exemplo, cita a falta de filmes para exames oncológicos, a falta de Dipirona, de Bromoprida ou até mesmo de um simples antibiótico. Além disso, impacta na manutenção referente à quebra de máquinas fundamentais para os pacientes oncológicos que precisam, tais como os tomógrafos.

Eleonora mostra ainda em seu relato os limites de que os profissionais de serviço social vem chegando no momento, como por exemplo, a tentativa de todas as possibilidades nas imediações, durante um atendimento e a demonstração do quanto pode ser frustrante, quando se depende do sistema de saúde pública para sanar as devidas e crescentes demandas das expressões da questão social. Na realidade do profissional, a busca de ter um atendimento qualificado e acolhedor acabam atravessando nos limites do sistema SUS e se esbarra nas filas intermináveis do SISREG e na falta de insumos.

A conjuntura em que se fecha este tópico é particularmente adoecedora no quesito político, ideológico e econômico. Isso porque, com a chegada em 2016 de Temer à presidência, depois do golpe dado à presidente Dilma Rousseff, aceleraram-se as reformas recomendadas pelos organismos internacionais. Isso promoveu o desmantelamento de potencialidades e de serviços públicos baseados em concurso público, equipes interdisciplinares, intersetorialidades e outros atributos do SUS, uma vez que a precarização desses serviços interessam aos empresários de doença assistida, que ganham com a

mercantilização da saúde, particularmente em o quanto o usuário possa pagar por ela (INOUE, 2016).

Esses fatores afetaram, não apenas o ambiente externo das profissionais entrevistadas como também o aspecto físico e psicológico, como vai ser apresentado no próximo tópico sobre a saúde dos profissionais de serviço social, no âmbito de seu trabalho em conjunto com trabalho interdisciplinar. Como comprometimento ao acréscimo ao debate científico, dá-se prosseguimento ao desenvolvimento do estudo sobre o processo de precarização, já vinha sendo abordado neste trabalho, desde a crise estrutural, os seus desdobramentos no mundo do trabalho e nas políticas sociais, especialmente, no setor da saúde.

e. A saúde dos profissionais de serviço social no âmbito de seu trabalho, o trabalho interdisciplinar com outros profissionais

Este tópico tratará da saúde das assistentes sociais no Hospital Federal de Ipanema e os motivos que ocasionam as principais doenças que afetam o desempenho pessoal e do trabalho, além de sua relação como todo. Em dado momento, foi acrescentado algum trecho do depoimento das profissionais que não estavam no quadro, mas foi mencionado na análise para ampliação da análise.

Outro ponto importante a ser tratado neste tópico será como o trabalho em equipe dinamiza as ações de alta dos pacientes, o chamado trabalho interdisciplinar. Essa tarefa tem muita relevância no trabalho multiprofissional, seja com outras categorias profissionais, seja com outras formações, podendo ter um efeito de uma atendimento qualificado.

Quadro 12 - A saúde dos profissionais de Serviço Social e o trabalho interdisciplinar

Entrevistadas	Respostas
BRENDA	<p><i>Saúde</i> <i>A saúde mental é a primeira... eeee... e o desgaste que você vai tendo... eee... aliado com outras... com estresse, com ansiedade. Aí você fica com pressão alta... assim você fica com quadro depressivo e isso a gente tem muito... eu tenho um grupo de mais profissionais na secretaria, então você vê que muita gente está afastada e na psiquiatria.</i></p>
	<p><i>Trabalho multiprofissional</i> <i>Eu acho assim, aqui no hospital em relação a questão dos pacientes como todo, assim dos familiares. Eu acho que assim muitos momentos, Né?, esse profissional que tem um olhar diferenciado a gente tem um olhar</i></p>

	<p><i>diferenciado. Porque assim, a enfermagem é profissional do cuidado, eles vem toda hora fala isso na minha cabeça. E aí a médica que é parte clínica quem vai olhar essas relações, fora Né?, quem vai olhar pra aquela dinâmica daquela família? Né?, quem vai fazer essas correlações, e fazer até mesmo... que a gente estava discutindo essa semana, eu falando com Yohana... a gente falando das articulações. Articulação com ooooo... que assim... hoje não tem esse profissional e a gente acaba, às vezes, fazendo esse papel da articulação com médico, da articulação com a enfermagem... articulação com aquela família... e chamar o profissional, "vem cá vamos sentar com essa família, que está precisando dessa atenção que esta precisando deste hospital." [...] você cria a sua própria rede [...] exatamente é assim... é no objetivo do trabalho mesmo. E outro lado que a gente tem, são das orientações e de você ver eee... essa questão dessa articulação. [...] Então assim, se não tem esse profissional, eu acho que fica uma parte faltando. (Brenda, entrevista, 04/04/2019)</i></p>
<p>ELEONORA</p>	<p>Saúde</p> <p><i>Olha o que pode ter sido saúde mental comprometida... eee, níveis de estresse elevado eee, o que faz você ficar afastada, por outras condições. (Daiana: A tal da pressão alta.) ELEONORA: aí vem depressão, hipertensão, mas eu percebo mesmo... ééé que vi isso, muito mais exaustão pelos extensores do que propriamente uma questão clínica. A clínica é, mais um sinal... sintoma, porque tem um... de alguma questão emocional aí, mais fortes, sendo apresentada... aiíí pode ser muito... aí pelo assédio e pode também por não conseguir dar conta de tentar fazer que o seu projeto funcione... e que você seja aquele profissional que você imaginou ser... eeee... como proposta também de garantir o direito do paciente, aí você não consegue garantir tudo isso, atravessa a prática do assistente social que leva ele ao adoecimento físico, mas principalmente o que nós estamos discutindo aqui, a meu ver, deveria ser obrigatório como a psicologia tem um supervisor o assistente social deveria ter um psicólogo, como uma obrigatoriedade da prática, porque a gente lida com, com misérias sociais, misérias de várias formas, são condições sub-humanas ...eee que a gente ainda vê hoje acontecendo a falta de capacidade de você lidar com esse sofrimento do outros ... e tentar minimizar o sofrimento do outro, entendeu? Daquilo que está garantido na legislação, mas você não consegue dá a ele como um medicamento, então, assim, isso é muito angustiante, você não conseguir fazer... Uma vez, eu me lembro que falei assim para paciente, numa outra unidade que eu trabalhei, eeeee... Ela precisava de um remédio que custava dez mil reais para uma criança e ela já tinha ido, conforme minha orientação, já tinha dado entrada em processo na defensoria pública ... tava recebendo o secretário de saúde saía pela uma porta e não garantia, ela se virou aos prantos pra mim. E isso eu nunca mais vou esquecer-me disso, ela falou assim: já fiz tudo que você falou eeeee, mas eu não consegui o remédio da minha filha. Se eu não conseguir o remédio até o final de semana, a minha filha pode morrer. Ela falou assim: O que é que eu faço? Ela me disse que se for procurar a mídia, eu vou conseguir o remédio. Fiz um silêncio naquela hora, eu me</i></p>

lembro como se fosse agora, me recolhi, fiquei no silêncio por alguns minutos e respondi assim para ela: Para mim como profissional é muito triste o que vou te dizer, porque eu queria te dizer e eu estou aqui para te dizer, eu estou aqui pra isso, que o seu direito seja respeitado, mas neste momento que o risco de vida da sua família tá aqui ...eaaaa... se eu estivesse no seu lugar teria corrido atrás da mídia. E nunca mais eu me esqueci disso, por que, a partir daquele dia, ali com aquela paciente, eu vi que a realidade era muito mais cruel do que o meu sonho de assistente social, NÉ?, de um mundo onde a gente pudesse chegar nessa igualdade, que vocês pudessem garantir... ali eu percebi que eu só poderia chegar até um certo espaço. E o limite, ali eu percebi que eu tinha um limite, e que ali eu não tinha como atravessar mais. Então... desde então, eu faço inflexões com pacientes, mas eu deixo ele livre, como ele precisa estar, mesmo como umas escolhas da própria conduta das estratégias que a gente vai ter, por exemplo, eu oriento, mas ele vai escolher aquilo que ele acha que está mais fácil... pra ele atravessar, e não antes como início de carreira, digamos assim, eu faço, mas você tem outros recursos que são garantidos de forma constitucional esse é seu direito, você pode ir por aqui, por ali. Hoje eu já falo assim os seus direitos são esses que você tem, essa possibilidade de escolher, mas existem outros que você conhece cabe você escolher. Entendeu, hoje o meu leque de opções pela falta de possibilidades... disso faz com ele, às vezes, faz escolhas diferentes daquilo, como os direitos constitucionais que eles... a gente tem.

Trabalho multiprofissional

Assim, a minha prática, ela é muito voltada para o trabalho interdisciplinar, então todas as minhas ações elas nunca são só, aquilo que eu avalio de um caso, discuto muitos casos no instante da equipe enfim. Porque valoriza essa coisa do trabalho em equipe, os olhares e... cruzam... atravessam e... iii, a gente consegue entender aquele caso melhor é dá, mas eeee, muito comum eu discutir o caso com a enfermagem, com médico e psicólogo. Então, assim, programa projeto não tenho nenhum. (Daiana: mas a interação entre eles, assim NÉ?.) ELEONORA: A interação e a discussão de caso é comum, eu não consigo nem ver isso fora. Então se tem um caso eu vou buscar a equipe que saiba desse caso, o que ela pensa sobre esse caso, então tu trabalha o tempo todo como uma forma interdisciplinar... não tem aquilo que eu não consigo ver, a minha prática é diferente disso, que acho que é o conjunto NÉ?... eee... eu acho o que você faz e o outro saber... vão ter capacidade de acrescentar com que aquele indivíduo tem um maior... e seja capaz de receber a quantidade de informações [...] em todas as aéreas. Acredito no crescimento dele dessa forma, (Daiana: então, vocês conseguem parar, pensar esse caso, discutir entre vocês...) ELEONORA: eu procuro mesmo na dinâmica da rotina de cada um eee, por exemplo, tive caso que a paciente veio procurando um serviço aqui dentro, o serviço de psicologia e aí, uma pergunta se ela tinha disponibilidade deste serviço com o acolhimento e ESCUTA. Ela realmente precisava de uma internação da psicologia por conta de uma cirurgia que ela realizou. Ela desenvolveu

	<p><i>um estresse pós-traumático, então isso está impactando o atendimento dela no ambulatório [...] de fisioterapia, ou seja, se não tivesse uma conexão com a psicologia a fisioterapia não teria garantido o processo com paciente numa condição de saúde melhor do que ela está hoje. Isso está impactando a vida dela, esse trabalho aconteceu num caso. (Daiana: mas quem também desdobrou emm...). ELEONORA: Quem fez essa conexão toda pra gente poder todas as aéreas NÉ?, todos os seus saberes, poderiam contribuir...naquela condição que ela apresentava no momento... então a partir dessa pergunta. (Daiana: suscitou outras inquietações.) ELEONORA: Uma escuta com um acolhimento que possa... e aí que passa por outros setores. [...]</i></p>
MARIANA	<p>Saúde</p> <p><i>“Eu não sei, fadiga eee, eu tô pensando cansaço, né? Mas eu tenho dois trabalhos, eu sou referência para entender se as minhas doenças, eu falo com você com seriedade, se as minhas doenças são produzidas pelo espaço de trabalho, não sei, porque eu gosto do meu trabalho. Então eu posso dizer, que isso é complicado pra mim. Eu falo com sinceridade, sem medo nenhum. Tá aqui, você identifica entre os amigos aqui pergunta [...] Eu vejo pessoas muito cansadas, ela e às vezes, algumas situações podem ser depressão, mas a minha visão é muito pequena em relação a outros profissionais e eeee então eu não sei, se as minhas colegas têm, não sei, é uma relação muito complicada, né? [...] Às vezes se passa o horário de alimentação, ou se é obesidade, pode ser tanta coisa, a gente fica olhando, mas eu penso assim”.</i> (Mariana, entrevista em 29/04/2019).</p> <p>Trabalho multiprofissional</p> <p><i>O único trabalho aqui ele flui, apesar de que o hospital de Ipanema possui uma situação muito encastelada. A gente tem mais um trabalho individualista do que a questão coletiva, mas quando nós temos a possibilidade de realizar esse trabalho interdisciplinar, ele foi de uma maneira muito interessante. Então Eu falo pra você, tá?, depende muito do olhar da gestão e que tenha interesse nessa postura. Isso pode dizer... realizar um trabalho muito bom no centro de estudos, realizar um trabalho muito com o comitê de ética e pesquisa. Eu não participo das reuniões, mas sei parte. Se lembra de que eu "brinco" lá?, mas não sei se eu faço um trabalho tão interdisciplinar como é o meu desejo na oncologia devido à própria estrutura que a instituição vai passando aaaa isso causa um incômodo. Porque se fosse realmente um trabalho interdisciplinar, nós entenderíamos melhor os usuários. Entendeu? Tá nesta questão, nisso... e se você observar quem é o hospital... é o maior número de profissionais que nós temos aqui é a enfermagem, né? E a enfermagem, NÉ?, e a enfermagem o hospital não funciona sem ele mesmo NÉ?, mas em alguns setores aqui não é fácil esse encontro nosso, como os outros profissionais. De novo aquela questão de encastelar. (Daiana; parece que é o poder feudal, né?;) MARIANA: O poder feudal naquela questão do poder, não sei, nem se eles sabem o que é o feudalismo, se eles soubessem não iriam praticar ou ter essa prática e não prejudicar todo mundo e não amenizar.</i></p>

	<p><i>Por que, pensa assim: ... Éééé... complicado, eles usam de achismo, falta à questão interdisciplinar, por exemplo, o comitê de ética tem o regime interno, os centros de estudo têm regimento interno, eu acho que vejo muito atrelado essas documentações, mas talvez se caso tivesse uma determinação, que tivesse integrado... seria melhor... os setores, seria melhor. Já tivemos... temos mais interessantes. Hoje nós fazemos trabalhos muito legal, por exemplo, o grupo de acolhimento, não acho distante o grupo das pessoas em relação a isso. Eles têm como fazer um trabalho interessante. Não posso reclamar desse contato. Ainda tem uma questão aqui, que impera de pensar, o ato médico que não é só por eles, mas até por nós, às vezes, acabamos legitimando, é claro, o hospital não funciona sem nenhum de nós. Isso que eu falo pra vocês, não somos paramédicos para nada. Nós temos nossas especificidades e trabalhamos todos juntos, em um coletivo pensando na situação, mas nós temos que saber qual é o nosso papel nessa situação. Por isso... no que temos que intervir nisso.</i></p>
<p>YOHANA</p>	<p>Saúde</p> <p><i>Muita coisa afeta do trabalhador do Serviço Social, a disparidade de direitos de quem é concursado e de quem não é, a falta de concurso eeee, a falta de espaço físico pra gente conseguir trabalhar com as questões do nosso código de ética, tipo sigilo essas coisas, eeee, cara tudo afeta a saúde do profissional de Serviço Social. Aqui no hospital muita coisa afeta, afeta o contrato, afeta a precarização da saúde, tudo isso afeta.</i></p> <p>PRINCIPAIS DOENÇAS</p> <p><i>Ansiedade, depressão, sobrepeso, crise de pânico, pressão alta, eu acho que é isso [...]</i></p> <p>Trabalho multiprofissional</p> <p><i>Todos. A melhor experiência do planeta, trabalhar junto, trabalhar interdisciplinarmente com os médicos enfermeiros, psicologia, agente da conta melhor do paciente da família da estrutura daquele paciente, a gente consegue discutir melhor, a gente consegue discutir, a gente consegue planejar melhor o projeto terapêutico, a gente consegue planejar melhor a alta, a gente consegue a continuidade do trabalho. Então acho que trabalho em equipe, o trabalho interdisciplinar sempre o melhor é sempre uma experiência maravilhosa.</i></p>
<p>CLAUDIA</p>	<p>Saúde</p> <p><i>Sim, (Daiana: por quê?) CLAUDIA: Mas aqui (na pergunta) não está o porquê.</i></p> <p>Trabalho multiprofissional</p>

	<p><i>Aqui no hospital de Ipanema somente com NIR (núcleo Interno de regulação) na interface Serviço Social com NIR, na atuação e na gerência com os leitos do Hospital. Isso sou eu Tá?</i></p>
--	--

O debate da precarização no âmbito da saúde reflete nas políticas sociais, inclusive no contexto das condições de trabalho, interferindo, direta ou indiretamente, na saúde do profissional. Para compreender melhor esse contexto, retoma-se brevemente sobre a precarização, por meio da declaração de Mariana acrescentada no presente estudo: "*ela (precarização) se dá, pela diminuição dos recursos, recursos tanto materiais quanto, recursos em humanos, e aí é a questão da anti democracia mesmo, isso prejudica*" (Mariana, entrevista em 29/04/2019).

Do mesmo modo, Cláudia pontuou o desmonte do SUS e afirmou que a contratação dos assistentes sociais e a sua própria contratação fazem parte desta situação. A esse contexto, acrescenta-se a dificuldade de acesso dos usuários ao SUS, como se vê na fala adicionada, neste estudo:

A própria contratação dos Assistentes Sociais e a própria dificuldade de acesso dos usuários ao SUS. Com a própria diferença... com os profissionais com vínculos diferentes e que fazem a diferença muito grande, na condução do trabalho aqui.

Amplia-se a esse quadro, os desafios enfrentados por Yohana. Seu testemunho soma-se ao desenvolvimento da presente reflexão:

A precarização eu vejo, quando eu preciso fazer Rede, quando eu preciso trabalhar com outras instituições, com outros municípios, com outras secretarias de saúde, e aí que vejo a precarização, porque ela impacta diretamente no meu fazer profissional (Yohana, entrevista em 06/05/2019).

Para Yohana, a percepção da precarização é vivenciada por meio dos desafios relacionados aos encaminhamentos dos pacientes via redes externas como por exemplo: Programa Melhor em Casa, Programa Saúde da Família - PSF, entre outros. Esses programas são necessários na hora de encaminhar um paciente para Clínica da Família, Posto de Saúde localizado o mais próximo da casa do paciente; ou ainda para as Secretarias de Saúde dos próprios municípios do Rio de Janeiro. A assistente social menciona que essas dificuldades causam impacto direto em sua ação profissional.

O relato de Yohana reforça o processo de precarização, não só da política de saúde, mas também desses dispositivos que são de suma importância para os pacientes que moram

longe do Rio e, mesmo os que são advindos de outros municípios. Isso se deve à difícil ligação da instituição para as secretarias de saúde desses mesmos municípios que não conseguem o contato eficiente.

Esse fato pode ser considerado advindo do desmonte do SUS e de toda sua estrutura, sendo essa não ser uma prática de agora, mas um projeto privatista que vem desmantelando tudo que foi ganho da classe trabalhadora, através da luta pelos direitos sociais básicos de saúde e de sobrevivência. Neste aspecto, compreende-se que, sem o mínimo para a população ter acesso à saúde, poderá ocorrer um colapso. Por isso, sem os dispositivos de rede, sem contratação de recursos humanos e sem concursos para contratação de profissionais, gera uma *inchaço* de funções que os profissionais do hospital sofrem, podendo incidir, não somente na prática profissional, mas também na saúde das próprias assistentes sociais.

Os problemas de ambiência de trabalho em equipe do setor de serviço social do hospital federal, somados à diferenciação dos vínculos trabalhistas e à conjuntura global de crise são raízes que contribuem para os males do adoecimento dos profissionais de serviço social, como por exemplo: estresse, pressão alta entre outros. Assim, durante a entrevista Mariana teve dificuldade de responder essa questão, por causa da natureza da mesma:

Eu não sei, fadiga e.. eu tô pensando... cansaço, né? Mas eu tenho dois trabalhos, eu sou referência para entender se as minhas doenças... eu falo com você com seriedade, se as minhas doenças são produzidas pelo espaço de trabalho, não sei, porque eu gosto do meu trabalho. Então eu posso dizer, que isso é complicado pra mim. Eu falo com sinceridade, sem medo nenhum. Tá aqui, você identifica entre os amigos aqui pergunta [...] Eu vejo pessoas muito cansadas, ela e, às vezes, algumas situações podem ser depressão, mas a minha visão é muito pequena em relação a outros profissionais e eeee então eu não sei, se as minhas colegas têm, não sei, é uma relação muito complicada, né? [...] Às vezes se passa o horário de alimentação... ou se é obesidade, pode ser tanta coisa... a gente fica olhando, mas eu penso assim (Mariana, entrevista em 29/04/2019).

Eleonora, ampliando a reflexão sobre a temática, citou motivos que podem afetar a saúde mental do profissional. Dentre os fatores, ela mencionou o assédio moral, a pressão no trabalho, as discussões, as tensões, tudo isso sendo ocasionado no cotidiano do trabalho.

Olha o que pode ter a saúde mental comprometida eee, níveis de estresse elevados eee, o que faz você ficar afastada, por outras condições. [...] aí vem depressão, hipertensão, mas eu percebo mesmo eee... que vi isso... muito mais exaustão pelos extensores do que propriamente uma questão clínica. A clínica é mais um sinal, sintoma, porque tem alguma questão emocional aí... mais forte... sendo apresentada, aiii pode ser muito aí... pelo assédio e pode também por não conseguir dar conta de tentar fazer que o seu projeto funcione e que você seja aquele profissional que você imaginou ser eeee... como proposta também de garantir o direito do paciente... aí você não consegue garantir... tudo isso atravessa a prática do assistente social que leva ele ao adoecimento físico [...] (Eleonora, entrevista em 17/04/2019).

Outro ponto relevante para essas assistentes sociais se refere à saúde. Na realidade da prática das profissionais, se houver caso de adoecimento de uma delas, por exemplo, seria necessário a chefia selecionar umas das sete atuantes para atender no lugar daquela que ficou doente. Esta é a realidade. Por fim, há ainda profissionais que não podem sequer participar de greves feitas pelos sindicatos dos trabalhadores da saúde, a saber, os terceirizados os é vedado ter esse direito.

Entre as falas das profissionais há um entendimento quando se refere ao fato de ter que lidar com as misérias sociais de um país, refletindo em suas saúdes:

[...] O que nós estamos discutindo aqui, a meu ver, deveria ser obrigatório. Como a psicologia tem um supervisor, o assistente social deveria ter um psicólogo, como uma obrigatoriedade da prática, porque a gente lida com... com misérias sociais... misérias de várias formas... são condições sub-humanas que a gente ainda vê hoje acontecendo. E a falta de capacidade de você lidar com esse sofrimento do outro... e tentar minimizar o sofrimento do outro, entendeu? Daquilo que está garantido na legislação, mas você não consegue dá a ele como um medicamento [...] (Eleonora, entrevista em 17/05/2019).

Brenda estende a questão da vulnerabilidade da saúde para as doenças que afetam a saúde mental do profissional:

[...] a saúde mental é a primeira... eeee... é o desgaste que você vai tendo, aliado com outras, com estresse com ansiedade. Aí você fica com pressão alta, assim você fica com quadro depressivo, e isso a gente tem muito, eu tenho um grupo de mais profissionais na secretaria então você vê que muita gente afastada é na psiquiatria (Brenda, entrevista realizada em 04/04/2019).

Segundo Dejours (2015), a depressão é denominada pelo verdadeiro cansaço, este é advindo dos esforços musculares e mentais psicossensoriais que são somatizados durante o trabalho. O autor afirma que os malefícios ou benefícios da vivência depressiva se alimentam da sensação de adoecimento intelectual, de anquilose mental, de paralisia de imaginação e marca o triunfo do condicionado ao comportamento produtivo. No exemplo supracitado manifesta nuances desta realidade de vivência que foi observada e descrita nas entrevistas do Hospital Federal de Ipanema. Similaridades daquela realidade descrita nas palavras de Dejours e desta realidade mencionadas nos depoimentos das entrevistadas.

Para Dejours o perfil desse tipo de vivência engloba os malefícios as dores físicas e psicológicas, funcionais e mentais e também espirituais que desestabilizam quando se é chamado atenção, ou pelos questionamentos pessoais ou coletivos que, podem ou não, fazer parte de certos eventos e alguma atividade; ou até mesmo na massificação, causados pelo

controle do trabalho, havendo conflitos de afazeres a desempenhados por elas. Assim começaremos por contar quem são estes fantasmas e a realidade o que faz a chefia? E sua influência neste contexto? Para isso deve-se lembrar quais as mudanças no trabalho vem se configurando e intensificando a precarização da vida dos profissionais.

Noutro ponto, Dejours (2015) avança na análise da dimensão da vivência dos trabalhadores que provocam o medo e a angústia, especificamente: a angústia resulta de um conflito intrapsíquico, isto é de uma contradição entre dois impulsos inconciliáveis. Seus estudos procuram desvelar a angústia, porém ele adverte que esta só deve ser realizada pela psicanálise, porque ela é uma produção individual e suas características só podem ser esclarecidas pelas referências contínuas de uma história singular, à estrutura de personalidade e ao modo específico de relação social do sujeito a ponto de deixá-lo mesmo com medo de prosseguir coletivamente.

Yohana, sobre as doenças que podem ser correlacionadas a alguns elementos de reflexão de Dejours, menciona aquelas que estão presentes no contexto profissional das assistentes sociais: *Ansiedade, depressão, sobrepeso, crise de pânico, pressão alta, eu acho que é isso.*

A psicologia do trabalho, neste contexto, encontra-se muito bem colocada para ressaltar estas problemáticas novas, na medida que constitui uma abordagem específica da relação do homem com a realidade. (DEJOURS, 2015, p.82). Ampliando o diálogo com o autor, cita-se o depoimento de Yohana sobre outros apontamentos que contribuem para o adoecimento do profissional no âmbito do trabalho:

Muita coisa afeta do trabalhador do Serviço Social, a disparidade de direitos de quem é concursado e de quem não é, a falta de concurso eeee, a falta de espaço físico pra gente conseguir trabalhar com as questões do nosso código de ética, tipo sigilo, essas coisas, eeee, cara tudo afeta a saúde do profissional de Serviço Social. Aqui no hospital muita coisa afeta, afeta o contrato, afeta a precarização da saúde, tudo isso afeta (Yohana, entrevista em 06/05/2019).

Dejours (2015) vai tratar o significado do sofrimento no contexto fabril nas empresas, que mantém um maior número de trabalhadores sob seu comando de grandes empresários, naquele determinado momento. Essa mesma lógica aparece nas atuais repartições públicas e privadas, decorrentes das transformações societárias junto com a globalização, trazendo aspectos fabril novamente, observadas na lógica do modelo empresarial que também ecoou no setor público. Nesta pesquisa, discorre-se sobre as causas do sofrimento dos trabalhadores, em especial, no Serviço Social.

O autor afirma que as causas do sofrimento do operário estão divididas em quatro componentes, o que não significa serem dois tipos de sofrimentos distintos. Essas causas estão associadas a fatores históricos, laborativos e àqueles favoráveis, ou não, para a vida do trabalhador, relacionados à própria vida humana e ao trabalho. Dejours (2015) os discrimina como:

a) sofrimento singular (dimensão diacrônica): é herdado da história psíquica de cada indivíduo; b) sofrimento atual (dimensão sincrônica): ocorre quando há o reencontro do sujeito com o trabalho; c) sofrimento criativo: quando o sujeito produz soluções favoráveis para sua vida, especialmente, para sua saúde; e d) sofrimento patogênico: é ao contrário do sofrimento criativo, ou seja, quando o indivíduo produz soluções desfavoráveis para sua vida e que estão relacionados à sua saúde (DEJOURS, 2015, p.82).

Em outro momento, Dejours (2015) vai explicar que o sentimento experimentado maciçamente da classe operária: o da vergonha de ser robotizado, a partir de não ser mais que um apêndice da máquina, o faz acreditar, às vezes, nem sequer em uma pessoa e sim mais um componente que faz parte do maquinário. Um ser que considera não ter mais imaginação ou inteligência, ou de estar despersonalizado etc. É como se esse trabalhador (as) caísse na mesmice, horivelmente alienante, porque faz-se muito, mas nem o seu reconhecimento, como indivíduo, existe. O contato forçado através, mais uma vez, com uma tarefa desinteressante nascida da imagem da indignidade, vista como a desvalorização do "trabalho manual" e até do próprio indivíduo, como já mencionado. No ambiente do hospital, os exemplos dados pelas entrevistadas, quando perpassam pela precarização no âmbito do trabalho, apresentam aspectos similares aludidos por Dejours, pois além do enfrentamento desse processo de precarização, o profissional enfrenta o desafio de lidar com as frustrações, o cansaço e a sensação de estar meramente sendo utilizados sem o devido reconhecimento. Acrescentam-se a isso, a situação do assalariamento tendo a necessidade de estar em um ou mais vínculos trabalhistas, a falta de perspectiva de mudanças reais da conjuntura, aliados à fragmentação da própria categoria profissional.

Outra situação que está no bojo da *submissão do trabalho*, onde elevam-se as queixas, isto é, a *desqualificação*, um assunto que não se esgota somente ao que tange aos salários. Dejours (2015, p.62) aprofunda o assunto com essas palavras:

trata-se da imagem de si que repercute do trabalho, tanto mais honroso se a tarefa é complexa, tanto, mas admirada pelos outros se exige um know-how, responsabilidades, riscos[...] A vivência depressiva condensa de alguma maneira os sentimentos de indignidade, de inutilidade e de desqualificação, ampliando-os. Esta depressão é denominada pelo cansaço (DEJOURS, 2015, p.62).

Seguindo essa vertente, Ferreira (2009) chama a atenção para o que se define como “servidão voluntária”, percebida como algo penoso para o trabalhador. Esse, para se sujeitar, precisa se adaptar e se sentir incluído no trabalho e estar induzido a desenvolver comportamento de servidão. Esse tipo de sujeição coloca os profissionais que estão em um tipo de jogo, ou seja, num vínculo que eles mesmos se veem desrespeitados pela parte empregadora.

Têm-se ainda, nesta realidade complexa, os problemas de ambiência de trabalho com a própria equipe de serviço social do hospital, devido à ocorrência de desentendimentos que comprometem a chegada de um consenso, em relação ao trabalho como uma equipe homogênea, além de nuances do crescimento do individualismo em detrimento do espírito de coletividade. Para a realidade do hospital, os conceitos apresentados por Dejours dizem muito, percebidas pela presença de desapontamento apontada por Eleonora, ao tecer comentários sobre uma de suas experiências ao que ela fez, do que ela e as companheiras de trabalho quase conseguiram, mas tendo a sensação de cair mesmo no tal fatalismo: “ [...] *aiii pode ser muito... aí pelo assédio e pode também por não conseguir dar conta de tentar fazer que o seu projeto funcione...* ”

IAMAMOTO (1999, p.10) amplia a questão do serviço social diante dos desafios atuais da sociedade

[...] Assim, um desafio é romper as unilateralidades presentes nas leituras do trabalho do assistente social com vieses ora fatalistas, ora messiânicos, tal como se constata no cotidiano profissional (IAMAMOTO, 1992). As primeiras superestimam a força e a lógica do comando do capital no processo de (re) produção, submergindo a possibilidade dos sujeitos de atribuírem direção às suas atividades. Com sinal trocado, no viés voluntarista, a tendência é silenciar ou subestimar os determinantes histórico-estruturais objetivos que atravessam o exercício de uma profissão, deslocando a ênfase para a vontade política do coletivo profissional, que passa a ser superestimada, correndo-se o risco de diluir a profissionalização na militância stricto sensu. 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, como uma questão central da agenda da pesquisa e da produção acadêmica dessa área. O esforço é atribuir transparência aos processos e formas pelos quais o trabalho do assistente social é impregnado pela sociabilidade da sociedade do capital, elucidando sua funcionalidade e, simultaneamente, o potencial que dispõe para impulsionar a luta por direitos e a democracia em todos os poros da vida social; potencial esse derivado das contradições presentes nas relações sociais, do peso político dos interesses em jogo e do posicionamento teórico-prático dos sujeitos profissionais ante os projetos societários.

Dejours (2015), em seus estudos, trata dos sinais do medo no contexto da indústria, porém alguns elementos dele se aproximaram de questões apresentadas neste TCC por suas semelhanças com os relatos da pesquisa aqui tratados. Esse tema é de suma relevância, por causa dos riscos relativos à integralidade física e psíquica do profissional. Neste ponto, os

relatos das entrevistadas possibilitam abertura para debate e reflexão oportuna e valorativa sobre este tema, visto que a saúde física e psíquica estão atreladas às condições de trabalho.

É notório que um dos maiores ganhos no trabalho das Assistentes sociais no Hospital Federal de Ipanema está relacionado ao desenvolvimento do trabalho em equipe multiprofissional e interdisciplinar, sendo este um momento de junção com outras categorias da saúde, como por exemplo: médico, enfermeiro, nutricionista, fisioterapeuta, psicóloga e o NIR (Núcleo Interno de Regulação). Este trabalho tem um significado muito importante para dar a chamada Alta Referenciada e a troca de saberes com outras correntes de pensamento assim descritos no código de ética de 1993.

É importante acrescentar que, com este trabalho multiprofissional e qualificado dos serviços prestados à população atendida no hospital, os encaminhamentos são direcionados para os devidos dispositivos de acompanhamento no processo de saúde e doença da qual é desenvolvido a desospitalização dos pacientes de longa permanência.

Décimo princípio: Compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população e com o aprimoramento intelectual, na perspectiva da competência profissional [...] (CFESS,1997, p.26).

Eleonora destaca a relevância do trabalho interdisciplinar, e o quanto pode acrescentar no fazer profissional na relato abaixo a profissional deixa claro o quanto pode acrescentar na qualidade dos serviços prestados à população atendida pelo SUS.

Assim, a minha prática, ela é muito voltada para o trabalho interdisciplinar, então todas as minhas ações elas nunca são só, aquilo que eu avalio de um caso, discuto muitos casos no instante da equipe enfim. Porque valoriza essa coisa do trabalho em equipe, os olhares e... cruzam... atravessam e... iii, a gente consegue entender aquele caso melhor é dá, mas eeee, muito comum eu discutir o caso com a enfermagem, com médico e psicólogo. Então, assim, programa projeto não tenho nenhum. (Daiana: mas a interação entre eles, assim NÉ?.) ELEONORA: A interação e a discussão de caso é comum, eu não consigo nem ver isso fora. Então se tem um caso eu vou buscar a equipe que saiba desse caso, o que ela pensa sobre esse caso, então tu trabalha o tempo todo como uma forma interdisciplinar... não tem aquilo que eu não consigo ver, a minha prática é diferente disso, que acho que é o conjunto NÉ?... eee... eu acho o que você faz e o outro saber... vão ter capacidade de acrescentar com que aquele indivíduo tem um maior... e seja capaz de receber a quantidade de informações [...] em todas as áreas. Acredito no crescimento dele dessa forma, (Daiana: então, vocês conseguem parar, pensar esse caso, discutir entre vocês...) ELEONORA: eu procuro mesmo na dinâmica da rotina de cada um eee, por exemplo, tive caso que a paciente veio procurando um serviço aqui dentro, o serviço de psicologia e aí, uma pergunta se ela tinha disponibilidade deste serviço com o acolhimento e ESCUTA (Eleonora, entrevista em 17.04.2019).

Sobre o referido trabalho multiprofissional, Cláudia informou tê-lo desenvolvido no Hospital de Ipanema somente com NIR (núcleo Interno de Regulação) na interface Serviço

Social com NIR, na atuação e na gerência com os leitos do Hospital: *Aqui no hospital de Ipanema somente com NIR (núcleo Interno de regulação) na interface Serviço Social com NIR...na atuação e na gerência com os leitos do Hospital. Isso sou eu, Tá?* Neste trecho da fala de Cláudia fica evidenciado que a efetivação do trabalho interdisciplinar ocorreu por meio de seu contato com a equipe do Núcleo Interno de Regulação (NIR). Embora ocorra essa restrição por parte da profissional de sua atuação "somente com o NIR", o seu trabalho se configura como uma ação multiprofissional.

Já para Mariana, quando se refere ao trabalho interdisciplinar, a profissional destaca as dificuldades enfrentadas para o desenvolvimento de atividades coletivas na instituição que parece, conforme o seu depoimento, ser *encastelada* para tais ações.

O único trabalho aqui ele flui, apesar de que o hospital de Ipanema possuir uma situação muito encastelada. A gente tem mais um trabalho individualista do que a questão coletiva, mas quando nós temos a possibilidade de realizar esse trabalho interdisciplinar, ele foi de uma maneira muito interessante. Então eu falo pra você, tá?, depende muito do olhar da gestão e que tenha interesse nessa postura. Isso pode dizer... realizar um trabalho muito bom no centro de estudos, realizar um trabalho muito com o comitê de ética e pesquisa. Eu não participo das reuniões, mas sei parte. Se lembra de que eu "brinco" lá?, mas não sei se eu faço um trabalho tão interdisciplinar como é o meu desejo na oncologia devido à própria estrutura que a instituição vai passando aaaa isso causa um incômodo. Porque se fosse realmente um trabalho interdisciplinar, nós entenderíamos melhor os usuários. Entendeu? Tá nesta questão, nisso... e se você observar quem é o hospital... é o maior número de profissionais que nós temos aqui é a enfermagem, né? E a enfermagem, NÉ?, sem a enfermagem o hospital não funciona [...], mas em alguns setores aqui não é fácil esse encontro nosso, como os outros profissionais. De novo aquela questão de encastelar. (Daiana; parece que é o poder feudal, né?;) MARIANA: o poder feudal naquela questão do poder, não sei, nem se eles sabem o que é o feudalismo, se eles soubessem não iriam praticar ou ter essa prática e não prejudicar todo mundo e não amenizar. Por que, pensa assim: ... Éééé... complicado, eles usam de achismo, falta à questão interdisciplinar, por exemplo, o comitê de ética tem o regime interno, os centros de estudo têm regimento interno, eu acho que vejo muito atrelado essas documentações, mas talvez se caso tivesse uma determinação, que tivesse integrado... seria melhor... os setores, seria melhor. Já tivemos... temos mais interessantes. Hoje nós fazemos trabalhos muito legais, por exemplo, o grupo de acolhimento, não acho distante o grupo das pessoas em relação a isso. Eles têm como fazer um trabalho interessante. Não posso reclamar desse contato. Ainda tem uma questão aqui, que impera de pensar, o ato médico que não é só por eles, mas até por nós, às vezes, acabamos legitimando, é claro, o hospital não funciona sem nenhum de nós. Isso que eu falo pra vocês, não somos paramédicos para nada. Nós temos nossas especificidades e trabalhamos todos juntos, em um coletivo pensando na situação, mas nós temos que saber qual é o nosso papel nessa situação. Por isso... no que temos que intervir nisso

Yohana, por sua vez, ao discorrer sobre o mesmo assunto, entende que todo trabalho do Hospital de Ipanema é interdisciplinar, o que atende a uma das estratégias de Saúde Pública em destaque no SUS:

Todos. A melhor experiência do planeta, trabalhar junto, trabalhar interdisciplinarmente com os médicos enfermeiros, psicologia, a gente dá conta melhor do paciente, da família, da estrutura daquele paciente, a gente consegue discutir melhor, a gente consegue discutir, a gente consegue planejar melhor o projeto terapêutico, a gente consegue planejar melhor a alta, a gente consegue dar continuidade do trabalho. Então acho que trabalho em equipe, o trabalho interdisciplinar é sempre o melhor, é sempre uma experiência maravilhosa (Yohana, entrevista em 06/05/2019).

A resposta de fala de Yohana remete aos Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde (2010). Percebe-se isso quando a entrevistada relatou ser um momento em que realmente ela se sente realizada, por ser o momento fundamental em que as articulações acontecem. Além disso, com o seu trabalho em equipe, ela, como profissional, intervém com aspectos que merecem ser refletidos à luz das atribuições do profissional de Serviço Social, especificadas e divulgadas para os demais profissionais do trabalho.

Neste sentido, os parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde aponta para essa direção, quando afirma que:

O assistente social, ao participar de trabalho em equipe na saúde, dispõe de ângulos particulares de observação na intervenção das condições de saúde do usuário e uma competência também distintas para o encaminhamento das ações, que o diferencia do médico, do enfermeiro, do nutricionista e dos demais trabalhadores que atuam na saúde (CFESS, 2010).

Em relação ao trabalho multiprofissional, isso acontecia no Hospital Federal de Ipanema de uma forma amistosa. Yohana é um exemplo neste sentido, pois participava dos chamados Rounds todas as vezes que os médicos e residentes realizavam as visitas aos leitos, nas ocasiões, sempre tinham a presença de uma das Assistente Social e dos estagiários de Serviço Social, no caso Yohana, que trabalhava e atuava no andar da clínica médica.

Ocorria, além disso, o que se entende por conexão interdisciplinar, como recomenda o SUS, porque as enfermeiras, os médicos, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas e os assistentes sociais trabalham mutuamente. Eram as profissionais que buscavam em sua capacidade e habilidade sancionar os casos com muita presteza e respeito mútuo, conforme recomendado para a categoria de Assistentes Sociais:

[...] VII. Garantia do pluralismo, através do respeito às correntes profissionais democráticas existentes e suas expressões teóricas, e compromisso com o constante aprimoramento intelectual [...] A equipe de saúde e/ou os empregadores, frente às condições de trabalho e/ou falta de conhecimento das competências dos assistentes sociais, tem sido historicamente requisitados a eles diversas ações que não são atribuições dos mesmos, a saber: (CFESS,1997. p.26).

Segundo (BONETTI,et.al,1996), a relação do pluralismo supõem uma convivência mútua, respeitosa e produtiva entre as outras correntes de saberes que circulam o Serviço Social. Porém não se pode desejar, sob pena de frustração, que essa mesma convivência que o Serviço Social está inserido seja isenta de tensões e conflitos: entretanto vão continuar a ter polêmicas e o acirramento, não podendo perder a própria vida dentro da atitude plural.

Iamamoto (2002, *apud* CFESS, 2010) diz que o trabalho coletivo não dilui os saberes e as habilidades de cada profissional, porém, ao mesmo tempo exige uma clareza ao tratar do trabalho dos outros profissionais de saúde. Portanto, como muita sororidade, a atuação em equipe vai requerer do próprio Assistente Social estar atento ao seu projeto ético-político, e aos documentos legais, que são explicitados como o código de ética profissional de 1993, e as Leis de Regulação da Profissão 8.662 e as Diretrizes Curriculares da ABEPSS.

Ampliando a questão e enfatizando a atuação do assistente social, Brenda considera que a articulação com a família para auxiliar o paciente na hora da necessidade de atendimento no HFI é fundamental para o Serviço Social. Isso remete à matricialidade de políticas sociais que, destinadas a alguns contingentes da sociedade, conclama a família junto com o Estado para garantir a proteção de seus membros mais vulneráveis. Por essa razão Brenda considera que o Serviço Social estaria mais apetrechado para tal, conforme se depreende da sua fala:

Eu acho assim, aqui no hospital em relação a questão dos pacientes como todo, assim dos familiares. Eu acho que assim muitos momentos, Né? Esse profissional que tem um olhar diferenciado... a gente tem um olhar diferenciado. Porque assim... a enfermagem é profissional do cuidado, eles vêm toda hora e falam isso na minha cabeça. E aí a médica que é parte clínica quem vai olhar essas relações... Fora, né? Quem vai olhar pra aquela dinâmica daquela família? Né? Quem vai fazer essas correlações... e fazer até mesmo... que a gente estava discutindo essa semana, eu falando com Yohana... a gente falando das articulações, articulação com o...o...que assim... Hoje não tem esse profissional e a gente acaba, às vezes, fazendo esse papel. Tal articulação com médico, da articulação com a enfermagem, articulação com aquela família... e chamar o profissional... vem cá, vamos sentar com essa família... que está precisando dessa atenção que está precisando deste hospital. [...] Você cria a sua própria rede [...] exatamente e assim... no objetivo do trabalho mesmo [...]. E no objetivo do trabalho mesmo... e outro lado que a gente tem... são das orientações e de você ver eee... essa questão dessa articulação. [...] Então assim... se não tem esse profissional, eu acho que fica uma parte faltando. (Brenda, entrevista realizada em 04/04/2019).

O desmonte da política de saúde, vem incidir nos postos de trabalho que são voltados para o campo da saúde. Com os avanços da conjuntura neoliberal, os cortes das políticas sociais voltados para saúde da classe trabalhadora dinamizam a lógica da precarização do serviço, a flexibilização do trabalho, com as múltiplas funções e a ampliação da terceirização

por baixos salários. Conseqüentemente, essas ocorrências vêm causando o adoecimento e as alterações no âmbito do trabalho no ambiente do hospital, afetando vários contextos que vão desde o atendimento individual aos pacientes, até ao trabalho coletivo.

Incluem-se ainda oriundos da interferência desses fatores, as alterações na saúde do profissional e no aparecimento mais recorrente de determinadas doenças ligadas diretamente à saúde mental. Porém, outros desafios permeiam nos setores da instituição federal e no cotidiano dos profissionais atuantes na mesma, como se vê no tópico seguinte deste estudo.

- f. As discussões e posturas Moralistas, assédio moral, constrangimento e racismo institucional entre os colegas de equipe ou com outros profissionais

Quadro 13 - As posturas Moralistas ou preconceituosas contra Minorias

Entrevistadas	Respostas
BRENDA	<p><i>A PROFISSIONAL “NÃO” RESPONDEU ESTA PERGUNTA</i></p> <p><i>Se sofri, também não identifiquei. Não foi uma coisa aparente e nunca fui barrada na portaria ou coisa assim, e nem por usuária. Eu já tive, não aqui, a colega já tiveram problemas que a usuária não queria ser atendida por aquela determinada pessoa por que ela estava de turbante, oooo [...] eee o turbante não era uma questão de religião, não hoje em dia , né? Essa menina nem é de nada assim. E também ela é clara, e sim estilo branquinha, então, assim não é porque é negra, porque é branca , né? Mas você associa, né? ee negra e Macumbeira. E a pessoa não queria ser atendida por ela, ela uma diretora do equipamento, a senhor, mass a pessoa tinha problema, a senhora não queria ser atendida por mim, a senhorinha volta num outro dia, porque hoje é o meu plantão, hoje a senhora vai ser atendida por mim [...] até porque as coisas não se misturam. Eee por exemplo quando você está atendendo pessoas. Hoje a gente sabe que não a religião, né? A religiosidade que a gente fala está ali, está uma discussão já está aprovado isso, que ajuda muito no âmbito da saúde ajuda as pessoas com suas espiritualidade, só que não posso não meu momento, na avaliação, eu não posso misturar as coisas, eu posso até falar pra pessoa na fé da senhora, sei o que, tem fé ou não tem fé, cada um busca os seus caminhos. Então eu nunca sofri, porque nunca coloquei nada...(Brenda, entrevista realizada em 04/04/2019).</i></p>
ELEONORA	<p><i>as minorias</i></p> <p><i>Já, várias vezes [...] Já desde, assim, como se as minorias a gente está falando desse público, mas também tem pacientes psiquiátricos que acabam também tendo outros pacientes que sofrem preconceitos com outros profissionais. Digo que assim, que falta capacidade de lidar com o diferente... não está no diferente está em</i></p>

mim. Eeee assim, quando as pessoas falam eu não gosto de trabalhar com pacientes psiquiátrico tal...não tem coisa pra atender aaaa... aí você vai e maltrata o paciente psiquiátrico, porque você trata mal o paciente psiquiátrico... porque você não se capacitou para atender aquele paciente psiquiátrico nas suas necessidades e nas suas limitações. [...] Então assim, eu simplesmente desconsiderou... nisso que eu desconsidero a minha relação ser preconceituosa. Então... o público LGBT... hoje com a sua... com o jeito que o movimento foi tendo força... vem assim. Outro dia eu estava fazendo uma discussão sobre isso... cada vez que o movimento vem... vem uma nova sigla... e que venha, uma nova identidade. [...] que venha uma identidade que é construída. Eu estava fazendo uma reflexão sobre isso... realmente reforça uma construção de identidade ou objetivo disso... fico me perguntando porquê... é pra pessoa se auto afirmar, pra ela conhecer a sua própria identidade, "Aaaa eu me defino como" eee essa definição não é sua... entendi. Não sei se é uma proposta que o outro consiga se reconhecer com essa construção dessa identidade, ou de fato é necessário reafirmar isso (Eleonora, entrevista em 17.04.2019).

[...]

[...] Eu confesso a você que venho estudando um pouco...porque pra mim ficou muito difícil acompanhar todas as formas...todas que existem de reconhecimento de um processo de identidade de construção... mas ao mesmo tempo eu acho que também... e assim diminuí o movimento quanto mais a gente abrange e tenta abarcar mais outras formas vão aparecer. Então isso nunca vai se esgotar... o movimento se perde. Quando tento invadir tantas coisas... para uma coisa que é simples e como você se percebe, preciso estar divulgando, agora sim em relação ao paciente existe um incômodo [...] O nome social que hoje é lei... mas até um tempo atrás não era lei... a gente não conseguia garantir... você reforça aquilo que estava na sua própria certidão e quanto isso violenta que está no processo de transição então assim... o preconceito é rasgado... desde quem recebe na portaria a até o profissional de saúde “coloca na enfermaria feminina ou coloca enfermaria masculina” aí na falta de opção o que eu que faço isolo numa enfermaria. Então... eu já vi várias vezes isso. Mas, como fica o outro... o outro e outro. [...] O direito dele ficar nesta enfermaria... o impacto que vai causar no outro não diz respeito a ele e como outro olha ele... entendi que as pessoas invertem essa de vamos... a gente pensa somos todos iguais porém diferentes. E de que igualdade a gente fala, o outro é diferente de mim... você é diferente de mim (Eleonora, entrevista em 17.04.2019).

Assédio Moral e constrangimento

"A já, e... eu acho que assedio, o que acontece muito velado, assim é muito sutil, então não aquela coisa escancarada de abrir um processo administrativo ou um processo ético contra o outro

colega, mais o que acontece. Daiana: que adocece ne se deixar a pessoa ne, ele apaga a pessoa. ELEONORA: e, provoca adoecimento, provoca um, isso que estou te falando, falta motivação interna porque ela é intrincada que ela depende do outro, ela não vem de fora, não vem de alguma coisa ela vem de dentro de você. Então se você está motivado NE, se você tem que sofrer o assédio e você não consegue colocar o teu projeto pra acontecer, se você não tem algumas relações que são diferentes, pela disparidade de relação contratual, não tem como você não sofrer assédio. Não tem como, a própria relação por si só, ela já provoca o assédio, quando um pode e outro não pode. Isso é assédio por que eu não posso? Então é assim, por que ela pode. Se a gente exerce a mesma atividade, se a gente tem a mesma categoria profissional o que tem nesse, universo NÉ que faz que ela tenha o direito eu não, aí a gente faz umas observações sobre você mesma assim. Como e que eu lido com direito do outro, democratizo a informação do outro, se os meus direitos eu não consigo garantir na minha própria relação de trabalho, tal e uma reflexão que você faz no seu íntimo, e assim ate que ponto eu consigo garantir pra mim mesma ou não aquilo, agora constrangimento assim em relação com outro colega eeee, nunca tive nenhuma situação assim constrangedora, já tive muitas discussões por trabalhar em equipe, discursos por posicionamentos diferentes de cada área e que talvez possa ter me gerado uma disposição, mas aquilo não me incomoda e não considero. Daiana pergunta: Durante as reuniões ou não sei, mas já te atacaram ou se sentiu atacada ao mesmo aquilo te afligiu te adoceceu em algum momento. Eleonora: eu tive um constrangimento com uma enfermeira aqui No hospital em relação a um caso que fui discutir com ela e fui mal interpretada por ela e aquilo me causou um certo constrangimento que ela levou para direção e para coordenação dela ee, como se tivesse denegrado (palavra não usada mas pela sua especificada pois é vista como racista) a imagem do setor dela e do andar dela, então fui junto com a coordenadora ne, do Serviço Social pra entender o que ela estava achando como DENEGRIR a imagem dela de que forma, assim me gerou constrangimento porque fiquei numa reunião exposta a outros colegas de enfermagem e..., sobre uma situação que era uma discussão de um caso, não estava ali difamando o setor nenhum. Mas foi da própria pessoa que se sentiu ameaçada, com um olhar de um outro profissional de uma situação que eu apresentei mas assim eu não levo isso pra mim, eu não levo isso pra mim. Entendeu, eu não me sintoooo, eu acho que assédio e, mas quando eu não consigo garantir eee, espaço de trabalho, autonomia de trabalho, e quando as minhas relações são diferentes e uns tem direito de certas coisas, outros não. Isso pra mim e sim!! E muito, mas adoecendo do qualquer constrangimento que possa eu me lembre que agora só dela mesmo. Então o assédio é, mas difícil, eu acho que este adocece, eu acho que este cria um sintoma NE, na equipe, onde você vem trabalhar, a um esta doente, outro não vem para trabalhar, ou

	<i>um esta doente ou não sei o que, eu acho que isso precisa ser estudado, porque a gente esta assim. Daiana: sim, NÉ analisar as novas formas de precarização do trabalho que também são as doenças provocadas pelos processos de adoecimento no trabalho. ELEONORA: exatamente.</i>
MARIANA	<i>Já, eu já presenciei sim... e me incomodou... porque ela foi velada... ela não foi explícita. E por ser velada me incomoda [...] Não é assim... Já sofri, e... vou te falar... então vou falar. Não foi comigo diretamente o racismo institucional... mas ouvi o seguinte discurso “existe uma médica negra que não é muito simpática” [pediu] não coloca o meu nome aqui não, tá? Aí depois eu ouvi a seguinte pérola “Nossa! ela é mais metida do que uma branca” para mim isso é racismo (Mariana, entrevista em 29/04/2019).</i>
YOHANA	<p>“SIM, quase todos os dias” (Yohana, entrevista em 06/05/2019).</p> <p><i>Sim, praticamente diariamente. [...] mas na equipe de Serviço Social, principalmente. Nos outros não. Porque a gente conseguiu, que foi uma das dificuldades, que existia e hoje não existe mais, que é o reconhecimento dos profissionais, quando a gente consegue trabalhar multi, Interdisciplinarmente, consegue transitar pelas outras categorias, consegue desenvolver o trabalho que as pessoas reconheçam a gente não tem tanto problemas. Mas na equipe do Serviço Social, sim quase que diariamente”(Yohana, entrevista em 06/05/2019).</i></p> <p><i>“[...] só na UFRJ, por ser branca e morar na Zona Sul, aí você fica à vontade pra colocar isso no seu TCC”.</i></p>
CLÁUDIA	“SIM”.

As profissionais nesta parte da entrevista responderam questões sobre se já presenciaram posturas Moralistas ou preconceituosas contras Minorias no Hospital Federal de Ipanema onde elas trabalham. Diante de tal questionamento, se obteve as seguintes respostas:

Eleonora respondeu afirmativamente e estendeu seu comentário:

Já, várias vezes [...] Já desde, assim, como se as minorias a gente está falando desse público, mas também tem pacientes psiquiátricos que acabam também sendo outros pacientes que sofrem preconceitos com outros profissionais. Digo que assim, que falta de capacidade de lidar com o diferente... não está no diferente está em mim. Eeee assim, quando as pessoas falam eu não gosto de trabalhar com pacientes psiquiátrico tal... não tem coisa pra atender aaaa... aí você vai e maltratar o paciente psiquiátrico, porque você trata mal o paciente psiquiátrico... porque você não se capacitou para atender aquele paciente psiquiátrico nas suas necessidades e nas suas limitações. [...] Então assim, eu simplesmente desconsidero... nisso que eu me desconsidero a minha relação ser preconceituosa. Então... o público LGBT... hoje

com a sua... com o jeito que o movimento foi tendo força... vem assim. Outro dia eu estava fazendo uma discussão sobre isso... cada vez que o movimento vem... vem uma nova sigla... e que venha uma nova identidade. [...] que venha uma identidade que é construída. Eu estava fazendo uma reflexão sobre isso... realmente reforça uma construção de identidade ou objetivo disso... fico me perguntando porquê... é pra pessoa se auto afirmar, pra ela conhecer a sua própria identidade, *Aaaa eu me defino como* eee essa definição não é sua... entendi. Não sei se é uma proposta que o outro consiga se reconhecer com essa construção dessa identidade, ou de fato é necessário reafirmar isso (Eleonora, entrevista em 17.04.2019).

Ao tratar sobre a respeito sobre atendimento às minorias no hospital, Eleonora amplia a questão, ao retratar o modo como alguns profissionais de saúde se comportam diante de determinados pacientes, manifestando ações de preconceito em relação às pessoas portadoras de transtornos mentais e LGBT. Neste ponto, deve-se salientar o que discorre o próprio Código de Ética de Serviço Social (1993) no seu segundo princípio “*defesa intransigente dos direitos humanos e a recusa do arbítrio e do autoritarismo*” O que é possível compreender deste preceito?

Há estudos que defendem que esse princípio mencionado no Código de Ética faz alusão ao desacato de autoridades, às torturas acarretadas pela ditadura militar de 64, ao combate à fome, ao combate às desigualdades sociais e a outros atos ocorridos no contexto histórico da sociedade brasileira. Compreende-se, neste aspecto, que este princípio vem demonstrando historicamente a sua firme vinculação à luta em favor dos direitos humanos (BONETTI, et.al. 1996). O presente estudo concorda com esta concepção por ser favorável a toda forma de garantia à vida e também à cidadania a todo indivíduo, sem distinção de cor, raça, sexualidade e religião .

Eleonora declara:

Digo que assim, que falta de capacidade de lidar com o diferente... não está no diferente está em mim. E assim, quando as pessoas falam eu não gosto de trabalhar com pacientes psiquiátrico tal... não tem coisa pra atender a... aí você vai e maltratar o paciente psiquiátrico, porque você trata mal o paciente psiquiátrico... porque você não se capacitou para atender aquele paciente psiquiátrico nas suas necessidades e nas suas limitações. [...] Então assim, eu simplesmente desconsidero... nisso que eu me desconsidero a minha relação ser preconceituosa. Digo que assim, que falta de capacidade de lidar com o diferente... não está no diferente está em mim. E assim, quando as pessoas falam eu não gosto de trabalhar com pacientes psiquiátrico tal... não tem coisa pra atender a... aí você vai e maltratar o paciente psiquiátrico, porque você trata mal o paciente psiquiátrico... porque você não se capacitou para atender aquele paciente psiquiátrico nas suas necessidades e nas suas limitações. [...] Então assim, eu simplesmente desconsidero... nisso que eu me desconsidero a minha relação ser preconceituosa (17/05/2019).

Fadados ao chamado *senso comum na visão defendida por BONETTI et.al (1996)* a ideologia dominante burguesa é clinicamente indiferente naquilo que se faz, por meio da omissão dessas questões, tratando como problemas individuais e sutis as formas de violação aos direitos humanos. Como é visto em posturas preconceituosas de alguns profissionais no atendimento de pacientes portadores de transtorno mental no HFI. Tais profissionais não têm a sensibilidade de compreender o estado mental deste paciente que está sendo atendido, manifestando sempre um olhar julgador e discriminatório. No entanto, a Lei considera os direitos e a proteção das pessoas portadoras de transtornos mentais, garantindo o acesso aos serviços do sistema único de saúde, dentro dos princípios norteadores do SUS, de equidade, universalidade e integralidade a todos indivíduos:

LEI Nº 10.216, DE 6 DE ABRIL DE 2001

Art. 1º Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, de que trata esta Lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra (BRASIL, 2001. p.1).

Baseados na fala de Eleonora, observa-se que o artigo desta lei remete a toda forma de defesa aos pacientes portadores de transtorno mental. Desta forma, defende-se, neste estudo, o posicionamento contrário a toda forma de preconceito contra pacientes referidos no depoimento. Em acordo com este posicionamento, a Lei 10.216 (2001) assegura os princípios e deveres da pessoa portadora do transtorno da saúde mental.

Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental:

- I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;
- II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;
- III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;
- IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas;
- V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;
- VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;
- VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;
- VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;
- IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental. (BRASIL, 2001, p.1).

Em resumo, antes de dar prosseguimento aos depoimentos das profissionais acerca das posturas moralistas ou preconceituosas contra os grupos minoritários em Saúde, é necessário, primeiramente, breve esclarecimento por meio das abordagens sobre o que é Moral e a Intolerância dentro da sociedade capitalista.

Entende-se que o significado da moral é produto da sociabilidade humana. Neste contexto, deve-se entender que a sociabilidade humana é mais do que a convivência humana entre os homens, pois nela exprime o processo pelo qual o homem, através do trabalho, transforma a natureza para satisfazer as suas necessidades. Este, por sua vez, constrói um novo mundo humano, ao humanizar a natureza, tornando-se mais próximo de si. Esse processo acaba por transformá-lo também (BARROCO, 2010, p.42). A autora acrescenta:

Para Marx, o trabalho é o fundamento ontológico-social do ser social; ele que permite o desenvolvimento de mediações, instituem a diferencialidade do ser social em face de outros seres da natureza. As mediações, capacidades essenciais postas em movimento através de sua atividade vital não são dadas a ele; são conquistadas no processo histórico de sua autoconstrução pelo trabalho. São elas: a sociabilidade, a consciência, a universalidade e a liberdade.

De acordo com Barroco (2010), a Moral também é produto desta mesma sociabilidade humana. Ela é o conjunto de valores, de tradições, de costumes, de padrão de comportamento, desenvolvido num determinado período, constituindo-se historicamente, ao ser transferido de geração em geração, cristalizando-se em valores e princípios socioculturais, de modo a constituir um patrimônio da humanidade confirmada nas palavras, a seguir:

A Moral origina-se do desenvolvimento da sociabilidade; responde à necessidade prática de estabelecimento de determinadas normas e deveres, tendo em vista a sociabilização e a convivência social. Faz parte do processo de sociabilização dos indivíduos reproduzidos através do hábito e expressando valores e princípios socioculturais dominantes, numa determinada época histórica, possibilita que os indivíduos adquirem um senso moral (referindo aos valores e princípios, a éticos (BARROCO, 2010, p.42).

Deste modo, Barroco (2010) aponta que a moral não é abstrata, mas foi criada a partir do cotidiano para atender as necessidades de convivência entre os homens, servindo de orientação de padrão de valores com a finalidade de integrar socialmente os indivíduos, sendo atravessada pela história. No geral, segundo, Barroco (2010, p.42) outra concepção de moral se somaria ao que é o juízo de valor ao ser internalizado e vindo a transformar-se "em orientação de valor para os próprios sujeitos e para juízo de valor em face dos outros e da sociedade".

Por outro lado, o senso moral ou moralidade são uma medida para julgar se os indivíduos estão socializados. Ou seja, na concepção de Barroco (2010) são atos que também se comportam conforme as normas e os valores socialmente determinados. A autora determina que a moral vai interferir nos comportamentos e irá moldar pensamentos pré-estabelecidos pela classe dominante.

Assim, Barroco (2010) determina:

A moral interfere nos "papéis" sociais, donde sua caracterização como um modelo *ser*, um *ethos* que se expressa a identidade culturais de uma sociedade, de uma classe, de a identidade cultural de uma sociedade, de uma classe, de um estrato social, num determinado momento histórico. Por sua perspectiva consciente, ou seja, pelo fato de o indivíduo aceitar intimidade os valores, passa a fazer parte do seu "caráter"; por sua função integradora, estabelecendo vínculos sociais, está presente em todas as atividades humanas (BARROCO, 2010.p.43).

Neste ambiente, a sociedade de classe, a moral cumpre uma função ideológica que contribui para integração social (BARROCO, 2010).

Na sociedade de classe, a moral cumpre uma função ideológica precisa: contribui para uma integração social viabilizadora de necessidades privadas, alheias e estranhas às capacidades emancipadoras do homem. Pela sua natureza normativa e pela sua estrutura de "subordinação das necessidades e pela natureza normativa e pela sua estrutura de "subordinação das necessidades, desejos, aspirações particulares às exigências sociais", ainda que não diretamente, mas através de mediações complexas, a moral é perpassada por interesse de classe e por necessidades de (reprodução das relações sociais que fundam um determinado modo de reprodução social material e espiritualidade a vida social (BARROCO, 2010, p.45).

Baseado no que foi abordado sobre moral, necessariamente, foi apresentada uma sucinta análise sobre o tema para realmente adentrar nos julgamentos de valores acerca de como o público LGBT são tratados e discriminados na sociedade. Lembremo-nos de que, em dado momento da história, as classes subalternas eram tratadas como a margem da sociedade. Próxima à relação com as minorias, Eleonora abordou sobre o grupo que sofre preconceito pela sexualidade, como o caso do movimento LGBT, também são usuários do SUS, Nesse sentido, Eleonora apresenta as primeiras ponderações:

Então assim, eu simplesmente desconsidero...nisso que eu me desconsidero a minha relação ser preconceituosa. Então... o público LGBT... hoje com a sua... com o jeito que o movimento foi tendo força... vem assim. Outro dia eu estava fazendo uma discussão sobre isso... cada vez que o movimento vem... vem uma nova sigla... e que venha, uma nova identidade. [...] que venha uma identidade que é construída. Eu estava fazendo uma reflexão sobre isso... realmente reforça uma construção de identidade ou objetivo disso... fico me perguntando porquê... é pra pessoa se auto afirmar, pra ela conhecer a sua própria identidade, "Aaaa eu me defino como" eee essa definição não é sua... entendi. Não sei se é uma proposta que o outro consiga se

reconhecer com essa construção dessa identidade, ou de fato é necessário reafirmar isso (Eleonora, entrevista em 17.04.2019).

A profissional amplia a discussão, ao se referir à questão da identidade de grupos. Eleonora investe, efetivamente, na compreensão do assunto, tanto no modo geral quanto no caso específico do HFI em relação o acesso destes cidadãos ao atendimento público:

[...] Eu confesso a você que venho estudando um pouco, porque pra mim ficou muito difícil acompanhar todas as formas, todas que existem de reconhecimento de um processo de identidade de construção, mas ao mesmo tempo eu acho que também, e assim diminui o movimento quanto mais a agente abrange e tenta abarcar mais outras formas vão aparecer. Então isso nunca vai se esgotar, o movimento se perde. Quando tento invadir tantas coisas, para uma coisa que é simples e como você se percebe, preciso estar divulgando agora sim em relação ao paciente existe um incômodo [...] O nome social que hoje é lei, mas até um tempo atrás não era lei, a gente não conseguia garantir, você reforça aquilo que estava na sua própria certidão e quanto isso violenta que está no processo de transição então assim, o preconceito é rasgado, desde quem recebe na portaria a até o profissional de saúde “coloca na enfermaria feminina ou coloca enfermaria masculina” aí na falta de opção o que eu que faço, isolo numa enfermaria. Então, eu já vi várias vezes isso. Mas, como fica o outro, o outro e outro. [...] O direito dele ficar nesta enfermaria, o impacto que vai causar no outro não diz respeito a ele e como outro olha ele, entendi as pessoas invertem essa de vamos, a gente pensa somos todos iguais porém diferentes. E de que igualdade a gente fala, o outro e diferente de mim, você é diferente de mim (Eleonora, entrevista em 17.04.2019).

Prosseguindo com seu depoimento, Eleonora evidencia o seu estreitamento com diversos movimentos e isso fez com que a Assistente Social ponderasse sobre os direitos de grupos que até então não se havia refletido. Tal postura obrigou invariavelmente esta profissional a se atualizar sobre as discussões na sociedade brasileira e as situações tensionadas pelos movimentos, tanto do neoliberalismo quanto do conservadorismo presentes no dia a dia do exercício profissional.

Neste sentido, ao voltar à declaração de Eleonora, se tem a necessidade de remeter a debates dos movimentos identitários e o incômodo que eles têm provocado àqueles que se distanciaram da discussão, ou mesmo, não ampliaram sua visão crítica da realidade. Deste modo, percebe-se que alguns movimentos sociais têm sido unificados sob o nome de identitários, seja o aspecto político da direita, seja da esquerda, o nome *identitário* parece querer encerrar sob as mesmas delimitações ocorridas ao movimento negro, ao movimento indígena, ao movimento LGBT, ao movimento de mulheres, ao movimento feminista, entre outros. Eleonora também evidencia certos julgamentos morais que têm sido desrespeitosos, quando se trata da população LGBT. Acrescenta-se ainda a mesma natureza de julgamento ao

se referir de pessoas que sofrem com racismo institucional (posteriormente tratado no presente estudo).

A seguir, o trecho de Eleonora compartilhando traços da realidade vivenciada no ambiente hospitalar ao atendimento ao paciente LGBT.

O nome social que hoje é lei... mas até um tempo atrás não era lei... a gente não conseguia garantir... você reforça aquilo que estava na sua própria certidão e quanto isso violenta que está no processo de transição então assim... o preconceito é rasgado... desde quem recebe na portaria a até o profissional de saúde “coloca na enfermaria feminina ou coloca enfermaria masculina” aí na falta de opção o que eu que faço isolo numa enfermaria. Então... eu já vi várias vezes isso. Mas, como fica o outro... o outro e outro. [...] O direito dele ficar nesta enfermaria... o impacto que vai causar no outro não diz respeito a ele e como outro olha ele... entendi que as pessoas invertem essa de vamos... a gente pensa somos todos iguais porém diferentes. E de que igualdade a gente fala, o outro é diferente de mim... você é diferente de mim (Eleonora, entrevista em 17.04.2019).

Em sua fala, Eleonora assinala a sua atitude de vir se aprimorando por meio do estudo sobre o assunto, porém admite: *“mas é muito difícil acompanhar todas as formas que existem de reconhecimento de um processo de identidade de construção das formas que modifica as especificidades do próprio movimento social”* (Eleonora, entrevista em 17.04.2019).

O esforço demonstrado por Eleonora e a sua tentativa de estar a par da temática é uma atribuição da própria profissão. Isso porque se identifica como parte do Assistente Social a sua articulação com os movimentos de outras categorias profissionais que partilhem dos princípios deste código e da luta geral dos/as trabalhadores/as no referido contexto. Com o objetivo de assegurar o que foi supracitado, a Lei 8662/90 reafirma a ação de *prestar assessoria e apoio aos movimentos sociais em matéria relacionada às políticas sociais, no exercício e na defesa dos direitos civis, políticos e sociais da coletividade* (BRASIL, 1993, p.1).

Por outro lado, sobre o tema abordado neste tópico, Cláudia afirma que nunca presenciou posturas moralistas ou preconceituosas contra minorias. Diametralmente a resposta de Yohana foi oposta, sucinta e objetiva: *“SIM, quase todos os dias”* (Yohana, entrevista em 06/05/2019).

Neste âmbito, é de suma importância o aprimoramento intelectual do profissional de Serviço Social, pois, como atuantes da questão social, é essencial que o assistente social esteja inteirado aos recentes estudos científicos, isto inclui o assunto mencionado por Eleonora, ou seja, a população LGBT como parte do público que acessa os serviços do SUS. Logo, o aperfeiçoamento profissional se torna também um meio de resistência a todas as formas de preconceito, sendo capaz de ampliar ações de incentivo ao respeito, à diversidade, à

participação de grupos socialmente discriminados e à discussão das diferenças são fundamentais. Neste aspecto, é relevante assegurar o direito de cidadania do paciente, além do efetivo combate a uma das vertentes da desigualdade social.

Somando-se ao mesmo debate, apresenta-se o pensamento conservador que vai tratar a questão social decorrente de problemas morais. Neste pensamento, desconsidera-se a questão social como fruto do desenvolvimento do modo de produção capitalista que, por sua vez, faz crescer a pobreza na mesma proporção da capacidade social de produzir riqueza. Em decorrência dessas ações, alastram-se para o pauperismo entre os trabalhadores que passam a perceber a sociedade de classe como uma estrutura que não os permitem que sua condição tenha o acesso à riqueza totalmente produzida.

Netto, (2011) em sua obra *Capitalismo Monopolista e Serviço Social*, confirma sobre esse processo da produção capitalista e destaca o real momento em que a classe trabalhadora emerge no cenário político de 1848 reivindicando o seu reconhecimento enquanto classe social. Expõem-se claramente e publicamente a sua condição de pobreza, em razão da produção capitalista e do desenvolvimento das forças produtivas. Surge, neste momento, a expressão da "questão social" ao proletariado que se coloca como sujeito político capaz de construir uma nova sociedade.

A partir da segunda metade do século XIX, a expressão “questão social” deixa de ser usada indistintamente por críticos sociais de diferenciados lugares do espectro ídeopolítico – ela desliza, lenta, mas nitidamente, para o vocabulário próprio do pensamento conservador (NETTO, 2011, p.158).

Particularmente, visualizou-se a questão social como contradição e ainda o antagonismo de interesses entre classes burguesas e a classe trabalhadora por causa de projetos societários distintos. A expressão da questão social, antes utilizada por críticos da classe burguesa conservadora, após a revolução proletária, desliza para o vocabulário do pensamento conservador para encobrir a relação da exploração existente na sociedade capitalista.

Assim, a classe burguesa coloca-se como classe conservadora na defesa da manutenção da ordem instituída, entendendo que a questão social é decorrente dos problemas morais, para desqualificar o combate dos movimentos operários da época que colocariam em risco a ordem vigente. Enfim, a “questão social”, compreendida como problema moral, vai ser tratada a partir da proposta política ideológica, enfatizando a educação moral e a moralização dos costumes, como elementos centrais à restauração e manutenção da ordem social. Compeliu-se à mulher a este processo, cabendo a ela a responsabilidade pela família,

pela educação e pela formação de carácter dos seus filhos para que não se desviassem e viessem a criar problemas sociais.

As discussões neste ponto, retoma-se a que já foi abordado acerca de Moral e de Conservadorismo, ambos considerados como frutos da sociedade desigual de classe, gerando preconceitos uns contra outros e a intolerância a respeito de suas crenças. Neste estudo, porém, para não se afastar dos objetivos traçados, não se aprofundará sobre assédio moral e injúria racial.

No complexo contexto do local de trabalho, como um dos desafios para a sua atuação profissional, Cláudia afirmou que seria a manutenção do equilíbrio na equipe. Neste sentido, ao ser perguntada se sofreu algum tipo de assédio ou constrangimento entre o grupo de trabalho ou de outros profissionais, ela respondeu afirmativamente "SIM", porém não quis falar sobre o assunto.

Embora ela não tenha sofrido racismo institucional ou injúria racial, ela comentou que entre as doenças mais recorrentes nos profissionais estão a enxaqueca, a dor na coluna e dor no estômago, de acordo com a profissional seriam sintomas causados estresse no profissional. Em suas próprias palavras, Claudia reafirma: *“Enxaqueca, dor na coluna, dor no estômago por que não pode falar muita coisa, tem que engolir uns sapos, até o estresse”* (Entrevista em 06/05/2019).

Yohana, por sua vez, ao ser indagada se já sofrera algum tipo de assédio ou constrangimento entre os colegas, ela respondeu:

Sim, praticamente diariamente. [...] mas na equipe de Serviço Social, principalmente. Nos outros não. Porque a gente conseguiu, que foi uma das dificuldades, que existia e hoje não existe mais, que é o reconhecimento dos profissionais, quando a gente consegue trabalhar multi, Interdisciplinarmente, consegue transitar pelas outras categorias, consegue desenvolver o trabalho que as pessoas reconheçam a gente não tem tantos problemas. Mas na equipe do Serviço Social, sim quase que diariamente” (Yohana, entrevista em 06/05/2019).

Yohana, por sua parte, sobre o item racismo Institucional ou injúria racial expõe a sua visão: “[...] só na UFRJ, por ser branca e morar na Zona Sul, aí você fica à vontade pra colocar isso no seu TCC” (06/05/2019).

Especificamente nesta fala, Yohana comenta sobre o referido item, porém sua resposta não comporta o ambiente no hospital, mas no contexto exterior ao mesmo no outro ambiente. Neste sentido, deixa-se claro que não existe racismo reverso. Mas de fato, ela

sofreu o que chamamos de constrangimento no período em que era aluna da Escola de Serviço Social da UFRJ. Entretanto, trataremos deste debate mais à frente.

A negativa de Yohana sobre a temática de assédio, constrangimento e racismo institucional permite a possibilidade de ampliar o debate por meio da reflexão sobre o pensamento de Ferreira (2009), ao demonstrar um exemplo de morte do sujeito em nome de uma obediência sem limites. Para a autora, tal acatamento se remete a uma servidão patológica, sendo ainda colérica - na opinião da autora - estando sustentada pelos ganhos psíquicos, que é o modo como o trabalhador se sujeita ao desejo de outro e não se implica na construção dos próprios destinos. Para Ferreira:

Do ponto de vista social, que se articula-se esta economia com a comodidade psíquica, é um dos comportamentos estimulados e valorizados na sociedade que serve aos interesses do consumo. Este contexto é pano de fundo para construção da patologia calcada no narcisismo da perversão (FERREIRA, 2009. p.13).

Com isso, essas posições de submissão ao trabalho acabam sendo acatadas de forma a não perda dos seus espaços de trabalho, no contexto da precarização do trabalho no âmbito da saúde. Os trabalhadores acabam se segurando, naquilo que tem seus contratos, de forma a se submeterem às seguintes ocorrências como: a fiscalização dos horários em que suas companheiras de trabalho vão estender; a síndrome dos que vestem a camisa da instituição; o posicionamento do jogo duplo, etc., até ser engolido pelas armadilhas sócio psíquicas.

São estas armadilhas sócio psíquicas que colocam o sujeito na posição de servidão, em um terreno fértil para as práticas de violências no trabalho. Conseqüentemente, em relação ao assédio moral, pode-se dizer, baseados nas entrevistas e nas falas neste item sobre assédio moral, seja ele profissional / estagiário, ou profissional / chefia, que os dados coletados se enquadram na pesquisa empírica da professora Doutora Paula Bonfim sobre os processos éticos movidos contra os /as assistentes sociais, entre si, na obra intitulada “Moral e Serviço Social” (Bonfim, 2015). O estudo da autora corrobora aos depoimentos das entrevistadas, quando se referem ao cotidiano profissional, fornecendo elementos para se pensar nas questões destacadas como possibilidades objetivas e subjetivas para realização de uma ética profissional que contribua para a emancipação humana e também na possibilidade de identificarmos o outro.

Em relação ao assédio ou constrangimento, Mariana deixou claro o seu posicionamento sobre possível ocorrência. Ela respondeu:

Às vezes até a gente percebe que acha que seja uh... mas se fosse, eu já tinha colocado para frente até no conselho de saúde. [...] Não, por que eu sempre aviso se

tiver eu vou mandar. [...] eu posso falar: eu não vou mentir (Mariana, entrevista em 29/04/2019).

Por sua vez, Brenda diz nunca ter sofrido algum tipo de assédio ou constrangimento entre os colegas de equipe ou outros profissionais. Também afirma não ter sofrido racismo institucional:

Se sofri, também não identifiquei. Não foi uma coisa aparente e nunca fui barrada na portaria ou coisa assim, e nem por usuária. Eu já tive, não aqui, as colegas já tiveram problemas que a usuária não queria ser atendida por aquela determinada pessoa por que ela estava de turbante, oooo [...] eee o turbante não era uma questão de religião, não hoje em dia, né? Essa menina nem é de nada assim. E também ela é clara... é sim estilo branquinha, então, assim não é porque é negra... porque é branca, né? Mas você associa, né? ee negra é Macumbeira. E a pessoa não queria ser atendida por ela, ela uma diretora do equipamento, a senhora, mass a pessoa tinha problema.. a senhora não queria ser atendida por mim, a senhorinha volta num outro dia. Porque hoje é o meu plantão, hoje a senhora vai ser atendida por mim [...] até porque as coisas não se misturam eee por exemplo quando você está atendendo a pessoas. Hoje a gente sabe que não a religião, né? A religiosidade que a gente fala está ali, está uma discussão, já está aprovado isso... que ajuda muito no âmbito da saúde ajuda as pessoas com suas espiritualidade... só que não posso... não meu momento... na avaliação... eu não posso misturar as coisas... eu posso até falar pra pessoa na fé da senhora... sei o que... tem fé ou não tem fé... cada um busca os seus caminhos. Então eu nunca sofri, porque nunca coloquei nada (Brenda, entrevista em 04/04/2019).

Quanto ao Assédio moral, as falas das entrevistadas mostraram, de forma explícita, o quanto o assédio moral ou até mesmo a injúria racial, ou racismo velado (ou visível), estão intrínsecos à correlação de forças, sendo atravessados pela opressão institucional e pelo desentendimento da própria equipe do Serviço Social do HFI, que não se vê como parte composta de uma equipe equânime e homogênea.

Para além disso, a precarização do trabalho, no âmbito da saúde, é demarcado por disputas e conflitos pela inserção de diferentes concepções e algumas posturas de julgamento de valor. Estas são baseadas no senso comum, onde se expressam as mais cabais indiferenças com o próximo, até mesmo com si mesmo da própria equipe do Serviço Social do HFI.

Sobre ter sofrido racismo Institucional ou injúria racial, ela afirma não ter sofrido, ratificando dizendo nunca ter sofrido em nenhum dos dois lugares em que trabalha: "Posso falar pra você, que NÃO. Engraçado a gente, que é negro fica até sem graça por que NÃO, e não posso falar isso, que eu passei por isso, porque eu trabalho em dois lugares. E nunca passei"(Mariana, entrevista em 29/04/2019).

Ao ser perguntada se já sofreu racismo Institucional ou injúria, Eleonora respondeu:

[...] é outra coisa que é sim velada, mas a gente fala que é velada, mas é escancarada. Ela passa como se fosse alguma coisa despercebida, NÃO tem como uma coisa ser despercebida, racismo é racismo, não tem como você passar despercebida, basta você observar que o primeiro racismo está entranhado na nossa cultura. [...] Ele não é uma coisa que assim, opaaa me tornei, não sabe, não. Você aprendeu a ser racista então o que você faz é uma desconstrução de um processo de Racismo desde o início. Então o profissional preciso... eee... vigia pra que aquilo que ele aprendeu na própria cultura não venha ser o discurso dele. [...] Eu particularmente eu me vigio muito, porque aquilo que eu acho que não estou sendo racista, já está sendo racista. Por quê? Faz parte da minha cultura... agora me incomodou profundamente, eu me vigio muito para que não seja um reprodutor daquilo que me foi passado... então assim eu estou o tempo todo repensando as práticas e aquilo que observo e aquilo que eu vejo... e procuro não ter ou não fazer igual... gostaria muito de não chegar a isso. São muitos discursos que eu faço para não chegar a isso. Eee...mas acaba que... posso dizer que eu não sou racista. Eu não tenho.. se é uma construção cultural... eu não tenho condições de dizer que não sou racista. Entendeu?... quero muito num dia poder te dizer que não sou racista...mas tenho que desconstruir aquilo que me colocaram (Eleonora, entrevista, 17.04.2019).

Eleonora, em sua fala, apontou caminhos para desconstrução de toda a forma de preconceito e racismo estrutural que ela vê em alguns momentos em sua própria individualidade. De forma inigualável, o seu depoimento corrobora muito com todo o contexto que vem sendo desenvolvido na presente pesquisa. Sabe-se que o racismo estrutural se apresenta de duas formas: o físico, que é o falado, e o velado que é uma das formas mais cruéis na sociedade, por conter, em sua face, o disfarce através de uma fala singela, porém carregada de sinais de discriminação. Eleonora, em seu apontamento, marcou sua posição, ao admitir que se encontra em desconstrução de um racismo de natureza cultural, ela compreende que esse é um processo contínuo, percebido em sua fala, quando reconhece o desejo de algum dia ter a certeza de não haver nela marcas de racismo, seja em suas ações, seja na luta de não permitir atitudes, mesmo de modo escamoteado, das faces intermináveis do preconceito racial institucional.

Mariana afirma que já presenciou o racismo institucional e, naquele momento, se sentiu incomodada. Ela afirmou que o racismo foi velado.

Já, eu já presenciei sim... e me incomodou... porque ela foi velada... ela não foi explícita. E por ser velada me incomoda [...] Não é assim... Já sofri, eeee vou te falar... então vou falar. Não foi comigo diretamente o racismo institucional... mas ouvi o seguinte discurso “existe uma médica negra que não é muito simpática” [pediu] não coloca o meu nome aqui não, tá? Aí depois eu ouvi a seguinte pérola “Nossa! ela é mais metida do que uma branca” para mim isso é racismo (Mariana, entrevista em 29/04/2019).

Pataki & Levine (2004), em sua obra *O racismo em mente*, abordam sobre *racismo como valor de julgamento*. Para eles, “racismo é uma definição generalizante e uma avaliação de diferenças, sejam reais ou imaginárias. Tal concepção estaria à favor da pessoa que o está definindo ou o empregando, em detrimento dos alvos, cujo propósito seja a justificação (social ou psicologicamente) na hostilidade e no ataque. Eles continuam descrevendo a temática, conforme o pensamento do teórico europeu e contemporâneo Albert Memmi (2000:100). Este informa:

Ele continua: “Heterofobia é um termo que designa as muitas configurações de medo, ódio, e agressividade, que a outrem, tentam justificar-se por meios psicológicos, culturais, sociais, ou metafísicos, dos quais o racismo no sentido biológicos é apenas uma instância PATAKI & LEVINE (2004 apud ALLBERT MEMMI).

Retomando as denúncias de Eleonora e Mariana e relacionado-as ao pensamento de Pataki & Levine (2004), delinea-se que esta questão do racismo é uma visão atraente e perspectiva para o senso comum da sociedade, quando esta encara, de forma real, as crenças "inferiorizantes" (ou seja, as crenças de um grupo serem inferiores, em aspecto de importância) como racista, no sentido de racionalizar a vitimização (verdadeira, suposta ou desejada) ainda mais promissora. Pataki & Levine (2004) se referem, novamente, a Memmi e a sua visão de conceber o racismo como uma questão emocional (e volitiva).

Outro autor que fomenta o debate sobre o racismo estrutural na sua perspectiva é Silva de Almeida (2019). O autor apresenta uma reflexão que responde a uma questão pesquisada pela autora: Qual seria a relação entre raça e racismo? O autor, em seu estudo, apresenta a distinção entre preconceito, racismo e discriminação, uma vez que esses termos são compreendidos por algumas pessoas e grupos como sinônimos. Primeiramente deve-se traçar o racismo, na concepção de Almeida (2019), como forma sistemática de discriminação, tendo a raça como parâmetro. Assim, o preconceito deve ser entendido com a construção e definição de um conceito sobre determinada pessoa ou grupo, estabelecida por fatores históricos e sociais. Em suma:

Apreendido o conceito de raça, já é possível falar de racismo, mas não sem antes diferenciar o racismo de outras categorias que também aparecem associadas à ideia de raça: preconceito e discriminação. Podemos dizer que o racismo é uma forma sistemática de discriminação que tem a raça como fundamento, e que se manifesta por meio de práticas conscientes ou inconscientes que culminam em desvantagens ou privilégios para indivíduos, a depender do grupo racial ao qual pertençam (ALMEIDA, 2019, p.22).

Segundo o autor, sabe-se haver relação entre os conceitos, mas tenha-se em mente que o racismo difere do preconceito racial e da discriminação racial. Define-se o preconceito racial, na concepção de Almeida (2019), como o juízo baseado em estereótipos acerca dos indivíduos que pertencem a um determinado grupo racial e que pode, ou não, resultar exatamente em práticas discriminatórias. Neste aspecto: “Considerar negros violentos e inconfiáveis, judeus avaros ou orientais “naturalmente” preparados para as ciências exatas são exemplos de preconceitos”. (ALMEIDA, 2019, 23)

Para tanto, Almeida explica que o conceito de raça não é estático, mas dependente das vigentes relações dos grupos sociais. Muitos autores estudaram e construíram o conceito de raça, sendo de quase todos a conclusão de que a raça serve para garantir o funcionamento de normas sociais.

Almeida (2019) desvela que a discriminação racial é a atribuição de tratamento diferenciado a membros de grupos racialmente identificados. Entretanto, a discriminação em si tem como requisito fundamental o poder, ou seja, a possibilidade efetiva do uso da força, sem o qual não é possível atribuir vantagens ou desvantagens, por conta da mesma raça.

Com isso, autor faz referências, destacando três concepções de discriminação que os indivíduos poder sofrer, a saber:

Assim, a discriminação pode ser direta ou indireta. A discriminação direta é o repúdio ostensivo a indivíduos ou grupos, motivado pela condição racial, exemplo do que ocorre em países que proíbem a entrada de negros, judeus, muçulmanos, pessoas de origem árabe ou persa, ou ainda lojas que se recusem a atender clientes de determinada raça. Adilson José Moreira afirma que o conceito de discriminação direta pressupõe que as pessoas são discriminadas a partir de um único vetor e também que a imposição de um tratamento desvantajoso requer a existência da intenção de discriminar”. Por isso, conclui Moreira que o conceito de discriminação direta é “incompleto” para lidar com a complexidade do fenômeno da discriminação (ALMEIDA, 2019, p.23).

Ao revelar sobre a discriminação indireta, o autor continua em um processo onde os grupos minoritários são ignorados — discriminação de fato —, ou sobre a qual são impostas as regras de “neutralidade racial”, sem levar em conta a existência de diferenças sociais significativas, manifestadas como discriminação pelo direito ou discriminação por impacto adverso. No entanto, as consequências de práticas de discriminação direta e indireta ao longo do tempo levam “à estratificação social” um fenômeno intergeracional, em que o percurso de vida de todos os membros de um grupo social – o que inclui as chances de ascensão social, de reconhecimento e de sustento material – é afetado” (ALMEIDA, 2019, p.24).

Para Almeida (2019), acerca da discriminação, ressalta ser importante dizer que é possível falar em discriminação *positiva*, que por si é definida como a possibilidade de

atribuição de tratamento diferenciado a grupos historicamente discriminados com o objetivo de corrigir as desvantagens causadas *pela discriminação à estratificação social, um fenômeno intergeracional, em que o percurso de vida de todos os membros de um grupo social* – no que inclui as chances da própria ascensão social de reconhecimento e de sustento material que é afetado – causador de prejuízo e desvantagem.

Assim Almeida (2019) é implacável ao defender e discorrer sobre as políticas de ações afirmativas a qual estabelecem tratamento discriminatórios, a fim de corrigir ou compensar a desigualdade – como exemplos de discriminação positiva. Dentro do posicionamento do autor supracitado, ocorre a sinalização que o racismo – que se materializa como discriminação racial – é definido por seu caráter sistêmico, igualmente mencionado por Eleonora em seu depoimento. Nisso, não se trata apenas de um ato declaratório ou mesmo de um conjunto de atos, mas de um processo em que as condições de subalternização, ou mesmo de privilégio se distribuem entre os grupos raciais e se reproduzem nos âmbitos das políticas, da economia e das relações cotidianas.

Logo, referendando-se a todo o debate neste item já trabalhado, deduz-se que estes são frutos das desigualdades sociais de classe antagônicas no capitalismo estrutural da ordem do capital. Estas relações em conflito deixam as suas mazelas que são tratados como problemas sociais individualizando as expressões da questão social, culpabilizando moralmente, baseados no juízo de valor. Esse processo ocorre ainda por meio da alienação do trabalho que acaba separando entre os que podem e os que não podem, contribuindo para a elevação do preconceito contra as minorias, sendo um dos geradores, conforme dados, de transtornos mentais e portador do racismo estrutural de classe.

Porém, de acordo com Código de Ética de 1993, um dos princípios norteador das normas contidas nele tem sua relevância no "exercício do Serviço Social sem ser discriminado e nem discriminar, por questões de inserção de classe social, gênero, etnia, religião, nacionalidade, orientação sexual, identidade de gênero, idade e condição física" (CFESS,1997, p.24). Assim, o código referido se contrapõe ao senso comum, por emio de seu posicionamento contrário a todo tipo de discriminação, seja ela *qual for e/ou como for, ou a quem for*.

Este princípio é fundamental por causa de assegurar os direitos aos assistentes sociais que defendem o respeito às diferenças dos usuários e, no caso do HFI, os pacientes que estão internados. Este princípio norteador também vale-se e valerá para legitimar o respeito aos

outros profissionais, seja de outras categorias diferentes, seja com a própria equipe de Serviço Social.

- g. A supervisão de estágio, a presença do estagiário e as principais dificuldades na atual conjuntura

Quadro 14 - Supervisão de Estágio na atual conjuntura de crise

<i>Entrevistadas</i>	<i>Respostas</i>
BRENDA	<p><i>Eu acho (que) é muito importante, acho que a gente consegue fazer uma troca importante, acho que é uma forma da gente retribuir o que a gente teve na nossa regra da nossa formação NÉ? Assim a gente que estudou em escola pública e em universidade pública é a forma da gente contribuir também com esse feedback com a nossa instituição de formação; acho super válido, (...) que é importante, eu acho que o tempo, o estagiário, além de fazer você renovar um pouco, (...) faz você ter (...) experiências e trocas importantes e acho que ele se aproxima, o profissional da academia, também através da relação com o Estagiário. Então, eu acho super válido, eu acho que assim as últimas (estagiárias) que nós tivemos Né?, iiiii acho que a gente acaba ficando com o vínculo, depois voltam aqui NÉ? Tivemos experiência de uma (universitária) que foi nossa estagiária e se tornou profissional junto com a gente, então é isso.</i></p> <p style="text-align: center;"><i>[...]</i></p> <p><i>Tem diferença, diferença na concepção dos profissionais. Os estagiários chegam aqui cada um com a sua mentalidade, com a sua organização até pelas vivências que tem lá, fora. Então tem diferença sim, claro que quando eles entram no campo de estágio, você acaba mudando uma coisa ou outra, vivendo a realidade da instituição que estão inseridos. Mas e aquilo assim está em formação, estão em aprendizado cada um vai ter a sua visão crítica do que sendo feito ali, uns acho que mudar, e a gente que está em formação que está estudando, e está no Estágio.</i></p>
ELEONORA	<p><i>Bom eu estou adorando, eu acho que o estagiário; uma pena (você) não ter buscado antes, NÉ? de repente eu seria a sua supervisora. (Daiana: (...) cara, vim pra cá pensando, que.... aiii eu lembro dela, quando ela atendeu uma amiga minha eeeee. Nossa, como o mundo era pequeno NÉ?) ELEONORA: acho que é sim, a importância do Estagiário pelas duas partes tanto pro supervisor, porque assim suscita no supervisor uma aproximação do estudo, (porque) você se obriga a voltar a buscar o estudo, o aperfeiçoamento de uma forma que antes ... de uma vez... (não que) você não tivesse preocupação, tomada pelo cotidiano de prática, de exercício e da falta de administração do seu próprio tempo e pelas demandas que a unidade de reivindica. Então, assim, você é obrigado a colocar a supervisão</i></p>

	<p><i>no seu processo de trabalho; isso é visto de uma outra forma. Então você consegue aquilo que antes só te pediam como na operação da Assistência na prática, aí você consegue ter um momento que a gente se aperfeiçoa, aí você se distancia daquela coisa frenética de atendimento. E para o estagiário, eu acho, não só pela formação, porque é obrigatória, mas eu acho que, assim, é ali que você se forma e amanhã sabe. O que você tira do seu estágio é o que você vai compor o seu profissional de amanhã... com as leituras que você fez de observações daquilo que você teve como passagem no estágio. Então ninguém é o profissional diferente daquilo que fez como experiência; você vai ser um pouco daquilo e um pouco dos outros; dos outros supervisores, dos outros profissionais. Então, assim, você vai compondo esse personagem seu profissional, a partir daquilo que você vai observando (...) (e) vai pegando dos outros profissionais, às vezes a gente acha e aí eu posso falar para vocês, às vezes, a gente acha que só o meu supervisor que é responsável pela minha formação; vou te dizer que NÃO é. (Daiana: não é claro que não). ELEONORA: às vezes você aprende muito mais, só olhando o outro, atender o outro, abordar o outro, questionar o outro. (Daiana: Tem um papel muito relevante só ele, mas, os outros saberes também, NEÉ?). ELEONORA: contribuí para discutir, (...) então você percebe, você.... Eu acho fundamental, eu acho que o Estágio ele é imprescindível para formação profissional, sem ele vocês não conseguiriam se tornar um profissional, porque você necessita de ver esta teoria posta em prática, entendeu a diferença? aí, você consegue ver as discussões teóricas do que você faz e como você coloca isso na prática... eee... a partir de uma forma (...) que você trava. E como eu vou falar de marxismo no meu atendimento? NÉ? (Daiana: sabemos que não é bem isso, NÉ?). ELEONORA: e aiii você não vai falar de marxismo, mas a sua prática vai trazer, num processo crítico, que é uma abordagem do marxismo. Então é isso, é a capacidade de desalienar um paciente com a informação e desalienar um profissional de uma formação que você está fazendo. Marxismo é a corrente que você escolheu e esta que você está fazendo. Você é um profissional crítico, você está usando Marxismo. (Daiana: Para refletir, NÉ?, a gente não vai colocar Marx na pessoa, mas a teoria Marxista faz você a realidade com outros olhos e refletir sobre ela.) ELEONORA: Então porque assim, ooo teu comportamento vai vir, a partir do... da sua capacidade teórica de absorção daquilo que você entende e que está próximo daquilo que tenha a ver com o seu projeto. Eu escolho essa abordagem, porque esta abordagem diz muito de uma verdade que eu acredito e é aquela que eu consigo trabalhar NÉ? Assim você consegue exercitar aquilo ali, então não vai ser assim ...aaa... é isso. Então nós temos que criar um né?. Aiii você fica na avaliação completamente equivocada, aí você vai dizer que a teoria é muito distante da prática. Se você acha que isso, que a prática... que isso nada interfere na sua intervenção aiii, você vai ter que estudar de novo.</i></p>
	<p><i>Eu sinto que a academia tinha que estar mais presentes no campo do Estágio do que está atualmente, eu não posso falar que o campo de trabalho não está na academia, campo de trabalho, como eu individualmente, então é "um pulo" na academia e não é o problema. Só que um dos problemas</i></p>

<p>MARIANA</p>	<p><i>nossos que é um sofrimento de frequentado e isso, a academia, deveria ter gerado muito mais situações que estar atualmente, e a gente está vivendo e isso está rebatendo na profissão, entendeu?</i></p> <p style="text-align: center;">[...]</p> <p><i>Olha é bem importante, eu não vejo estagiário atualmente. E vou falar pra você, se chegar na história da Residência, vou ter que deixar de ser supervisora para poder investir mais nisso, porque é outro caminho e tenho que ficar mais atento o que é que acontece. Quando eu falo pra você que avaliei o estagiário em seu local de trabalho, não que... como é que diz? Ahhh que vou dar uma oportunidade. (Expressão de não). Sabe o que mais me incomoda, quando eu vejo um estagiário falando assim: "Eu NÃO ENTENDO POR QUE NÃO ABRE CAMPO DE ESTÁGIO"!!!! Precisa-se tanto. Não é, porque não temos nenhuma obrigação de abrir campo de estágio. Mas o estagiário é bom, na relação da própria questão da academia, desse movimento de pensar a correlação de forças de vocês entenderem essa dinâmica, esse cotidiano, de vocês conhecerem, NÉ?. Isso é muito importante para vocês estarem nesse meio e nessa situação, pra mim, essa questão sem importância que você está. Eu não vou falar 'ahhh! Que estágio é bom que garante enquanto academia', Não são vocês que exclusivamente... enquanto. Por que eu gosto de estágio, em... eu tenho necessidade. Eu falo, até que se tivessem condições, às vezes, até tenho e porque eu não estou com muita disposição.</i></p> <p style="text-align: center;">[....]</p> <p><i>Tá vendo onde vocês estão estagiando, o que está acontecendo com vocês neste campo do mundo do trabalho. Que vocês levam informações que eu não sei quais são, e nem na verdade não me interessa; quais são as informações que vocês levam, eu até estímulo que vocês levem todas, mas lá pra academia, só que a academia não vem pra ver o que anda acontecendo, pegando o Hospital Federal de Ipanema que é aqui do lado da UFRJ, eles não vêm, está entendendo?</i></p> <p style="text-align: center;">[...]</p> <p><i>O movimento que nós sempre fizemos, até lá em Campo Grande, é que o professor vá, o que a academia oferece; já vai ter um encontro ali de Supervisores de Estágio. Tudo bem é interessante; mas eu queria que eles viessem aqui para ver, aaaa "não tem perna?", ou criasse algumas situações pra poder está vendo, estar mais próximo, não aquela. Quando teve um movimento lá, tivemos uma reunião em que eles passaram uma LDB, ou a lei de Estágio, se a gente não lesse a lei de estágio, não estaria aceitando vocês. Acho complicado isso, então estamos sofrendo há uns anos, isso vai desmontando; quem é esse perfil profissional? Houve um crescimento enorme de cursos de Serviço Social e a questão do próprio EAD, mais o EAD, como estou tendo contato muito grande com a questão dos presenciais, o que tenho observado; é claro que tem uma diferença na formação, é claro e nítido, é gritante. Mas o problema também é que está tendo diferença na formação da própria academia.</i></p>
<p>YOHANA</p>	<p><i>Acho ótimo, acho importante, o Estagiário é importante pra gente, porque não só ensina como aprende, eeeee depois de algum tempo de formado, também o estagiário consegue aproximar mais a gente da teoria, da</i></p>

	<i>faculdade e da academia. Eu acho que é muito enriquecedor ter estagiário no trabalho, acho muito importante.</i>
CLÁUDIA	<i>Eu acho que o estagiário é 100% estimulador pra que os profissionais não se acomodem na prática cotidiana; só isso tá bom.</i>

Em relação às entrevistadas, todas, exceto Brenda, são supervisoras de estágio. No entanto, ela contribuiu com este trabalho, respondendo em relação à temática desenvolvida neste subtítulo. Em sua resposta, Brenda relatou sobre a importância do Estado: "*Eu acho que é muito importante, acho que a gente consegue fazer troca importante, acho que é uma forma da gente retribuir o que a gente teve na nossa regra da nossa formação né*"(06/05/2019).

Já Eleonora destacou:

[...] a importância desse processo realizado pelo estagiário em relação às duas partes: do supervisor, por fomentar nele a aproximação da formação continuada, por meio do estudo e do aperfeiçoamento. Já para estagiário esse processo é válido, não apenas pela obrigatoriedade de sua formação, mas também pelo que ele vai levar desse processo para compor, futuramente, o seu perfil profissional (Eleonora, entrevista em 17/04/2019).

Mariana, por sua vez, declarou ser importante a presença do estagiário no local, mas ela não o via no período em que a entrevista foi realizada, em decorrência de seu envolvimento em um projeto em andamento sobre a abertura de Residência no local.

Do mesmo modo, sobre a presença de estagiário em Serviço Social, Yohana considerou sua presença importante para o profissional, pois se ensina e se aprende; sendo ainda este estagiário aquele que aproxima o Assistente Social da teoria, da faculdade e da academia. Em resumo, ela afirmou ser enriquecedor ter estagiário no trabalho.

E Cláudia, de modo sucinto, mencionou que a presença é totalmente estimuladora, a fim de os profissionais não se acomodarem na prática cotidiana.

As falas das entrevistadas convergiram diretamente para a relevância de se ter um estagiário e como a presença dele poderia realmente enriquecer e somar esforços para o aperfeiçoamento, até mesmo dos próprios Assistentes Sociais e como a presença do estagiário poderia suscitar provocações para além da rotina de trabalho. Isso porque:

O estágio supervisionado no curso de Serviço Social apresenta como uma de suas premissas oportunizar ao(a) estudante o estabelecimento de relações mediatas entre os conhecimentos teórico-metodológicos e o trabalho profissional, a capacitação técnico operativa e o desenvolvimento de competências necessárias ao exercício da profissão, bem como o reconhecimento do compromisso da ação profissional com as

classes trabalhadoras, neste contexto político-econômico-cultural sob hegemonia do capital (PNE, 2010.p.14).

Uma pergunta referente à presença do estagiário no Hospital de Ipanema gerou em Mariana um questionamento sobre o distanciamento entre a academia e a prática no Hospital. Acerca de sua visão sobre isso, ela relata:

[...] eu sinto que a academia tinha que estar mais presente no campo do Estágio do que está atualmente, eu não posso falar que o campo de trabalho não está na academia, o campo de trabalho, como eu individualmente, então é "um pulo" na academia não é o problema [...] (29/05/2019).

O questionamento, na fala de Mariana, a seguir: *“eu sinto que a academia tinha que estar mais presente no campo do Estágio do que está atualmente, eu não posso falar que o campo de trabalho não está na academia [...]”*. fez uma indagação que não é só dela, mas uma questão que a universidade enfrenta, que é a ida dos professores (como supervisores de acadêmicos), às instituições onde os alunos/estagiários estão inseridos, estreitando mais a relação entre a academia e o estágio supervisionado.

Destaca-se que esse procedimento advém do processo de formação destes alunos à junção de ensino, pesquisa e extensão. No entanto, esse tem sido mais um dos desafios enfrentados pela universidade pública que vem sofrendo com, há tempos, a precarização das políticas sociais que, em geral, especificamente, no ensino superior rebate diretamente nas instituições públicas.

Mas como a universidade contempla o estágio? No caso do Serviço Social, academicamente, o estágio supervisionado é o momento privilegiado da profissão:

Outro determinante é o estágio como um dos momentos da formação, segundo o PNE (2010) que se institui num instrumento fundamental na formação da análise crítica e da capacidade interventiva, propositiva e investigativa do (a) estudante, que precisa apreender os elementos concretos que compõem realidade social capitalista e suas contradições, de modo a intervir, posteriormente como profissional nas diferentes expressões da questão social (PNE 2010, *Apud* CLEMENTINO, 2018, p. 9.).

Deste modo, aproximando a fala de Mariana sobre o estágio do Serviço Social e o papel da academia neste processo, entende-se que as problematizações supracitadas podem contribuir para o aperfeiçoamento de uma experiência laboral ao estudante, preparando-o para que possa desenvolver pesquisas e projetos de intervenções, na tentativa de somar esforços academicamente para a melhoria do atendimento aos usuários do serviço.

A Política Nacional de Estágio - PNE, 2010. - faz referência à materialização do estágio curricular supervisionado que direciona o universitário, em consonância com os princípios éticos políticos, explicitados no Código de Ética de 1993, aos valores que norteiam a profissão e o projeto ético político do Serviço Social brasileiro. E nesta perspectiva, ressalta-se:

Dessa forma, a defesa da liberdade, democracia, cidadania, justiça, direitos humanos, combate ao preconceito se vinculam a construção de uma nova configuração societária que supere a exploração e as formas de opressão. Não podemos deixar de ressaltar, também, o compromisso com a qualidade dos serviços prestados, a competência e o pluralismo como princípios que precisam se objetivar no cotidiano profissional e nas vivências de estágio. 13 Além dos valores ético-políticos profissionais, outros princípios devem nortear a realização do estágio no Serviço Social, na perspectiva de preservar importantes dimensões do processo formativo. Um desses princípios refere-se à indissociabilidade entre as dimensões teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa, que deve ser garantida na experiência de estágio, evitando a tendência de autonomização da dimensão operativa em detrimento das demais, especialmente quando se trata da vivência no campo ou da supervisão de campo (PNE, 2010. p.13).

Nesse aspecto, com toda sua bagagem teórica metodológica, técnico operativa e investigativa, o estagiário pode cooperar para transformações relevantes que podem ser inseridas pelas Assistentes Sociais, como projeto de intervenção, empreendendo o que realmente assista o local de atuação e promova a ampliação do conhecimento relacionado à sua futura profissão.

Em relação ao comentário sobre a questão de vagas e estagiários, Mariana chama atenção para a seguinte ocorrência: *"Sabe o que mais me incomoda, quando eu vejo um estagiário falando assim: "EU NÃO ENTENDO POR QUE NÃO ABRE CAMPO DE ESTÁGIO!" Precisa-se tanto".*

Para contemplar de modo abrangente essa questão, há a necessidade de que os discentes venham se ater de modo integral a esse processo e a academia à requisição dos estagiários a disposição e a participação ativa de sua capacidade propositiva e interventiva crítica. Neste contexto, a Escola de Serviço Social da UFRJ, apresentou o esforço em aproximar a academia e as instituições que ofereciam vagas de estágio. Observou-se que no percurso dos quatro anos de gestão da professora Prof^a Andréa Maria de Paula Teixeira, enquanto diretora da instituição (2014 - 2019), a supervisão de estágio teve ampliação nos quadros de vagas de estágio para alunos diurnos e noturnos, possibilitando a inserção destes nos estágios profissionais.

Ainda nesta época, o Departamento de Coordenação de Estágio encontrava-se na gestão da professora Gláucia Lelis Alves e da professora Luana Siqueira. As professoras,

entre si, fizeram os espaços deliberativos para construção dos fóruns de estágio e colóquios, onde chamavam todos os supervisores de estágios integrantes do convênio com a UFRJ para debater acerca das vagas de estágios para alunos do turno noturno que eram trabalhadores formais e/ou informais no turno diurno.

Dentre outras, essa era uma das dificuldades que havia na Escola de Serviço Social. Neste ambiente, as professoras promoveram eventos na tentativa de equacionar o problema e realizavam visitas institucionais para angariar abertura de vagas de estágios, além de efetuar parceria de assessoria para o acompanhamento pedagógico. Em relação às vagas de estágio, abrem-se poucas vagas para o estágio acadêmico remunerado na área do Serviço Social e, quando ocorrem, em sua maioria, são oportunidades para estágios não remunerados. Um dado importante, se refere ao perfil do estudante de Serviço Social, principalmente do turno noturno, que são maioria oriundos da classe trabalhadora.

Desse modo, a remuneração torna-se um fator importante, pois majoritariamente, as vagas disponíveis não têm um auxílio, isso coloca *em xeque* a realidade dos estudantes, principalmente aquele que precisa de remuneração para custear sua sobrevivência na concretude da vida. Dentre as determinantes, cita-se a dificuldade de trabalhar ou fazer estágio, este obrigatório e parte do processo de aprendizagem (CLEMENTINO, 2008. p.10).

Para compreender a conjuntura da atual realidade, considera-se o seguinte:

Este processo político-pedagógico constitui-se num momento importante e de atenção às questões conjunturais que complexifica e dificultam esta etapa da formação profissional, tais como: a precarização nos campos de estágio e nas instituições de ensino, pela deficiência de recursos materiais, físicos e humanos, a bolsa-estágio que não condiz com a realidade de estudantes-trabalhadores, a massificação do processo de supervisão acadêmica pelo número excessivo de estudantes, dentre outros. Também se constitui num momento privilegiado para planejar estratégias de operacionalização para o enfrentamento dessa realidade (PNE, 2010.p.15).

Inserida dentro de uma complexa rede de ensino, a Escola de Serviço Social da UFRJ oferece cursos de supervisão de Estágio exclusivo para os Assistentes Sociais e os alunos de Graduação, além dos cursos de extensão profissional somente para os graduandos de Serviço Social. Ao retomar o questionamento de Mariana relacionado ao motivo da universidade não ir aos campos de estágios, entende-se a necessidade mencionada por ela do contato mais próximo dos profissionais com a academia (e vice-versa) nos respectivos espaços sócio-ocupacionais no intuito da troca teórica-prática.

Há uma reivindicação das Assistentes Sociais que também são Supervisoras de Estágios do Hospital Federal de Ipanema para a proximidade da universidade nestes espaços

sócio-ocupacionais, reconhecidos também como espaços de formação dos alunos de Graduação. Por isso, as assistentes sociais carecem da presença das professoras na função de supervisoras acadêmicas para avaliar e cooperar para aprendizagem de seus estagiários, além de contribuir significativamente com os profissionais que são os próprios supervisores dos campos.

Em consideração ao comentário da entrevistada ao fato de a academia não estar muito presente no campo de estágio, recorre-se à última versão do currículo da ESS/UFRJ, apresentando a diminuição da carga horária dedicada ao Estágio Supervisionado. Este fator acarretaria diretamente à visita do Professor aos campos, não ser computado em sua carga horária. Embora a ESS/UFRJ esteja localizada perto fisicamente dos supervisores de campo do Hospital Federal de Ipanema, os supervisores acadêmicos não se fazem presentes, por causa da demanda ser muito grande de campos para visita. Por outro lado, ampliando os desafios, a universidade em si vem enfrentando dificuldades, decorrentes da falta de recursos, inviabilizando, deste modo, qualquer iniciativa na tentativa de deslocamento de seus professores aos campos de estágios, mesmo sendo a localização do mesmo próxima, ou não.

Em outro ponto da entrevista, Mariana apresentou o seu posicionamento acerca das mudanças que a profissão vem vivenciando atualmente no âmbito da formação acadêmica:

[...] Houve um crescimento enorme de cursos de Serviço Social, e a questão do próprio EAD, mais o EAD, como estou tendo contato muito grande, com a questão dos presenciais, o que tenho observado; é claro que tem uma diferença na formação, é claro e nítido, é gritante. Mas o problema também, que está tendo diferença na formação da própria academia. Estou sentido muito o problema, em relação da formação, e aí junta até o local do espaço e que eu saí, essa questão da própria proximidade e como também pensar assim, precarização tem uma diferenciação, que é a própria reprodução da nossa da força de trabalho em relação o que nos é oferecido, porque o Serviço Social é nossa força de trabalho e sempre é por última, o aperfeiçoamento, as especializações e os cursos, o que é oferecido para nós, para livre acesso em relação a isso, não tem tantas questões e possibilidades, entendeu? Por que essa proximidade gera, por que vocês levariam problema que a universidade poderia propor, via extensão. Que o campo está aberto e aí?(Mariana, entrevista em 29/04/2019).

Mariana evidencia, em sua fala supracitada, uma das mudanças acerca da formação acadêmica do Serviço Social e demonstra preocupação importante com a própria formação acadêmica de qualidade presencial e se posiciona sobre a formação do Ensino a Distância e sua expansão, os chamados cursos EAD. Segundo CFESS (2014), a modalidade EAD, vem sendo largamente utilizada pelo setor privado da educação que tem o seu objetivo de expandir os seus negócios, com maior lucratividade, significando menor aporte de recursos e assim

possibilitar ao capital o novo mercado visado, que é o mercado educacional em municípios que, até então, não era explorados, como exemplifica a citação, a seguir:

Ademais, sendo o objetivo a lucratividade, compreende-se por que os cursos de graduação em pedagogia, administração e serviço social são os mais explorados do ponto de vista comercial: exigem poucos investimentos e garantem rápida lucratividade, o que já indica uma formação fragilizada para o público 'consumidor' dessa modalidade formativa. Ou seja, as empresas educacionais – por meio do EaD – garantem muitas matrículas (e mensalidades escolares) sem precisar contratar tantos/as docentes, com a contratação de muitos/as tutores/as, que geralmente têm vínculos trabalhistas precários e baixos salários (CFESS, 2014. p.22)

Em consonância com a fala de Mariana, o CFESS (2014) em seu documento que analisou a situação dos EAD em 2014, destaca também os seus impactos na formação profissional de graduação em Serviço Social. Foi realizada uma coleta de dados sobre estes temáticos organizados pelos conjuntos CFESS/CRESS, e as demais entidades como Executiva Nacional de Estudantes em Serviço Social – ENESSO, Associação Brasileira de Pesquisadores em Serviço Social – ABEPSS, que se mantém na defesa intransigente de uma formação profissional qualificada, pautada nas diretrizes curriculares da ABEPSS. Devemos ressaltar ser de fundamental relevância a ação destas entidades de Serviço Social, direcionadas à formação profissional em sua interface com exercício profissional, que está interligada com uma novidade, mas nem se relaciona diretamente com o aparecimento dos cursos de Serviços Social na modalidade EAD, funcionamento somente a partir do ano de 2006 no país.

Outra preocupação de Mariana é o momento do Estágio Supervisionado, pois no sistema EAD, inclui todas as modalidades demonstrando no conjunto da categoria profissional - no que inclui a interlocução com os discentes, docentes e tutores/ inseridos nas modalidades EAD. A apreensão se dá quanto à formação de qualidade desses mesmos profissionais de Serviço Social que mais tarde estarão inseridos nos espaços sócios ocupacionais e a inviabilidade de acompanhamento desses discentes no momento do estágio supervisionado.

Neste contexto, a Política de Estágio da Escola de Serviço Social - (PE-ESS) de 2018, (PE-ESS.2018.p.5), já dava sinais acerca dessas modalidades EAD:

Esse caráter meramente executivo em que o trabalho do serviço social é requisitado, expressa as mudanças institucionais requeridas no neoliberalismo, tais como a “flexibilização das relações de trabalho” e a desproteção do trabalho produzido nesses processos. No que tange a formação profissional, a mercantilização da educação superior, com ampliação da Educação privada, principalmente à distância

e sucateamento das instituições públicas, geraram novos desafios para o conjunto dos assistentes sociais. Em resposta a esta conjuntura, entidades representativas de Assistentes Sociais.(Conjunto CFESS/CRESS, ABEPSS, ENESSO) produziram normatizações que visavam impedir a desqualificação da formação profissional, além de priorizar medidas capazes de potencializar a organização de Assistentes Sociais.

Mariana, em sua fala, também cita as modificações da LDB e na Lei do Estágio. Ela ainda menciona as implicações vividas pelo profissional que lida com todas as adversidades por ser também um co-formador do estagiário. Por isso a necessidade da Universidade em criar extensão neste sentido. De um modo geral, A entrevistada discorre sobre o EAD, em sua opinião a formação virou mercadoria e, por conta disso, tende-se a redobrar a preocupação nos seguintes aspectos: 1) Sobre a problematização de como o profissional está sendo formado; 2) O modo como é feita a supervisão de estágio do discente; e 3) Como as categorias profissionais se posicionaram diante a proposta do EAD.

Especificamente, IAMAMOTO (2000) analisa as mudanças sociais e históricas que circunscrevem a sociedade contemporânea e ultrapassam o universo profissional. Isso leva, inevitavelmente, a perceber as configurações e as novas requisições do trabalho, fatores que atingem diretamente as relações trabalhistas, o conteúdo da própria atividade profissional do Assistente Social, suas atribuições, as funções inerentes e as requisições de qualidade de seus serviços. Neste ponto, ressalta-se que esse profissional é um trabalhador assalariado, destacado na citação, a seguir:

O Assistente Social é um (a) trabalhador (a)/ assalariado(a)/qualificado, que depende da venda de sua força de trabalho especializada para obtenção de seus meios de vida, objetivação dessa força de trabalho qualificada enquanto atividade (e/ou trabalho) ou como no âmbito de processos e relações de trabalho organizados por seu trabalho profissional. Assim, as alterações que incidem “no mundo do trabalho, no marco nas relações entre Estado e sociedade – que tem resultados em suas radicalização da questão social – que atinge diretamente o trabalho no cotidiano dos assistentes sociais” (IAMAMOTO, 2000, p.46).

Os profissionais, como diz RAICHELIS (2011), são agentes profissionais contratados pelas instituições empregadoras no mercado de trabalho, onde o trabalhador vende a sua própria força de trabalho especializada e depende de seus próprios instrumentos de trabalho inerentes, como os Assistentes Sociais postos em disposição da própria instituição empregadora.

Pode-se dizer que as tensões na relação das Assistentes Sociais entrevistadas eram consequência da correlação de forças na instituição. IAMAMOTO (2000, p.50) aborda essa

temática, afirmando que essas tensões presentes no Serviço Social dizem respeito à dupla armadilha de poder:

Uma dupla armadilha pode envolver a análise da relação entre questão social e Serviço Social quando as múltiplas e diferenciadas expressões da questão social são desconectadas de suas comuns, desconsiderando os processos sociais contraditórios na sua totalidade que as criam e transformam (IAMAMOTO, 2000,p.53).

O regime de trabalho de profissionais, que são contratados de forma precária, terceirizados, flexibilizados pela dinâmica de atendimentos constante da instituição, levando assim à precarização da vida desses trabalhadores. Em consequência, as relações em equipes tendem a ser hostis, tensionadas pela própria instituição ou entre a própria relação de trabalho. Em contrapartida, os assistentes sociais como servidores:

[...] Os assistentes sociais, enquanto funcionários públicos vêm sofrendo os efeitos deletérios da Reforma do Estado na órbita do emprego e a precarização das relações de trabalho. É impossível isolar a análise do trabalho do assistente social de suas condições e relações de trabalho visto que o salário, a natureza dos contratos — seu caráter temporário ou indeterminado, incorporando ou não direitos previdenciários e trabalhistas —, os recursos disponíveis, as formas de organização e gestão da força de trabalho etc. afetam o conteúdo e as possibilidades de execução do próprio trabalho (IAMAMOTO, 2000.p.62).

Ao problematizar estas questões do trabalho do Assistente social na contemporaneidade e pensá-lo como parte da classe trabalhadora que vende a sua força de trabalho, observam-se os dilemas e os constrangimentos a que estão submetidos, sendo proporcionados pela ambiência de trabalho. É neste universo que Racheilles (2011) chama atenção para o ponto da centralidade da classe trabalhadora na produção capitalista e dos inúmeros estudos sobre os impactos da reestruturação produtiva nas relações e condições de trabalho desta classe.

Frente à realidade, no âmbito profissional, a entrevistada Mariana acrescenta:

Estou sentido muito o problema em relação da formação e aí junta até o local do espaço e que eu saí com essa questão da própria proximidade e como também pensar assim, precarização tem uma diferenciação, que é a própria reprodução da nossa da força de trabalho em relação o que nos é oferecido, porque o Serviço Social é nossa força de trabalho e sempre é por última, o aperfeiçoamento, as especializações e os cursos, o que é oferecido para nós para livre acesso. Em relação a isso não tem tantas questões e possibilidades, entendeu?

Em concordância com a fala da entrevistada Mariana, RAICHELIS (2011) complementa:

[...] o assistente social analisa (e indignado) frente à exploração e ao desgaste a que são submetidos os trabalhadores assalariados, mas estabelecendo com estes uma relação de exterioridade e de não pertencimento enquanto um segmento desta classe (RAICHELIS, 2011. p.426).

Mariana demonstra preocupação acerca dos discentes, enquanto estagiários, sobre os seus relatos do que está acontecendo no campo de estágio, ou o que eles estão levando desse contexto para academia como agente contribuidor para sua formação profissional. Neste ponto, ela ressalta a importância do estreitamento da academia sobre essa etapa da formação.

[...] Tá vendo onde vocês estão estagiando, o que está acontecendo com vocês neste campo do mundo do trabalho. Que vocês levam informações que eu não sei quais são, e nem na verdade não me interessa; quais são as informações que vocês levam, eu até estímulo que vocês levem todas, mas lá pra academia, só que a academia não vem pra ver o que anda acontecendo, pegando o Hospital Federal de Ipanema que é aqui do lado da UFRJ, eles não vêm, está entendendo?(Mariana, entrevista em 29/04/2019).

Há uma apreensão da parte dos profissionais, quando se tem um estagiário sob sua responsabilidade, sobre o que os discentes falam a respeito de sua atuação profissional e até do seu acompanhamento, enquanto supervisor. Os estagiários, por sua vez, apresentavam sempre o comportamento como chamamos de *defensores ou fiscalizadores do código de ética*. Sendo essa uma postura que muitos estagiários têm quando entram na instituição. Mariana menciona sobre o movimento em relação ao incentivo aos professores da visita em campos de estágios em Campo Grande, local onde a mesma também trabalha:

[...] O movimento que nós sempre fizemos, até lá em Campo Grande, é que o professor vá, o que a academia oferece; já vai ter um encontro ali de Supervisores de Estágio. Tudo bem é interessante; mas eu queria que eles viessem aqui para ver, aaaa "não tem perna?", ou criassem algumas situações pra poder está vendo, estar mais próximo, não aquela (Mariana, entrevista em 29/04/2019).

Sob a ótica de estagiários na instituição de saúde, é notório nas falas de Yohana e Brenda que a presença do estagiário no HFI é rica e profícua. Não somente pela presença do Estagiário, mas também que, através dele, haverá um diferencial no processo de ensino/aprendizagem também por meio do supervisor, pois a sua contribuição é necessária para uma prática reflexiva e construtiva evidenciado na fala de Brenda:

Tem diferença, diferença na concepção dos profissionais. Os estagiários chegam aqui cada um com a sua mentalidade, com a sua organização até pelas vivências que tem lá, fora. Então tem diferença sim, claro que quando eles entram no campo de estágio, você acaba mudando uma coisa ou outra, vivendo a realidade da instituição que estão inseridos. Mas e aquilo assim está em formação, estão em aprendizado cada um vai ter a sua visão crítica do que sendo feito ali, uns acho que mudar, e a gente que está em formação que está estudando, e está no Estágio. E a gente tem

muito aquela visão assim se fosse comigo eu não faria isso, né? Assim, faria de uma outra forma, eu acho que tem que ser assim, quando a gente estar em estágio a gente é muito crítico em relação a isso, aaaaaa a gente acaba sendo, porque isso neeee, quando a gente faz diário de campo a gente larga a mão, né? o que não sei que. A Supervisora fez isso e fez aquilo outro. Que não era o papel do Serviço Social e tralalalá. E isso porque nós estamos no lugar entre as aspas de conforto (Brenda, entrevista, 04/04/2019).

Instrumento dos estagiários, os diários de campo foram fundamentais para repensar a prática do Serviço Social do HFI. A documentação da ação dos profissionais, Assistentes Sociais, em campo é uma necessária práxis, pois é através dela que teremos a sistematização da intervenção que se desenvolve tanto o processo investigativo sobre a realidade social, quanto nós, os sujeitos envolvidos. Isso porque o processo de intervenção profissional tem aí seus marcos orientadores para ações profissionais articuladas, em diferentes processos de intervenção, mas também tem na articulação entre os mesmos processos. Sabe-se que as análises e/ou diagnósticos sobre a realidade e sobre as demandas da própria população atendida estarão presentes na documentação do Serviço Social (LIMA; MIOTO; PRÁ, 2017, p2).

É no diário de campo que o estagiário sistematiza tudo desde o primeiro dia de estágio a um simples atendimento. Este é um instrumento capaz de possibilitar “o exercício acadêmico na busca da identidade profissional”, à medida que, através de aproximações sucessivas e críticas se reflete sobre a ação do cotidiano do trabalho, por exemplo, do supervisor de campo. O que se faz no campo de estágio é explicitado, e até mesmo discutido nas aulas de Orientação e Treinamento Profissional. Para uma análise crítica propositiva, articula-se o que o supervisor sinaliza com os textos acadêmicos. Assim, a documentação pode ser considerada como um dos elementos constitutivos da ação profissional, uma vez que ela lhe dá materialidade de comprovar a realização da ação dos sujeitos, familiares, ou de reuniões, palestras e assembleias. Em resumo sobre o diário de campo, pode-se dizer que:

E um documento que apresenta tanto um caráter “descritivo- analítico”, como também um caráter “investigativo e de sínteses cada vez provisórias e reflexivos”. É uma fonte inesgotável de construção. Desconstrução, e reconstrução do conhecimento profissional e do agir através de registros que são de suma relevância. Logo, os textos destas autoras e um colírio para os olhos para esclarecer a crítica de Brenda sobre a utilização do diário de campo e sua importância (LIMA & MIOTO; PRÁ, 2017, p.3).

O local de estágio permite a sistematização e a continuidade das ações, que configuram a prática do Assistente Social. Essa vivência no estágio demonstra que estar no campo de atuação e aprender com o co-formador, que é o supervisor, é uma parte privilegiada

na formação, conforme afirma MEDEIROS (2016). É neste momento que irá aprender o que se faz, porque faz e para quê faz. Em um dado momento, Brenda exemplifica a prática do profissional, destacando a importância do estagiário ao analisar, fundamentada nas teorias aprendidas, a atuação do assistente para não ter um olhar fiscalizador, mas sim equilibrado com a teoria e a prática. Sua fala que não se encontra no quadro: *Supervisão de Estágio na atual conjuntura de crise*, foi acrescentada, a seguir, para demonstrar o seu posicionamento e agregá-lo ao debate científico:

Aí a pessoa não faz amanhã, vai voltar aqui vai dizer: eu não consegui, eu não tenho internet, minha vizinha não estava em casa... eeee a minha vizinha quer fazer e não fez e, já deu e tudo, é uma complicação entendeu? Mas é uma situação privativa do Serviço Social, não; mas naquela relação que você tem, você acaba fazendo algumas coisas que não são inerentes à profissão. Que você, no estágio vai falar mais disso, aaaaa não é pra está fazendo isso, aaa, mas não tinha que estar se envolvendo com isso.[...] Eu acho que teoria e prática andam juntas, e nesse momento [...] você tem que refletir. Tudo o Marxismo vai colocar na obra marxista e de você ler e de pensamento de totalidade, para refletir sobre os fenômenos que estão acontecendo. Então, no caso da relação do código de ética eeee ele serve como um norteador para que você faça as suas ações, não que possa ficar naquela posição do fiscalizador, aparece muito entre os alunos, quando já entram ou se insere como fiscalizador (Brenda, entrevista em 04/04/2019).

Unindo vivência e prática no campo de atuação, quando a autora ingressou no HFI estava no último nível de estágio, de Orientação profissional nível IV – OTP, neste período, teve a oportunidade de presenciar a potencialidade do HFI nas áreas de avanço para pesquisas, crescimento intelectual e profissional, sendo uma instituição federal com uma estrutura que havia ali e que não se vê em outro lugar. Houve a expectativa de entender, na prática, o já mencionado: O que o Serviço Social faz; por que faz e pra quê faz, no âmbito da saúde.

Por ser um hospital de nível terciário que possui considerável estrutura, a autora percebeu o trabalho articulado do Serviço Social para a promoção, prevenção, educação e saúde dos pacientes. Como exemplificação, cita-se uma oportunidade em que as supervisoras de campo atenderam um convite do Fórum de Furnas para ministrar uma palestra. Na ocasião, as palestrantes discorreram sobre métodos contraceptivos e saúde reprodutiva - Prevenção às Infecções Sexualmente Transmissíveis - (ISTs) - para as refugiadas da África, em um dos galpões culturais situado na região portuária do Rio de Janeiro.

Outra Participação da autora, enquanto estagiária, foi à visita ao Clube do Fluminense, em Laranjeiras (Rio de Janeiro) no ano 2017, junto com Yohana e Mariana, participantes de um projeto de educação e Saúde para os jovens atleta dos clubes cariocas do Rio, abordando assuntos sobre planejamento familiar, educação sexual, saúde dos Homens e cuidados com corpo. Essa ocasião para a autora foi uma oportunidade de aprender sobre uma

iniciativa profícua do Serviço Social do HFI na articulação com a sociedade para educação e saúde.

Isso corrobora com o pensamento de Santos (2012) sobre dimensões teórico - metodológicos, pois segundo ela será através da categoria de totalidade que se poderá ter elementos para conduzir palestras, ou seja, com embasamento ético - político, técnico - operativo nos trabalhos que envolvem o Serviço Social.

Por outro lado, reafirmando o que já fora mencionado, sabe-se que a prática não se pode distanciar da teoria, a saber, não se pode ficar só no “fazer”, sem refletir sobre os fenômenos e ou até permitir se alienar ao processo produtivo e reprodutivo do capital. Sobre isso, Medeiros (2016) afirma: o estagiário ao ficar “*Na ânsia de descobrir 'para que serve o Serviço Social na prática' ou de 'aplicar os conhecimentos que adquiridos em sala de aula, acaba na realidade vivida entre estagiário e supervisor de campo o movimento sempre de apresentar como parte privilegiada a "prática" em relação à supervisão. É ali que se contrapõe o que se diz: “na prática a teoria é outra”. Para autora:*

[...] recorrência em privilegiar a prática como momento do “aprender fazendo” é um tipo de pensamento próprio da razão instrumental burguesa que incorporou ao saber. a ideia de utilidade, e daí decorrer o erro de buscar dar uma “aplicabilidade prática” às teorias os conceitos “aprendidos” em sala de aula, pois só útil o que aplicável, que na visão da autora gerar resultados, numa profissão que é interventiva e como é o Serviço Social, que apresenta à necessidade de criar mitologias através de exigências às ações profissionais na qual geram resultados objetivos, e de tal ideia se ancora com bastante facilidade se não se fizer uma leitura crítica da realidade e dos fundamentos da profissão (MEDEIROS, 2016, p.351).

Essa concepção de Medeiros (2016) concorda com o pensamento de Guerra & Forti (2013), pois as autoras seguem o mesmo conceito sobre teoria e prática de modo reflexivo e propositivo, a fim de contribuir para o adensamento do debate em relação à teoria e prática na profissão. Desse modo, saberes vão sendo desenvolvidos em torno da dimensão teórico-prática, do técnico operativo e do ético-político da profissão, como forma de ser e de constituir sua imagem social.

As Diretrizes Curriculares da ABEPSS (1996) esclarecem sobre as atividades indispensáveis e integradas ao currículo. *O Estágio Supervisionado e o Trabalho de Conclusão deve ser desenvolvido ao longo da estrutura curricular e a partir do desdobramento das matérias e seus componentes curriculares.*

Estágio Supervisionado: É uma atividade curricular obrigatória que se configura a partir da inserção do aluno no espaço sócio-institucional objetivando capacitá-lo para o exercício do trabalho profissional, o que pressupõe supervisão sistemática. Esta supervisão será feita pelo professor supervisor e pelo profissional do campo, através da reflexão, acompanhamento e sistematização com base em planos de

estágio, elaborados em conjunto entre Unidade de Ensino e Unidade Campo de Estágio, tendo como referência a Lei 8662/93 (Lei de Regulamentação da Profissão) e o Código de Ética do Profissional (1993). O Estágio Supervisionado é concomitante ao período letivo escolar (ABEPSS, p.19.1996).

Ao analisar as diretrizes curriculares, volta-se ao ponto que Medeiros (2016) e Guerra & Forti (2013) elucidaram sobre o momento crucial da formação. Nisto se inclui o Estágio Supervisionado, como período decisivo de aprendizagem teórico-prático do trabalho profissional, tendo como carga horária mínima de 15% da carga horária do curso de graduação (2700 horas)”. (ABEPSS, 1998 p.20).

O pragmatismo na formação profissional e no estágio em Serviço Social na prática se refere às atividades cotidianas realizadas pelos assistentes sociais nas instituições. Mas os efeitos do pragmatismo, que deitou as suas raízes no irracionalismo e no positivismo, está presente na história recente da profissão e influenciou o Serviço Social, principalmente durante o processo de renovação da profissão. Medeiros (2016), citando Netto (2010), em sua obra *Ditadura e Serviço Social* vai tratar dessa concepção no interior do Serviço Social dentro do contexto da perspectiva modernizadora e o conservadorismo, que tinha objetivo de buscar dar à profissão um *corpus* técnico-operativo integrador, dinamizador e interveniente da proposta desenvolvida.

Medeiros (2016) discorre que o pragmatismo é como vertente do pensamento conservador que fertiliza e fortifica o projeto capitalista, quando se advoga em defesa de uma concepção que é verdadeira e se for útil, sendo que a utilidade vai estar na capacidade de resolutividade e de êxito na própria aplicabilidade. A perspectiva histórica dessas duas correntes ideológicas, acrescenta:

[...] com a influência do positivismo e do pragmatismo na formação profissional em Serviço Social no período que vai dos anos 1930 até 1950, é eminentemente marcada e voltada para a lógica do treinamento de pessoal para dar respostas imediatas às demandas provenientes das desigualdades originadas no sistema capitalista, que imita o modelo americano, que tinha no assistencial, o discurso da modernização da profissão, implicando na própria valorização do uso de instrumentos e técnicos e a formação profissão direcionados à aprendizagem na formação do Assistente Social (MEDEIROS, 2016, p.353).

A cisão entre teoria e prática presente no processo de modernização conservadora tem ênfase na dimensão interventiva da profissão, tendo como consequência o empobrecimento da profissão que, por sua vez gerou, a partir da interconexão da razão instrumental, denominado por Medeiros (2016) citando Guerra (2000) de metodologismo e instrumentalidade. Para tanto, Medeiros (2016) amplia o assunto, afirmando que essas tendências se apresentam de três formas, fazendo parte da constituição da profissão em dado momento histórico de sua

gênese: a defesa do Serviço Social, enquanto técnica social; buscava dotar o Serviço Social de cientificidade e conferir um ar de modernidade à profissão, a partir da adoção de modelos de intervenção profissional, valorização aos procedimentos técnico-instrumentais.

E ainda, tem-se a maneira de conceber o instrumental técnico do Serviço Social, considerado como conjunto de instrumentos e técnicas neutros que devem ser direcionados pela visão de mundo do assistente social e de acordo com suas finalidades, ao mesmo tempo em que os instrumentos direcionam o agir do profissional. Esta concepção pragmática fornece uma "teoria prática", na qual o instrumento técnico ganha vida e a submissão à vontade dos sujeitos na formação profissional.

Medeiros (2017) afirma que naquele momento histórico da formação profissional, à princípio, estava voltada para o “ensinar a fazer”, perspectiva que foi potencializada com as demandas aumentada por assistentes sociais com a criação das instituições por parte do Estado na década de 1940, no momento que exigia profissionais com técnicas qualificadas para operarem as o Serviço Social de caso e de grupos, no qual tinha um objetivo de e a eficácia da ação profissional. O cunho educativo vigente recebia as influências do escolanovismo, enfatizando a ideia de que o aluno aprende melhor aquilo que ele mesmo faz, ou seja, valoriza-se “aprender fazendo”, que era o pensamento da época, explícito hoje, quando se traz para o debate do estágio na profissão e discutimos os rumos para agora na atual conjuntura de crise.

Medeiros (2016) comenta no tocante à perspectiva marxista e suas contribuições para formação e estágio em Serviço Social. O debate acerca da relação teoria e prática como uma unidade dialética, relativamente é recente, no âmbito da profissão de Serviço Social, que se aproxima das fontes legítimas da teoria de Marx, iniciada na década de 1980 e, mais efetivamente, disseminada nos anos de 1990 em diante. No entanto, a proximidade entre Serviço Social e a concepção de Marx foram se delineando no decorrer das décadas anteriores:

A gênese, no entanto, da aproximação da profissão com a teoria marxista, ainda que de forma enviesada, se dá ainda no final dos anos de 1960, início dos anos de 1970, com significativas repercussões no seio profissional, como veremos a seguir. Nas décadas de 1960/70, diante das efervescências político-culturais da época, parcelas de assistentes sociais reivindicavam novos padrões teóricos e culturais, critica-se a funcionalidade da profissão ao capital e a perspectiva metodológica adotada a partir da proposta modernizadora que potencializou o tradicionalismo e o conservadorismo (MEDEIROS, 2017.p 354).

Observa-se que o breve apanhado histórico realizado no presente estudo está em conformidade ao que se refere ao praticismo e à imediatividade. Na realidade vivenciada no

Hospital Federal de Ipanema, foi verificado que houveram casos de novos estagiários, assim que chegavam ao hospital, logo após a segunda semana de estágio já realizavam o acesso aos prontuários dos pacientes e preenchimento dos mesmos. Entende-se que existem níveis de aprendizagem, sem ser etapista, visualizando os níveis de aprofundamento.

Para isso, a disciplina Orientação Treinamento Profissional (OTP) aborda sobre a existência do nível 1 que é o momento em que o estagiário realiza as observações para conhecer a instituição na qual foi inserido, no que chamamos de OTP-1, esse é o momento em que os estagiários têm os seus primeiros contatos com a instituição em si. Cada etapa do processo de seis meses é marcada pelas observações que envolvem a rotina de trabalho do serviço social no âmbito da saúde, em caso de hospital. Os estagiários têm contato com o hospital e com os instrumentos com os quais os profissionais lidam nas demandas cotidianas das expressões da questão social.

Ao final desse processo os estagiários de Nível 1 ou de nível de transição (para alunos oriundos de outros espaços sócio-ocupacionais) são indicados para fazerem a Análise Institucional como forma de avaliação acadêmica. Somado a isto, a Coordenação de Estágio aplica a avaliação do estagiário para que o Supervisor de campos avalie a conduta do estagiário na instituição. Notou-se, entretanto, que havia estagiários no HFI que já estavam realizando atendimento depois da terceira semana, embora estivessem em OTP-1. Já a disciplina OTP-2 se refere ao conhecimento do perfil dos usuários atendidos por aquela instituição, analisando os indicadores, cor, raça, local de moradia, se se dispõe de auxílio transporte ou não, se são atendidos pelos médicos assistentes, entre outras.

A compreensão das dimensões técnico-operativa, ético-político e teórico-metodológico são importantes na OTP-3, pois o estagiário começa a fazer os atendimentos dos pacientes e de seus acompanhantes, sempre com o Supervisor ao lado para dar o suporte necessário. É neste nível, também, que o estagiário tem o acesso ao portal E-SUS, informatizado (portal que se faz o preenchimento dos prontuários, eletrônicos, e acompanhamento das evoluções, dos procedimentos feitos pelos outros profissionais). Além de realizar as visitas aos pacientes que estão internados nos devidos andares do hospital.

Nesta etapa, o estagiário aprende a como analisar e construir o projeto para inserção na instituição. Ainda nessa fase, o discente proporá o projeto de intervenção. Finalmente, em OTP-4 se dá a análise e monitoramento do programa de projeto inserido na instituição e análise de dados.

Portanto a “queima dessas etapas” incorre no risco do estagiário transformar-se em um mero tarefeiro, não refletindo sobre os casos com profundidade. As participações nas atividades de avaliação de Supervisor de campo propostas pela Escola de Serviço Social eram, no caso específico entre um estagiário e o seu supervisor de campo foi realizado, conjuntamente, entre os dois, a discussão da avaliação ponto a ponto, a partir dos critérios definidos pela academia. O diálogo foi construtivo e houve um momento particular de debate durante a condução da avaliação, acerca das especificidades do estagiário no ambiente de estágio. São nestes momentos que se reproduzem os jargões “na prática a teoria e outra”.

Somando-se a isso, reporta-se à automatização dos afazeres profissionais dos encaminhamentos para atender a população, como uma das formas que esse profissional teve que encontrar para atender minimamente às demandas das expressões da questão social, a fim de não deixá-las sem respostas. Este cenário neoliberal de exploração massiva dessas trabalhadoras e de seu cotidiano exaustivo e alienado dentro processo da lógica massificada do capital contribui para a rotinização, até mesmo, das relações sociais com a própria equipe e de afazeres. Isso acaba concorrendo para o afastamento de uma parcela destes profissionais das teorias de totalidades, apreendidos na academia.

A partir daí que se reproduz o seguinte discurso nas palavras da autora:

É aí que se reproduz o discurso tão pronunciado entre alguns profissionais e também estudantes de Serviço Social: de que o curso de Serviço Social tem muita teoria, mas que não tem aplicabilidade nenhuma no cotidiano institucional. Queixam-se de o curso não ensinar o como fazer, principalmente a utilizar os instrumentos e técnicas com as quais se deparam na instituição. Criticam a teoria marxista por não ter uma aplicabilidade prática. Cria-se uma cisão entre teoria e prática, e entre os que pensam e os que executam. Tal divisão cria duas vertentes de conhecimento: de um lado o teorismo e de outro o praticismo, criando graus de hierarquia entre teoria e prática (MEDEIROS, 2016, p.353).

Logo, Eleonora emite sua reflexão sobre esse complexo ambiente de trabalho e de estágio e a suas relações com os sujeitos sociais inseridos neles:

Eu acho fundamental, eu acho que o Estágio ele é imprescindível para formação profissional, sem ele vocês não conseguiriam se tornar um profissional, porque você necessita de ver esta teoria posta em prática, entendeu a diferença? aí, você consegue ver as discussões teóricas do que você faz e como você coloca isso na prática... eee... a partir de uma forma (...) que você trava. E como eu vou falar de marxismo no meu atendimento? NÉ? (Daiana: sabemos que não é bem isso, NÉ?). ELEONORA: e aiíí você não vai falar de marxismo, mas a sua prática vai trazer, num processo crítico, que é uma abordagem do marxismo. Então é isso, é a capacidade de desalienar um paciente com a informação e desalienar um profissional de uma formação que você está fazendo. Marxismo é a corrente que você escolheu e esta que você está fazendo. Você é um profissional crítico, você está usando Marxismo. (Daiana: Para refletir, NÉ?, a gente não vai colocar Marx na pessoa, mas a teoria Marxista faz você a realidade com outros olhos e refletir sobre ela.) ELEONORA: Então porque assim, ooo teu comportamento vai vir, a partir do... da

sua capacidade teórica de absorção daquilo que você entende e que está próximo daquilo que tenha a ver com o seu projeto [...] (17/05/2019).

Analisar as novas formas de precarização do trabalho se constata que essas também perpassam pelo sofrimento das próprias profissionais e até dos estagiários. Ferreira (2009) sobre esse ponto declara o respeito às pessoas que sofreram assédio moral no âmbito do trabalho, destacando as pessoas que sofreram crueldade humana. Além disso, questiona as relações de trabalho pré-estabelecidas na Pós-modernidade. As práticas de assédio moral e servidão do trabalho vêm invadindo o mundo do trabalho, com efeitos devastadores na vida dos trabalhadores.

Ao perder um jeito de sorrir, uma parte do sujeito de perder. O autor vai desvelando o processo de transformação, de fonte de emancipação para fonte de servidão. Como servidão, exerce a função de aprisionar o trabalhador nas armadilhas da perversão, mantendo a patologia como sustentação do vínculo psíquico com os modos de gestão da organização do trabalho. Com este vínculo tem lugar para violência e o assédio. As armadilhas da servidão voluntária são modos perversos de excluir o trabalhador da sua condição de alteridade. Com isso, o sujeito se fragilizar e se torna exposto às mais diversas práticas de crueldade, entre elas o assédio moral no trabalho (FERREIRA, 2009. p.11).

Para o prosseguimento da análise, foram acrescentadas, a seguir, trechos da fala de Eleonora, que não constam no quadro: *Supervisão de Estágio na atual conjuntura de crise*, em resposta ao questionário para demonstrar o seu posicionamento e objetivando contribuir para o estudo científico. Sobre os impactos negativos da precarização do trabalho dos assistentes sociais que podem afetar, inclusive, a saúde do estagiário durante a sua prática no estágio supervisionado, como o seu adoecimento, Eleonora declara:

[...] eu adorei esta sua pergunta, acho bastante provocativa você, sabe eu acho que deve ser uma das... mas vou te responder sobre isso, [...] eu não vou me omitir, eu vou te responder; todas as perguntas que você fizer eu vou responder. Então (de) todas as formas, eu acho que sim, não foi uma vez, foi mais de uma vez, eee fiquei muito entristecida (com) o que vi. E não consegui, de alguma forma, tentar proteger esse estagiário desse tipo de assédio. Eu vou dizer pra você uma coisa, de uma sinceridade única, você sabe como é o supervisor, aí eu passei a pensar nessa questão de supervisão, exatamente por aquilo que eu vi acontecer aqui. Então, assim, dentro de todo âmbito profissional, eu percebi que tinha muito a contribuir com o estagiário, iiii, porque eu acho que é fundamental na formação dele (do estagiário), entender algumas coisas que vai acontecer, eu acho que o estagiário, apesar de estar com poder aí, muito também... muito reduzido no processo, eu acho que podia ter, inclusive, ter ido às vias de fato mesmo, a ter feito uma denúncia no CRESS. Por algumas coisas que eu vi, eu acho que deveria ter sido sim (feita a denúncia), porque eu acho que a gente deveria sair da zona de conforto, a gente precisa assumir que a gente erra eeee, a gente não tem poder nas nossas mãos, não é só o supervisor, senão só reproduz o poder que me faz também ser alienado. Então eeee, eu acho que assim, coisas importantes aconteceram, eeee, que não deveriam ter acontecido. Entendeu que isso pode ter gerar impacto, pode gerar trauma, pode gerar uma série de coisas que pode dificultar a sua vida profissional amanhã, por exemplo, ruim, por algo que tenha acontecido NÉ? Só que, por outro lado, eu vou te dizer assim, uma

coisa em relação a isso que eu vi... eu torço muito pra que as pessoas que eu vi passarem por essas formas de assédio... enfim, que não foi nem uma ou nem duas, foram várias outras... eu soube ééé triste, mas eu acho que a gente tem procurar ver na vida aquilo que é o ruim... eee... transformar aquilo que veio numa forma ruim para algo bom na sua vida. [...] para aquilo que eu não quero ser, ou eeee, ou aquilo que eu não vou ser, porque aquilo que não vou ser é diferente daquilo. E o meu olhar com o estagiário abriu um espaço para esse processo, porque, entendendo que a minha formação foi prejudicada por uma outra profissional, então quando eu tiver na condição... eu vou ser um supervisor mais atencioso, mais voltado para essa formação, mais voltado com propriedade, porque eu sofri na pele o que não precisava ter sofrido.

No caso específico, quando soube do ocorrido, Eleonora demonstrou preocupação por não ter ajudado imediatamente o estagiário de forma a contribuir, ou até mesmo minimizar, a situação de alguma forma. Cita também que, apesar de o estagiário não ter muito poder, uma possibilidade que teria era realizar uma denúncia ao CRESS. Em outro trecho, Eleonora comentou:

Então é... eu acho que assim, coisas importantes aconteceram, e que não deveriam ter acontecido. Entendeu que isso pode ter gerar impacto, pode gerar trauma, pode gerar uma série de coisas que pode dificultar a sua vida profissional amanhã, por exemplo, ruim, por algo que tenha acontecido NÉ? Só que, por outro lado, eu vou te dizer assim, uma coisa em relação a isso que eu vi... eu torço muito pra que as pessoas que eu vi passarem por essas formas de assédio... enfim, que não foi nem uma ou nem duas, foram várias outras... eu soube é triste, mas eu acho que a gente tem procurar ver na vida aquilo que é o ruim... e... transformar aquilo que veio numa forma ruim para algo bom na sua vida (17/05/2019).

Se por um lado, tem-se Eleonora demonstrando, em suas palavras, sensibilidade, enquanto profissional, para com o outro, claramente explicitado em sua fala. Por outro lado, no entanto, no exemplo citado sobre assédio moral, observa-se que a precarização do trabalho e da vida desses profissionais se espalha para todos os lados, suas frustrações, seus incômodos e suas insatisfações sempre vai reverberar em outros. No caso apresentado pela entrevistada Eleonora, há consciência do ocorrido de tal modo que se apresenta muito preocupada e entristecida pelo acontecido com o estagiário da instituição e traz para si a sua parte na responsabilidade, enquanto a formação do envolvido é afetado pelo assédio moral. Seu incômodo, enquanto profissional e formador, atravessa as barreiras das instituições, quando a mesma relata sua hipótese de como poderá ser esse profissional futuramente, isso sem falar nos traumas sofridos durante o estágio e como pode interferir na saúde mental do discente.

É importante se lembrar de como é complexo, até certo ponto, contraditório ouvir sempre o discurso de que o Estágio Supervisionado é um momento privilegiado da formação. No entanto, sabe-se que esse processo pode ser comprometido se os seus precursores não têm empatia pelos os que estão sendo preparados por eles mesmos.

Eleonora, ao responder sobre a formação como uma contribuição da Política Nacional de Estágio (2010), reflete sobre o momento da formação e suas exigências e responsabilidades. Ela faz as seguintes pontuações:

[...] Então acaba que você (o estagiário) tende a tirar proveito, até dos aspectos negativos que você teve humm... isso é muito triste (o assédio moral), [...] eu vejo para você assim... hoje eu acho que isso poderia ter sido amenizado, se as supervisoras acadêmicas tivessem mais próximas desses estagiários, no campo de estágio, porque os poderes são do mesmo nível. Então... e você conseguiria tentar assegurar para os estagiários uma relação diferente. Hoje os estagiários estão muitos soltos, no campo de estágio, eu acho que a supervisão tá, só lá... na prática e no diário de campo, na discussão de caso [...] até porque a gente não tem nenhum critério, pra ser um campo de estágio. Qual é o critério para estabelecer uma parceria com a universidade? Agora como são esses supervisores? Eles estão buscando fazer esse aperfeiçoamento para trabalhar com o processo de supervisão? [...] Não é só aquilo que eu penso, e se tiver uma experiência negativa, de formação, ou *se eu for um profissional eee, que tenho um olhar de exploração do estagiário eu vou fazer isso, eu não vou explorar a prática dele, mas eu, não vou participar da formação dele.*[...] Entendeu? *Eu também alieno esse Estagiário.* [...] Estou falando das minhas estagiárias. Eu hoje falei para [estagiária M] o seguinte, que eu quero passar pra ela, não é a quantidade de atendimento que ela precisa ter, ela precisa da qualidade do atendimento, quem tem produtividade pra apresentar sou eu, profissional, que tenho necessidade de uma produtividade para uma lógica que tenho de trabalho. O estagiário precisa de qualidade, então são 1,2,3,4 casos se agente conseguir ter a qualidade daquele atendimento, perfeito. Isso você precisa, então eu me preocupo muito com isso, né? (Eleonora, entrevista em 17.04.2019).

A assistente social levanta uma reflexão sobre a experiência do estagiário no em relação à sua prática no campo de estágio. Ela demonstra preocupação sobre o estagiário na possibilidade dele internalizar vícios em quantificar seus atendimentos, de maneira a não se preocupar com a qualidade dos atendimentos. O apontamento de Eleonora se fez em termos de inquietude sobre a formação desse discente e como o assédio moral pode afetar profundamente, em diversas vertentes, a vida acadêmica do estudante.

Sabe-se que esse contexto de precarização vem atravessando tanto os profissionais quanto os estagiários, tornando um dilema sem precedências, no caso de acompanhamento da Coordenação de Estágio, Supervisão acadêmica, devido a toda conjuntura de crise supracitada anteriormente neste estudo. Priorizam-se no acompanhamento pedagógico da Coordenação de Estágio as atividades burocráticas que são exigidas ao longo do período de estágio obrigatório, sendo essas atividades desenvolvidas pelos supervisores acadêmicos, a saber, os Plano de Estágios, as Atividades Finais do processo de seis meses de Supervisão institucional, as horas complementares e a Análise Institucional que, por sua vez, traça o perfil, através do conhecimento, daquele espaço sócio-ocupacional.

O estudante de Serviço Social, ao completar o 5º e o 6º períodos, se encontra no momento em que chamamos de “supervisão direta do estágio em Serviço Social que constitui uma etapa ímpar no processo ensino-aprendizagem”. No entanto, com esses dilemas corre o risco de acabar sendo minimizado ao mero “contrato de Trabalho”, onde o estagiário é confundido a um empregado e não uma pessoa que está sendo preparado, em vista à completude de sua formação..

E com isso, a melhor forma de superar esses obstáculos impostos sobre este discentes é realmente o aprofundamento dos estudos críticos e construtivos que venham realmente traçar estratégias de denúncia, embasado nos documentos de amparo da profissão e trazer essas análises, de forma respeitosa, apoiadas no código de ética da profissão e na lei de resolução N°533/2008, a seguir:

CONSIDERANDO que a presente Resolução representará mais um avanço na criação de condições normativas para fiscalização exercida pelos CRESS e CFESS e, sobretudo, em relação à supervisão direta de estágio em Serviço Social e para a sociedade que será a beneficiada com a melhoria da qualidade dos serviços profissionais prestados no âmbito do Serviço Social (Resolução CFESS n 533 de 29/09/2008).

Diante deste documento de amparo, exige-se do estagiário um olhar rigoroso e cuidadoso diante dos fatos e acionar os órgãos de fiscalização como CRESS. A referida iniciativa é importante, a fim de traçar alternativas de diálogos com os espaços de formação para maior proximidade destes responsáveis e aumentando a pró-atividade no acompanhamento dos discentes em plena formação. Neste ponto, Eleonora questiona:

Eles estão buscando fazer esse aperfeiçoamento para trabalhar com o processo de supervisão? [...] Não é só aquilo que eu penso, e se tiver uma experiência negativa, de formação, ou se eu for um profissional eee, que tenho um olhar de exploração do estagiário eu vou fazer isso, eu não vou explorar a prática dele, mas eu, não vou participar da formação dele.[...] Entendeu? (Eleonora, entrevista em 17.04.2019).

Logo, percebe-se que a crise do capital e o aprofundamento do Neoliberalismo nos rebatimentos na políticas sociais, de educação e de saúde perpassam também nos cortes dessas políticas incidem no âmbito do trabalho, como na rotina das assistentes sociais, em termos das atividades exercidas pelas mesmas, por conta do acúmulo de demandas a serem efetuadas e pelas requisições da instituição. Mas também esses fatores podem incorrer sobre um processo essencial para a formação de futuros profissionais: o Estágio Supervisionado.

Neste contexto, o assistente social assume a função de co-formador, obtendo uma dupla responsabilidade, a referência profissional e a supervisão de campo do estagiário.

Porém, é necessário considerar que a precarização do trabalho, como um todo, pode reverberar também nas relações interpessoais desenvolvidas entre supervisores e estagiários, ou vice-versa, no ambiente complexo do Estágio Supervisionado requisitado pela academia. Sendo ainda mais complexa, quanto aos próprios estagiários, a sua saúde mental e a consciência no que tange ao senso crítico, com a responsabilidade de autoproteção e não seguir as condutas pragmáticas, moralistas e preconceituosas. Mas que a sua formação esteja aliançada com o código de ética, as diretrizes curriculares e o compromisso da qualidade dos serviços prestados à população, conforme a Lei 8662/90.

Ao estagiário, por sua vez, cabe o seu comprometimento em analisar os fenômenos que aparecem nas expressões da questão social e aplicar até mesmo os conhecimentos científicos que foram apreendidos na academia e a responsabilidade com a dignidade da pessoa humana no percurso de sua prática profissional.

h. Os principais desafios do cotidiano no trabalho do Serviço Social no Hospital Federal de Ipanema e as suas consequências para projeto ético político na atual conjuntura de crise

Os principais desafios do cotidiano no trabalho do Serviço Social no Hospital Federal de Ipanema e suas incidências no que tange o projeto ético político na atual conjuntura de crise.

Quadro 15 - Os principais desafios do cotidiano no trabalho do Serviço Social no Hospital Federal de Ipanema

Entrevistadas	Respostas
BRENDA	Não respondeu sobre os desafios de atuação no trabalho.

<p>ELEONORA</p>	<p style="text-align: center;"><i>Projeto ético político</i></p> <p><i>Eu acho que assim, quando a gente estabelece um projeto nosso de intervenção aliada ao projeto ético político de cada um. Quando você começa na prática, a gente ver que aquelas premissas básicas que você tem de garantias de direitos, e das informações e democratizar e, de estar ali guardando resguardando o direito do paciente. Isso tudo e como se ficasse em stand by, você tem que ver a onde você consegue? Quem você consegue? O que você não consegue, como uma estratégia propositiva, mas nunca deixada para trás. Daiana: sim, sim. Eleonora: então assim é eu acho que os desafios é esse de você perceber em que cenário, fazer uma análise muito bem sabe, fazer uma análise institucional, pra você conseguir ver quais são as entraves com que as estratégias para você conseguir fazer com que esses direitos sejam garantidos e que teu projeto de fato aconteça, se não você fica assim, vem uma política, que é nosso caso. Daiana: que afeta o nosso projeto ético político, enquanto alguns projetos, os nossos projetos ético político que visa uma emancipação enquanto classe né... E vai de encontro que esbarra com aquilo que a gente vem construindo. ELEONORA: e assim você tem que ter realmente isso muito bem estruturado como projeto também seu porque se não esse poderes, essas forças elas fazem ate desviar de um projeto maior. Entendeu o que você não consegue implantar e você também é assalariado.</i></p>
	<p style="text-align: center;"><i>Desafios na atuação do HFI</i></p> <p><i>pergunta boa, eu acho que desafio que eu tenho aqui é de fato conseguir e colocar um projeto... eu tenho muito tempo já de formada e quando a gente sai de formada você sai com objetivo pessoal de conseguir colocar o seu projeto desse tanto que você elaborou, não só o projeto que a sua profissão... de você conseguir garantir todas aquelas premissas que existem lá no juramento... o que está no código de ética, mas como você pretende como profissional assim... qual á a sua missão? O que você quer fazer com a sua prática então quando você sai da academia e quando começa no emprego... a... toda a sua motivação está voltada para isso, NÉ? O que projeto vai fazer de intervenção da unidade que vou trabalhar no espaço...onde eu vou trabalhar e como você chega no espaço... são muitos os fatores que, às vezes, te desviam de um projeto. Sabe? Tentar colocar um projeto de intervenção... Aí quais são os entraves que tenho em relação a isso e a coordenação, que muitas das vezes, não vê. O objetivo da coordenação para o Serviço Social não é o mesmo objetivo que tenho como profissional de Serviço Social. Os espaços que eu pedi pra trabalhar, por exemplo... no ambulatório, não foi disponibilizado para eu trabalhar no ambulatório... quando a gente conseguiu fazer isso um... algum tempo atrás, a gente conseguiu um espaço... eu, uma outra colega... que a gente entende que... [...] um paciente que vem para um procedimento cirúrgico, ele teve uma passagem no ambulatório. Então, atender um paciente na enfermaria é o fim de um processo de um tratamento e, muitas das vezes, em uma orientação que você dá pra esse fim de processo. E se ele tivesse começado com isso, o quanto ele já teria ganhado nesse atendimento de qualidade do tratamento [...] (e) já teria algumas coisas já garantidas [...] Entendeu? Então, seria um atendimento que trabalharia com prevenção, com educação e com qualidade. Então, o atendimento do Serviço Social teria que ter eu e outras pessoas também acreditam nisso... o foco principal deveria ser no ambulatório... hum... e não na enfermaria. Então, quando a gente conseguiu fazer isso, o que a gente fez? A gente criou uma rotina, como são vários pacientes e várias clínicas, o que nós fizemos: em que momento o Serviço Social iria entrar pra começar atender e em que processo de trabalho o Serviço Social neste momento de ambulatório, já que</i></p>

	<p>são várias clínicas. A gente pegou então... tentou um denominador comum nessa história toda... já que é um paciente cirúrgico, no momento em que ele fizesse o risco cirúrgico, onde tivesse garantido e realmente a cirurgia dele.... Se garante que o processo cirúrgico... depois do risco cirúrgico, ele teria uma avaliação do Serviço Social, teria uma consulta com o Serviço Social. [...] Assim, eu tive uma experiência por um meses assim... e foi muito rica por quê? Porque essa questão do cativo que a gente tivesse no ambulatório e as orientações DO DIREITO, em relação ao TRANSPORTE, DIREITOS SOCIAIS e PREVIDENCIÁRIO, quando o paciente chegasse na enfermaria, ele já tinha feito todo aquele levantamento [...] (e já teria) tudo isso amarrado, inclusive as informações sobre a alta... como é que ele ia fazer. Ele tinha ganhado lá...o que ler encontra na enfermaria e a gente só fazia o acompanhamento e assim (é) da forma que a gente tem hoje. O que acontece no seu primeiro atendimento com usuário é o momento que ele está muito debilitado... que o processo dele é cirúrgico. Então assim... em que ele, às vezes, não tem como e... ele mesmo buscar aquilo que poderia fazer no processo... independe de terceiros para fazer aquilo. Então, o ambulatório seria um objetivo meu de trabalho, [...] (mas) eu não consegui, porque não era a proposta da coordenação e assim, algumas propostas de palestras e... grupo de salas de espera. Tudo aquilo que a gente propôs, não só eu como as outras assistentes sociais também contratadas. Depois, quando as servidoras chegaram, [...] (nós) tivemos uma proposta de trabalho. Elas não conseguiram implantar só coisas fragmentadas, por exemplo, saiu uma cartilha de direitos sociais do paciente. A cartilha estava dentro de um projeto NÉ?, palestras que teriam dos pacientes que teriam para os pacientes, mas se extraiu apenas a cartilha para dar... (Daiana: nossa!!!,) ELEONORA: Então cada ação planejada pela a gente, ela não foi implementada como continuacões de educação, a cada semestre relativos a uma questão de saúde e de acordo com o calendário do ministério da saúde pra gente desenvolver.. aí foi pincelado só aquilo que era interessante fazer. Então os desafios foram, de fato, colocar um projeto pra acontecer. Então são 13 anos, tentando fazer este projeto acontecer e aí, assim, para não virar uma angústia e sofrimento profissional e, até mesmo um desânimo e..., você acaba voltando só pra sua autonomia na prática e fazendo garantir o seu projeto de forma individual, com aquele que você atende (e) isso é muito triste, porque não trabalha de forma individual, você trabalha com o coletivo. Então, quando você acaba fazendo só pra cada um, você desfigura um pouco o seu projeto. (Daiana: Como o coletivo não chega junto aí fica difícil.) ELEONORA: aí minha filha, são muitos os desafios até hoje.</p>
<p>MARIANA</p>	<p style="text-align: center;"><i>Desafios de atuação no HFI</i></p> <p>O trabalho aqui, ele flui... apesar de que o hospital de Ipanema possuir uma situação muito encastelada. A gente tem mais um trabalho individualista do que a questão coletiva, mas quando temos a possibilidade de realizar esse trabalho interdisciplinar, ele foi de uma maneira muito interessante. Então eu falo pra você, tá? depende muito do olhar da gestão e tem interesse dessa postura. Isso pode dizer, realizar um trabalho muito bom no centro de estudos, realizar um trabalho com o comitê de ética, pesquisa. Eu não participo das reuniões, mas sei parte, se lembra de que eu brinco lá, mas não sei se eu faço um trabalho tão interdisciplinar, como é o meu desejo, na oncologia devido a própria estrutura, que a instituição vai passando, a isso causa um incômodo. Porque se fosse realmente um trabalho interdisciplinar nos entenderíamos melhor os usuários. Entendeu? [...] Se você observar quem no hospital é o maior número de</p>

	<p><i>profissionais que nós temos aqui é a enfermagem, né? É a enfermagem, né? O hospital não funciona sem eles mesmo, né? Mas, em alguns setores aqui, não é fácil esse encontro nosso, com os outros profissionais, de novo aquela questão de encastelar. [...] O poder feudal naquela questão do poder, não sei, nem se eles sabem o que é o feudalismo, se eles soubessem, não iriam praticar ou ter essa prática, e não prejudicar todo mundo, e não amenizar.[...] Porque, pensa assim é complicado, eles usam de achismo, falta a questão interdisciplinar, por exemplo, o comitê de ética tem o regime interno, os centros de estudo tem regimento interno, eu acho, que vejo muito atrelado essas documentações, mas talvez, se caso tivesse uma determinação, que viesse integrado, seria melhor, os setores seria melhor. Já tivemos tempos mais interessantes (Mariana, entrevista em 29/04/2019).</i></p>
<p>YOHANA</p>	<p style="text-align: center;"><i>Projeto Ético Político</i></p> <p><i>[...] a gente está com o problema do cumpra-se, isso está atrapalhando o nosso projeto ético político, a gente está com problema de muito cacique que pra pouco índio, que atrapalha o nosso projeto ético político. É isso que posso falar. [...] O meu cotidiano de trabalho... assim fora a dificuldade de fazer as redes, né? Fora devido à precarização das políticas de saúde, né? Nos tais municípios... o Estado está tudo muito quebrado... E... não têm grandes problemas no meu cotidiano de trabalho. Só as dificuldades maiores do cumpra-se que tira da gente a nossa autonomia profissional (Yohana, entrevista em 06/05/2019).</i></p> <p style="text-align: center;"><i>Desafios da atuação do HFI</i></p> <p><i>A gente já conseguiu, eu consegui já um grande desafio, que é o reconhecimento profissional da equipe médica, que é uma equipe, normalmente, são profissionais que tem uma dificuldade de respeitar de entender o outro, como importante, isso é uma dificuldade, que a gente já sanou, no andar que o trabalho e as políticas de governo do hospital né. Da direção e principalmente isso. Observação: O profissional entrevistado trabalhou no 5º andar da clínica médica do HFI e foi ganhando espaço, fazendo a sua própria rede interna que é composta por enfermeiras, médicos, psicólogo e assistentes sociais.</i></p>
<p>CLÁUDIA</p>	<p style="text-align: center;"><i>Projeto Ético político</i></p> <p><i>Eu acho que até pra fazer o desenvolvimento deste trabalho ético político, a gente tem um grande desafio dentro do trabalho que é o próprio autoritarismo e centralização de tudo dentro trabalho do setor. [...] O cotidiano do trabalho não foi alterado, não houve alteração nenhuma. Continuou chegando o relógio biométrico, tendo que controlar mais ainda o nosso horário, um estilo de patrulhamento (Cláudia, entrevista em 06/05/2019).</i></p> <p style="text-align: center;"><i>Os Desafios de atuação no HFI</i></p> <p><i>O cotidiano do trabalho não foi alterado, não houve alteração nenhuma. Continuou chegando o relógio biométrico, tendo que controlar mais ainda o nosso horário. Daiana continua: e um estilo de patrulhamento; Regina: responde; isso e você que esta dizendo.</i></p>

Este último item abordará sobre os desafios do trabalho das Assistentes Sociais do HFI e quais seriam as suas reflexões acerca do projeto ético político do Serviço Social. Para responder a pergunta, era necessário as entrevistadas relacionarem os principais desafios que enfrentam no âmbito de trabalho às suas atuações, enquanto profissional do hospital. Desse modo, precisaria-se, ao menos, a noção que refletisse o projeto ético político de sua profissão.

As Assistentes Sociais manifestaram as suas opiniões acerca dos desafios encontrados no cotidiano profissional em relação ao projeto ético em seu cotidiano de trabalho na atual conjuntura. Mariana reconhece esses fatores em sua rotina: "*pra mim essa questão atender a conjuntura e essas novas ideologias que estão tentando ser implementadas aqui. Para mim esse é o desafio*" (Mariana, entrevista em 29/04/2019).

Por sua vez, Cláudia aponta dois aspectos que desafiam o desenvolvimento do trabalho:

Eu acho que até pra fazer o desenvolvimento deste trabalho ético político, a gente tem um grande desafio dentro do trabalho que é o próprio autoritarismo e centralização de tudo dentro trabalho do setor.[...] O cotidiano do trabalho não foi alterado, não houve alteração nenhuma. Continuou chegando o relógio biométrico, tendo que controlar mais ainda o nosso horário, um estilo de patrulhamento (Cláudia, entrevista em 06/05/2019).

No mesmo sentido, Yohana menciona:

[...] a gente está com o problema do *cumpra-se*, isso está atrapalhando o nosso projeto ético político, a gente está com problema de muito cacique que pra pouco índio, que atrapalha o nosso projeto ético político. É isso que posso falar. [...] O meu cotidiano de trabalho, assim fora a dificuldade de fazer as redes né? Fora devido à precarização das políticas de saúde, né? Nos tais municípios, o Estado está tudo muito quebrado... Eeeee... não têm grandes problemas no meu cotidiano de trabalho. Só as dificuldades maiores do *cumpra-se* que tira da gente a nossa autonomia profissional (Yohana, entrevista em 06/05/2019).

Como forma de enriquecer a abordagem sobre o projeto profissional do Serviço Social brasileiro se faz necessário uma breve exposição teórica que será desdobrada em dois momentos que detêm unidade metodológica entre si. A subdivisão do texto se dá pela preocupação de tornar seu desenvolvimento mais compreensível, buscando torná-lo possivelmente didático.

Netto (1999), sobre o debate acerca do projeto ético político, informa que a própria construção do mesmo é um marco para o Serviço Social no Brasil — contendo uma história

não muito recente, ocorrendo na transição da década de 70 e 80. Foi neste período que marcou um dos momentos memoráveis para o Serviço Social Brasileiro, pois neste projeto visava especialmente o ponto crucial do enfrentamento, pela denúncia, do conservadorismo profissional. Assim, neste processo de recusa e de crítica do conservadorismo enraizado na profissão, têm-se um novo posicionamento as “bases de um projeto profissional novo, precisamente as bases do que se está denominada, projeto ético político” (NETTO, 1999. p.142).

Para isso, Netto (2019), em sua obra, deixa claro o seu objetivo de oferecer elementos que possam contribuir para a compreensão e a implementação necessária para o projeto. “trata-se daqueles projetos que apresentam uma imagem de sociedade a ser constituída, o que reclamam determinados valores para justificar que privilegiam alguns certos meios (materiais e culturais para concretizá-las)” (NETTO, 1999. p.142).

Em sua fala, Yohana faz o seguinte questionamento: “[...] *a gente está com o problema do cumpra-se, isso está atrapalhando o nosso projeto ético político, a gente está com problema de muito cacique pra pouco índio, que atrapalha o nosso projeto ético político*” (Yohana, entrevista em 06/05/2019).

Neste comentário de Yohana, há a questão que se remete a projetos macroscópicos, estes compreendidos de forma ampla para uma nação ou sociedade em geral. Porém precisa-se esclarecer o que realmente são projetos societários e projetos coletivos, pois a fala de Yohana ao mencionar sobre *ter muito cacique pra pouco índio* está, na realidade, se referindo ao plano mais específico no reduto do hospital. Mas o que são os projetos societários e os projetos coletivos? A saber, os projetos societários são, porém o seu traço é peculiar e reside no fato de constituir um projeto de plano maior, isto é, um projeto no âmbito macroscópico, como proposta.

NETTO (1999, p.143), resumidamente, acrescenta:

Somente eles apresentam esta característica — os outros coletivos (por exemplo, os projetos profissionais, de que trataremos adiante) não possuem este nível de amplitude e inclusividade. Em sociedade como a nossa, os projetos societários são, necessária e simultaneamente, projeto de classe, ainda que refratam mais ou menos fortemente determinações de outra natureza (culturalmente, de gênero, etnias, etc.). Efetivamente, as transformações em curso na ordem capitalista não reduziram a ponderação de classe sociais do seu antagonismo na dinâmica da sociedade, como constataram, entre outros.

Outra dificuldade está na realização dos encaminhamentos através das Redes de atenção à saúde, que realmente são problemas advindos do Sistema de informação do próprio

dispositivo político social. Sobre isso, Yohana expõe essas dificuldades na prática dos trabalhos devido a precarização dos serviços de saúde, no que tange os encaminhamentos para outros municípios do Rio de Janeiro.

Fora devido à precarização das políticas de saúde, né? Nos tais municípios, o Estado está tudo muito quebrado... E... não têm grandes problemas no meu cotidiano de trabalho. Só as dificuldades maiores do *cumpra-se* que tira da gente a nossa autonomia profissional (Yohana, entrevista em 06/05/2019).

Observou-se que Yohana demonstrou que as principais dificuldades dela obter sucesso nos seus encaminhamentos são decorrentes da precarização das políticas de saúde que prejudica as ações desenvolvidas por ela ao acesso dos direitos para os pacientes.

No relato de Cláudia, ela diz: *“Eu acho que até pra fazer o desenvolvimento deste trabalho ético político, a gente tem um grande desafio dentro do trabalho que é o próprio autoritarismo e centralização de tudo dentro trabalho do setor.[...]. Sabendo-se da presença de projetos profissionais de diferentes visões e concepções, até mesmo dentro da própria categoria profissional, nesta perspectiva Cláudia e Yohana apresentaram, de modo geral, compreensões superficiais no que tange aos projetos profissionais e também no marco dos projetos coletivos, a saber, aqueles que estão relacionados às profissões, especificamente — aquelas que, reguladas juridicamente, supõem uma formação teórico-crítica, ao menos técnico interventiva, no geral, em nível superior acadêmico.*

Com isso, o primeiro fator que devemos considerar já, de antemão, quando pensamos em projetos (individuais e coletivos) em uma sociedade de classes é o caráter político, e toda prática (NETTO, 1999). Para o autor, todas as formas de práticas envolvem interesses sociais os mais diversos que, em certo momento, se originam através de múltiplas mediações, das contradições e das classes sociais em tensão da sociedade. E complementa ser a razão que move essas classes, na verdade, são as necessidades sociais reais que lançam os homens nesta atividade humana-criadoras, percebidas no metabolismo social (trabalho – ato fundante das relações sociais).

Ademais, Netto (1999) caracteriza o que são os projetos profissionais, seu perfil e suas finalidades.

Os projetos profissionais apresentam a auto-imagem de uma profissão, elegem os valores que legitimam socialmente, delimitam e priorizam esses objetivos e funções, formulam os requisitos (teóricos, práticos, e institucionais) para o seu exército que prescrevem normas para o comportamento dos profissionais e estabelecem as bases das relações com os usuários e serviços privados e públicos (inclusive o Estado, a quem cabe o reconhecimento jurídico dos estatutos profissionais) (NETTO, 1999, p.144).

É importante ressaltar que o que compete a Claudia e a Yohana é o fato de ambas denunciarem a insatisfação como a centralidade de tudo do setor de trabalho, com o autoritarismo exacerbado e a incapacidade delas diante das disputas da equipe.

Outro ponto a ser considerado está diante do desafio ético do Serviço Social. Isso é um percurso essencial por meio de todo investimento, não apenas profissional, mas perpassa a sociedade brasileira para se ter, principalmente, a garantia de implementação de uma constituição efetivamente representante das diversidades brasileiras, especialmente, na percepção em relação ao usuário dos serviços públicos, não como um cliente, a quem deve-se manter fidelizado, mas um sujeito de direitos, no exercício da cidadania, e quem o Assistente Social deseja autonomia, Mariana assim se expressa:

E essa questão como se pensa que está implantando o projeto de ressignificação. O que é ressignificação? O trabalho dentro do hospital levantando a situação dentro do núcleo de regulação e do CTI. Que são duas situações bem graves. Que uma que sai, a vaga do hospital do CTI. Onde eles têm profissionais aqui... que nós trabalhamos... profissionais capacitados que eles contratam, três instituições que é o caso do hospital Oswaldo Cruz e contrata o Sírio Libanês e Einstein que são três instituições privadas para ficarem gerenciando o nosso trabalho... e aí é preocupante todo o investimento que foi feito né? O que eu acabei de falar... a nossa reprodução pela força de trabalho através do estudo... pra que eu vou contratar tanta gente de fora pra fazer um gerenciamento de uma coisa... isso é preocupante, a questão externa. Quando faz isso... nós produzindo o material naquilo que nós vamos dar conta... pra dizer qual é a nossa história em relação a isso, mas cadê a relação? A situação de ver realmente como a situação de fato é, que produz os discursos de cliente e não usuário... o cliente do sistema único e não usuário (Mariana, entrevista em 29/04/2019).

A Assistente Social discorre também sobre seu sentimento com relação aos rumos políticos do país que podem levar os cidadãos brasileiros, por meio do voto, a ter que se submeter a opositores da própria democracia. Isso porque, segundo a exposição dela, não conseguem visualizar sua própria situação como classe e elegem aos cargos políticos quem não os representa.

No entanto, após a observação dos depoimentos das entrevistadas, percebeu-se que a visão apresentada sobre projeto ético político pelos profissionais foi sucinta, em termos de compreensão e a direção traçada por este projeto. Nesta direção, Eleonora declara:

[...] eu acho que assim... quando a gente estabelece um projeto nosso de intervenção aliada ao projeto ético político de cada um. Quando você começa na prática, a gente vê que aquelas premissas básicas que você tem de garantias de direitos... e das informações e democratizar... e... de estar ali, guardando e resguardando o direito do paciente. Isso tudo... e... como se ficasse em stand-by... você tem que vê aonde você consegue? Quem você consegue? O que você não consegue... como uma estratégia propositiva, mas nunca deixada para trás. (Daiana: Sim... Sim.) Eleonora: então

assim e eu acho que os desafios é esse de você perceber em que cenário... fazer uma análise muito bem sabe... fazer uma análise institucional...pra você conseguir vê quais são as entranças com que as estratégias para você conseguir fazer com que esse direitos sejam garantidos e que teu projeto de fato aconteça hum... senão você fica. Assim... vem uma política que e... No nosso caso. (Daiana: que afeta o nosso projeto ético político, enquanto alguns projetos... os nossos projetos ético político que visa uma emancipação enquanto classe né?... E vai de encontro que esbarra com aquilo que a gente vem construindo.) ELEONORA: e assim você tem que ter realmente isso muito bem estruturado como projeto, também porque se não esse poderes... essas forças, elas fazem até desviar de um projeto maior. Entendeu o que você não consegue implantar e você também é assalariado (Eleonora entrevista em 17/04/2019).

Brenda não respondeu essa questão. Baseadas nas análises que foram expostas neste trabalho de Conclusão de Curso e, a partir das problematizações das anteriores, se fará um resumo sobre o projeto ético político. A saber: O que ele significa para o Serviço Social e a sua direção política considerado um momento ímpar para profissão com o seu amadurecimento profissional e acadêmico (em termos de mestrado e doutorado e suas especializações). além disso, entender em que contexto este projeto foi construído e o que representa para a profissão se faz determinante em tempos de regressão de direitos.

Primeiramente, o Projeto Político Pedagógico (PEP), teve o seu início no Serviço Social Brasileiro na década de 70, indicando o rompimento da crítica da categoria com o conservadorismo que imperava, até aquele momento. Segundo, Netto (1999), o efeito daqueles anos refletiria nas primeiras condições para um novo projeto que viabiliza esta recusa e todo resquício conservador dentro da categoria profissional. Por outro lado, a denúncia do conservadorismo do Serviço Social não surgiu repentinamente — por que na verdade, desde a segunda metade dos anos 60, “(quando o Movimento de Reconceituação, que fez estremecer o Serviço Social na América Latina, deu seus princípios passos), aquele conservadorismo já era objetivos de problematização” (NETTO,1999. p.148).

Porém, o trânsito dos anos 70 aos 80 situou esta problematização no nível diferente, como diz Netto: “num nível diferentemente na escala em que o coincidiu com a crise da ditadura militar brasileira, exercida desde 1º de abril de 1964, por uma tecnoburocracia civil sob tutela militar a serviço do grande capital” (NETTO,1999.p.148). Desse modo, em 1979, com III Congresso Brasileiro de Assistente Sociais — (CBAS), ocorridos em São Paulo, uma vanguarda profissional marcou a história do Serviço Social no Brasil, ao retirar da mesa de abertura composta por oficiais da própria Ditadura militar da época, representantes da linha conservadora e, conjuntamente, recolocar à mesa de abertura representantes da classe trabalhadora.

Netto (1999) acrescenta que esse momento em que a luta pela democracia se inspirava na sociedade brasileira, encontrando eco no corpo profissional, como está expresso, a seguir:

Criou-se o quadro necessário para romper com quase monopólios do conservadorismo no Serviço Social: no processo da derrota da ditadura se inscreveu a primeira condição — a condição política — para a constituição de um novo projeto profissional (NETTO, 1999, p.150).

Portanto, as vanguardas naquele momento em meio à efervescência democrática se mobilizaram ativamente na contestação política — desde o III Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais — (CBAS), cujos segmentos eram dinâmicos do corpo profissional, vincularam-se ao movimento dos trabalhadores a qual vinha rompendo com a dominância do conservadorismo e conseguiram instaurar na profissão como o pluralismo político, o que acabou por redimensionar amplamente não só a organização profissional, dando a vida nova, por exemplo nas palavras de Netto, a entidade com a ABEPSS — e, posteriormente, ao CFESS. Somando-se a isto, sobretudo, conseguiram inserir essa organização, de modo inédito, marcando o movimento dos trabalhadores brasileiros.

Este congresso foi crucial, pois confirmou uma nova direção social para o Serviço Social da profissão que, aliada à classe trabalhadora, buscava uma nova direção social sem dominação/exploração de classe, gênero ou etnia. Com isto, este mesmo congresso confirmou o avanço dos anos 1980, ao estabelecer o Código de Ética, este se apresentava como mais um documento com normas e princípios necessários para alcançar o teor prático normativo necessários para responder aos novos avanços daqueles tempos até os dias de hoje.

Os avanços deste projeto são significativos e importantes para o Serviço Social. No trânsito dos anos 80 a 90, o PEP, na visão de Netto (1999), constituiu-se uma estrutura básica, qualificando-se como tal, adquirindo um caráter aberto que mantém os eixos fundamentais suficiente e flexível, nas palavras (NETTO,1999, p.155). Assim:

Em suma, trata-se de um projeto que também é um processo contínuo de desdobramento. Um exemplo do seu caráter aberto, com a manutenção dos eixos fundamentais, pode ser encontrado nos discussões acerca da formação profissional, com as modificações advindas da vigências da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional/ LDBEN (Lei nº9.394, de 20 de dezembro de 1996): as orientações propostas por representantes do corpo profissional. Ratificação à direção da formação nos termos do projeto ético-político.

Contudo, este projeto tem o seu núcleo fundamental reconhecido no primeiro princípio do código de ética, a saber: A liberdade legitimada como valor central – a essa mesma liberada, tendo sido concebida historicamente, com possibilidade de escolhas conscientes e de

possibilidade e alternativas concretas. E ainda o compromisso com a autonomia dos indivíduos sociais e a emancipação humana dos indivíduos sociais.

De acordo com Netto (1999), este projeto profissional se vincula a um propósito e um projeto societário que promova a construção de uma nova ordem social, sem qualquer tipo de exploração ou dominação, tanto de classe, etnia e gênero. E conseqüentemente, a partir destas opções instaurados nos princípios também do código que o fundamentam, tal projeto afirma a defesa inflexível dos direitos humanos e o repúdio do arbítrio e dos preconceitos. Ele contempla, positivamente, o pluralismo com outras correntes de pensamento, tanto na sociedade como no exercício profissional.

Este contexto então permite vislumbrar uma dimensão do PEP e suas implicações com o compromisso com a dimensão política, claramente enunciada: ele se posiciona, a favor da equidade e da justiça, numa visão ampla da universalidade e garantia ao acesso aos bens e serviços relativos às políticas e programas sociais. Neste contexto, têm-se: a ampliação e a consolidação da cidadania explicitamente postas no projeto, como também a garantia dos direitos civis, políticos e sociais da classe trabalhadora: “corresponde à democratização como socialização da participação política e socialização da riqueza socialmente produzida”. (NETTO,1999, p.155). Porém nos depoimentos observados das entrevistadas, não foram citadas, nem essa contextualização sobre o PEP nem sua extensão ou perspectiva.

Mariana menciona sobre terminologia e a troca de favor, ainda presentes em espaços públicos brasileiros:

A situação clientelista é aquela a ótica do favor, do merecimento, aí você pensa quem está no hospital de Ipanema e que realmente merece estar aqui. Por um favor ou por conhecimento. Então todas essas explicitações deixam a gente muito incomodada, por isso que estou indo neste movimento... para poder entender. Muito preocupada por quê? Estamos... no que eu acabei de falar... no autoritarismo [...] Eles vão fazer a gente engolir isso. Se a gente não souber o que está acontecendo, vai ser pior pra nós. E como é que a gente vai lidar? Porque ele está vindo com viés da humanização. [...] Então, o projeto ético político acabou com isso daqui, porque quando eles falam ‘usuários do SUS’, eu também sou usuária do SUS, mesmo tendo plano de saúde o meu plano de saúde não dá conta de algumas vacinas (Mariana, entrevista em 29/04/2019).

Mariana fez a crítica ao posicionamentos quanto à situação do clientelismo: “A situação clientelista é aquela a ótica do favor, do merecimento, aí você pensa quem está no hospital de Ipanema e que realmente merece estar aqui” (Mariana, entrevista em 29/04/2019). Ela relacionou às trocas de favores que costumam ter dentro das repartições públicas: “Muito preocupada por quê? Estamos... no que eu acabei de falar... no

autoritarismo [...] Eles vão fazer a gente engolir isso"(Mariana, entrevistada em 29/04/2019).

Desse modo, o autoritarismo estava sendo camuflado de humanização no momento decorrente de 2019, na conjuntura que assolava o país, neste período, sendo, inclusive, uma das preocupações dos profissionais da saúde. Nas palavras de Mariana, o projeto ético político teve posto fim nas antigas práticas de atendimento por meio de meritocracia, considerando-o em sua fala pelo fato de acabar com este movimento clientelista . “Então, o projeto ético político acabou com isso daqui, porque quando eles falam ‘usuários do SUS’, eu também sou usuária do SUS, mesmo tendo plano de saúde o meu plano de saúde não dá conta de algumas vacinas”(Mariana, entrevista em 29/04/2019).

É notório que o projeto ético político tem uma visão democrática e visa uma direção social mais ampla. Em consonância com o projeto da reforma sanitária vem apresentando como atribuição que o assistente social trabalhe com as seguintes questões: no trato primordial de buscar a democratização do acesso às unidades básicas de saúde e dos hospitais de alta e média complexidade; na viabilização dos serviços do SUS; no atendimento humanizado e estratégico que promova a equidade, a igualdade e o acolhimento da população usuária de acesso ao Sistema Único de Saúde.

A partir de todo contexto trabalhado neste item, precisa-se compreender os principais desafios para atuação do Serviço Social no próprio HFI e os impactos conjunturais que incidem nas funções desenvolvidas pelas assistentes sociais.

À vista disso, Mariana contemplo a questão de interação entre os profissionais na equipe:

O trabalho aqui ele flui, apesar de que o hospital de Ipanema possui uma situação muito encastelada. A gente tem mais um trabalho individualista do que a questão coletiva, mas quando temos a possibilidade de realizar esse trabalho interdisciplinar, ele foi de uma maneira muito interessante. Então eu falo pra você, tá?, depende muito do olhar da gestão e tenha interesse dessa postura. Isso pode dizer, realizar um trabalho muito bom no centro de estudos, realizar um trabalho com o comitê de ética, pesquisa. Eu não participo das reuniões, mas sei parte, se lembra de que eu brinco lá, mas não sei se eu faço um trabalho tão interdisciplinar, como é o meu desejo, na oncologia devido a própria estrutura... que a instituição vai passando, aaaa isso causa um incômodo. Porque se fosse realmente um trabalho interdisciplinar nos entenderíamos melhor os usuários. Entendeu? [...] Se você observar quem está no hospital é o maior número de profissionais que nós temos aqui é a enfermagem, né? É a enfermagem, né? O hospital não funciona sem eles mesmo, né? Mas, em alguns setores aqui... não é fácil esse encontro nosso, com os outros profissionais... de novo aquela questão de encastelar. [...] O poder feudal naquela questão do poder, não sei... nem se eles sabem o que é o feudalismo, se eles soubessem... não iriam praticar ou ter essa prática, e não prejudicar todo mundo... e não amenizar.[...] Porque... pensa assim Eeeee, complicado, eles usam de achismo... falta a questão

interdisciplinar, por exemplo, o comitê de ética tem o regime interno... os centros de estudo tem regimento interno... eu acho, que vejo muito atrelado essas documentações, mas talvez, se caso tivesse uma determinação... que viesse integrado.. seria melhor... os setores seria melhor. Já tivemos mais interessantes (Mariana, entrevista em 29/04/2019).

Mariana, em resposta à pergunta desse tópico, a profissional apresenta a expressão "encastelada" para indicar contrapontos na fluidez do trabalho desenvolvido no hospital. Ela comenta sobre o trabalho individualista ocorrido com mais frequência do que o coletivo, mas quando este ocorreu, ela o identificou como "uma maneira muito interessante". Mariana declara ainda que o tipo de postura adotada no trabalho depende do olhar da gestão e do seu interesse. Além disso, a profissão confessa não saber se realiza um trabalho tão interdisciplinar quanto se desejava. Posteriormente, a assistente social declara as dificuldades e os desafios do estabelecimento do referido trabalho interdisciplinar, em decorrência da própria estrutura que o hospital vem passando.

A seguir, o trecho declarado por Mariana acerca dos trabalhos realizados de modo coletivo, embora tenha a existência de fronteiras entre as profissões. Ela se refere à experiência como positiva. Sobre isso, ela diz:

Hoje nós fazemos trabalhos muito legais, por exemplo, o grupo de acolhimento... não acho distante o grupo das pessoas em relação a isso... eles tem como fazer um trabalho interessante. Não posso reclamar desse contato. Ainda tem uma questão aqui, que impera de pensar, o ato médico que não é só por eles... até por nós... às vezes, acabamos legitimando, e é claro o hospital não funciona sem nenhum de nós. [...] Isso que eu falo pra vocês, não é? Somos paramédicos para nada. Nós temos nossas especificidades e trabalhamos todos juntos. Em um coletivo pensando na situação. Mas nós temos que saber qual é o nosso papel nessa situação, né? Por isso temos que intervir nisso (Mariana, entrevista em 29/04/2019).

Sobre os desafios no cotidiano de trabalho, Cláudia não identificou as alterações ocorridas no seio da equipe de trabalho. Porém, a profissional faz uma crítica aos posicionamentos da instituição ao colocar o relógio para o controle do tempo de trabalho: "Ele...o cotidiano do trabalho não foi alterado, não houve alteração nenhuma. Continuou chegando o relógio biométrico, tendo que controlar mais ainda o nosso horário. Daiana contínua: e um estilo de patrulhamento; Regina: responde; isso e você que está dizendo" (Mariana, entrevista em 29/04/2019).

Eleonora, por sua vez, fez apontamentos sobre os desafios do exercício profissional no HFI, desde a realização de um projeto, perpassando pela questão das premissas presentes no juramento dos formandos e no código de ética, culminando nos obstáculos na possibilidade da existência de um projeto de intervenção. De um modo resumido, Eleonora apresentou um

panorama da realidade enfrentada pelos profissionais de assistentes sociais após a graduação em relação ao início e ao desenvolvimento de suas práticas, bem como os entraves enfrentados para a aplicação de iniciativas, no âmbito da saúde:

Pergunta boa, eu acho que o desafio que eu tenho aí é de fato conseguir e colocar um projeto... eu tenho muito tempo já de formada e quando a gente sai de formada você sai com objetivo pessoal de conseguir colocar o seu projeto desse tanto que você elaborou, não só o projeto que a sua profissão... de você conseguir garantir todas aquelas premissas que existem lá no juramento... o que está no código de ética, mas como você pretende como profissional assim... qual é a sua missão? O que você quer fazer com a sua prática então quando você sai da academia e quando começa no emprego... a... toda a sua motivação está voltada para isso, NÉ? O que projeto vai fazer de intervenção da unidade que vou trabalhar no espaço...onde eu vou trabalhar e como você chega no espaço... são muitos os fatores que, às vezes, te desviam de um projeto. Sabe? Tentar colocar um projeto de intervenção... Aí quais são os entraves que tenho em relação a isso e a coordenação... que muitas das vezes, não vê. O objetivo da coordenação para o Serviço Social não é o mesmo objetivo que tenho como profissional de Serviço Social. Os espaços que eu pedi pra trabalhar, por exemplo... no ambulatório, não foi disponibilizado para eu trabalhar no ambulatório... quando a gente conseguiu fazer isso um... algum tempo atrás, a gente conseguiu um espaço... eu... uma outra colega... que a gente entende que... [...] um paciente que vem para um procedimento cirúrgico, ele teve uma passagem no ambulatório. Então... atender um paciente na enfermaria é o fim de um processo de um tratamento e... muitas das vezes... em uma orientação que você dá pra esse fim de processo. E se ele tivesse começado com isso, o quanto ele já teria ganhado nesse atendimento de qualidade do tratamento [...] (e) já teria algumas coisas já garantidas [...] Entendeu? Então, seria um atendimento que trabalharia com prevenção, com educação e com qualidade. Então, o atendimento do Serviço Social teria que ter eu e outras pessoas também acreditam nisso... o foco principal deveria ser no ambulatório... hum e não na enfermaria. Então, quando a gente conseguiu fazer isso, o que a gente fez? A gente criou uma rotina... como são vários pacientes e várias clínicas, o que nós fizemos: em que momento o Serviço Social iria entrar pra começar atender e em que processo de trabalho o Serviço Social neste momento de ambulatório... já que são várias clínicas (Eleonora entrevista em 17/04/2019).

Yohana mencionou a superação de um desafio, considerado por ela como uma conquista: o reconhecimento profissional da equipe médica e a efetivação da conexão do Serviço Social com outros profissionais do andar em que atua no hospital. Segundo ela:

[...] gente já conseguiu, eu consegui já um grande desafio... que é o reconhecimento profissional da equipe médica... que é uma equipe normalmente são profissionais que tem uma dificuldade de respeitar de entender o outro... como importante... isso é uma dificuldade... que a gente já sanou...no andar que o trabalho eeee... as políticas de governo do hospital né? Da direção... eeee... principalmente isso, é isso. (Observação: O profissional entrevistado trabalha no 5º andar da clínica médica do HFI e foi ganhando espaço, fazendo a sua própria rede interna composta por enfermeiras, médicos, psicólogos e o Serviço Social).

Além disso, Yohana destaca, dentre muitas funções, a principal desempenhada pelo profissional de Serviço Social no Hospital Federal de Ipanema: “Nossa! A gente tem muitas

funções aqui, mas a principal é a função de estar em prol do paciente, do usuário da saúde, então a nossa principal função é isso, é dinamizar os direitos, proporcionar que eles consigam eeee, proporcionar que eles tenham o acesso né?, aos benefícios, às políticas de saúde, essas coisas” (Yohana, entrevista em 06/05/2019).

Ainda sobre os desafios enfrentados pelo profissional no ambiente do hospital, Brenda observou que o currículo não preparava devidamente o profissional para compreender os meandros da saúde e assistência. Além de discutir também a falta de renovação dos quadros, por concurso, os diferentes vínculos empregatícios existentes na contratação de profissionais da categoria, voltando a relacionar tudo isso à questão mais ampla, ligada ao neoliberalismo.

Eu acho que volta a precarização do trabalho, eu acho que concurso público tem muito pouco pra saúde e pra assistência não tem. Pra você ver, né? Eu tenho 15 anos depois disso, teve outro sim ou mais um. Mas acaba que você não tem uma... nessa, renovação e até afeta mesmo esse profissional. Como é que você contrata esse profissional? De forma precária, né? Totalmente diferenciada de um funcionário que é servidor e tudo, né? Eu acho, não discriminando quem é concursado e quem não é, mas eu acho que, portanto do próprio profissional assim, eu acho que os direitos que ele tem que outro não vai ter, que é a relação da precarização do vínculo trabalhista, né? Então eu acho que isso tem. É assim, né?, a própria... que é a própria demanda que a gente tem hoje. Eu acho que a função do grande desemprego que a gente tem... se vê hoje assim colegas, aí na prefeitura que atenderam... fizeram cadastro único de funcionários públicos que eram do Estado né? [...] É função mesmo, né?, as pessoas trabalhavam... de repente aquilo assim... contratados são mandados embora... e a mesma tem que recorrer ao cadastro único pra poder ter, né?, um auxílio. Então, assim, isso é tudo fruto de que... de todas as mudanças que vêm ocorrendo da precarização dos vínculos, Né? Por desemprego crescente. Então as pessoas acabam... eee... se mudando um pouco né? No que você vai... eee que bate pra gente do Serviço Social. [...] o último concurso daqui do hospital [...] foi em 2005 (Brenda, entrevista em 04/04/2019).

Também sobre as principais dificuldades encontradas no atual período do Brasil, Yohana ao ser entrevistada, menciona como dificuldade principal as políticas de governo, ao invés de políticas de Estado na qual ela se refere.

Eu vou responder. A dificuldade principal que eu vejo é essa: as políticas de governo e não de Estado.[...] A gente não consegue caminhar com nada, porque as coisas sempre são as mesmas. Mudou o governo, mudou a equipe. Muda tudo. E a gente nunca consegue dar continuidade, é isso... não é só de 2019 é de sempre. [...] Sobre os principais desafios para sua atuação profissional... a gente já conseguiu... eu consegui já um grande desafio, que é o reconhecimento profissional da equipe médica. Que é uma equipe, normalmente, são profissionais que tem uma dificuldade de respeitar, entender o outro... como importantes, isso é uma dificuldade... que a gente já sanou no andar que o trabalho eeee, as políticas de governo do hospital, né? Da direção, eeee, principalmente isso e isso (Yohana, entrevista em 06/05/2019).

Brenda destaca sobre a tendência de contratos precários substituindo as vagas de concurso público, bem como a saída de profissionais e, conseqüentemente, a ausência de novas contratações. Brenda aponta que o poder aquisitivo das famílias impacta as políticas sociais. Isso porque os governos vêm facilitando a substituição do conceito de saúde pública para concepção fortalecida pelas iniciativa privada.

[...] medida em que a gente tem o desemprego, né? A queda do poder aquisitivo das famílias só vai impactar nas políticas, então são nas políticas de saúde... então a gente sabe que quando a pessoa perde o seu vínculo de trabalhista... tem uma grande massa de pessoas que estão migrando para saúde pública sem o respaldo... sem a sua condição de manter o convênio privado... isso acaba impactando na saúde. (Brenda, entrevista em 04/04/2019).

Assim, à medida que você tem... eee menos profissionais trabalhando aqui, aquele que está trabalhando... você não tem contratação... você não tem concurso público... aqueles que ficam acabam fazendo o trabalho de um profissional maior... né? Então em cada... assim... com isso impacta no seu trabalho, né? Assim aqui... aqui a gente já tinha... mas uma saiu... mas uma vaga de contratada e não fizeram reposição. Mas estatutária [...] mas assim se tira todos os contratados amanhã. Se falarem: vamos acabar com os contratos caramba! Só ficamos nós, né?, as últimas das moicanas, então acho que isso impacta diretamente no trabalho da gente (Brenda, entrevista em 04/04/2019).

O fato de existirem muitos em condições de trabalho precarizadas devido a política do neoliberalismo adotado, pressupõe o desemprego, refletindo nos hospitais das redes pública, mencionando a possibilidade da reforma da previdência causando impactos no contexto apresentado por ela. Desde modo, Brenda declara que:

O número de famílias que perderam a posição de pagar os planos de saúde, que foram para saúde pública, que por sua vez já não dá conta, né? Todo mundo que se tem. [...] É claro que a saúde é um direito de todos, né? Universal... você não poder dizer para as pessoas... aaa não você não pode vir para cá... para saúde pública. Mas assim... que isso impacta na condição de atendimento, né? Na medida que se tem mais gente procurando a demanda maior é maior a procura, em compensação a oferta não aumenta muito pelo ao contrario... se gente tem uma diminuição... é na queda de repasse de verba pra saúde... a gente tem uma conta que não fecha... a gente tem uma maior número de pessoas migrando para os sistema público e a gente tem uma questão de cortes no financiamento, então assim mais gente procurando, menos dinheiro para prestar assistência, então vai se tornando mais precário ainda, né? [...] Então umas das coisas que impactam mais a gente... vai ser com a previdência. Próximo de aprovar a reforma da previdência que todos os quesitos... vocês sabem que isso vai impactar também e rebater também. Então, assim, isso está tudo interligado, né? Eu acho que a forma... que... como o país é gerido vai impactar diretamente na gestão das famílias e das pessoas e na vida das pessoas e, por sua vez, isso vai impactar no trabalho do Serviço Social [...] a gente já trabalha com a questão Social. Então, assim, não tem nem como a gente fugir disso (Brenda, entrevista em 04/04/2019).

Um das preocupações pertinentes da entrevistada, no que tange os profissionais, foi com as mudanças nas políticas sociais estarem relacionadas à eleição de um presidente

conservador e na contracorrente de tudo que favorecia a camada popular. Em clara preocupação, Brenda informa que as decisões oriundas do governo federal, afetariam também os menos favorecidos da sociedade.

Ao ser perguntada sobre quais os principais desafios para sua atuação profissional no ambiente de trabalho, Brenda discorre as divergências entre os diferentes pontos de vista que interferem na relação entre os profissionais atuantes no hospital, demonstrando que certas questões no ambiente de trabalho geram consequências que, segundo ela, enfraquecem o trabalho. Ela respondeu:

E como todos, eu acho é de espaço mesmo, eu acho de entendimento do trabalho do Serviço Social, por mais que a gente trabalhe e discuta... e gente que tem profissionais que entendem, sabe o papel do outro, sabe respeitar os espaço do outro, por sua vez, a gente tem um outro grupo que outras pessoas que não entendem, né? A gente trabalha na instituição médica... uma instituição da saúde, né? Que historicamente, né?, vinculada hierarquicamente ao médico, então o ato médico. Então, a gente tem essas questões, eu acho que isso é uma das dificuldades do próprio entendimento e compreensão do próprio trabalho eee, outro realmente questão dos fluxos mesmo de trabalho de organização mesmo, no que compete a cada um mesmo e um dos setores mesmo tem uns período que melhoram, né?, porque se tem uma toda uma mobilização para o trabalho em outros momentos se perdem, né?[...] da equipe de ser coeso de uma fazer um programa assim e assim.... um projeto que beneficie os usuários que coloque ele como umas falas que eu vi da (chefia), como protagonista e tudo, mas que ele seja e aaaa central nas questões que ele venha demandar de aaa preciso de Riocard Especial. Mas um trabalho que envolva, né?, os usuários. [...] eu acho que eee a questão da equipe coesa é ótimo, quando você tem vários projetos, ou de própria interação, digo nem pessoal, as pessoas lidam, porque você está ali, toda semana com essas pessoas, eu acho que agora quando você fala do ser coeso articulado assim... profissionalmente a gente ainda peca, né? Acho que enquanto assistente social, eu não falo só daqui, eu acho que a gente peca, né? Eu acho que na própria defesa, não defesa pessoal, uma defesa da profissão... de uma profissional mesmo eeeee. Eu já trabalhei em equipe que a gente até poderia ter as nossas divergências...nossos problemas e tudo, por que é uma equipe grande, bem aqui a gente trata as nossas divergências lá, fora isso não se via. [...] ou se aparecia, aparecia pouco. A gente não tinha essas coisas [...] isso enfraquece esses profissionais. O *não fui eu...* não foi fulano... isso enfraquece também o trabalho. Porque isso enfraquece não vou dizer e isso impacta e.... provoca calamidade (Brenda, entrevista em 04/04/2019).

A partir da análise de Brenda, nota-se que as posturas da equipe são divergentes. *“discuta... e gente que tem profissionais que entendem, sabe o papel do outro, sabe respeitar os espaço do outro, por sua vez, a gente tem um outro grupo que outras pessoas que não entendem, né?”*. Essa particularidade presente nas falas expostas vão ao encontro da pesquisa da professora e Doutora Paula Bonfim que tratou em seu estudo *Conservadorismo Moral e Serviço Social* aborda, em um capítulo, os processos éticos judiciais que envolvem conflitos e dilemas entre os próprios assistentes sociais.

Para entender como os processos éticos se expressam – e perpassam pelos conflitos nos espaços sócios ocupacionais, precisa-se compreender as escolhas éticas e as diferentes concepções, visão de projetos profissionais e societários, bem como os valores envolvidos nas concepções das profissionais. Os estudos documentais desenvolvidos no CRESS /7º Região contaram com o levantamento dos registros no período de 1993 a 2011. Neste contexto, a professora Paula Bonfim procurou saber em que medida as infrações, possivelmente cometidas, estão relacionadas às influências às demandas conservadora autoritárias colocadas à profissão, às condições de trabalho do assistente social e nos processos de alienação, o que coincide com o que Eleonora fala em sua entrevista. Essa alienação sofrida pelo próprio trabalhador ou até mesmo a compreensão de suas atribuições.

Deixa-se claro, já de antemão, que não se explora a pesquisa em sua totalidade, mas sim a parte mais significativa, na qual se localiza os processos éticos que envolvem os trabalhadores do Serviço Social na saúde. Então para Bonfim (2015) vai apontar que há dois momentos: No primeiro instante, os pontos relevantes da pesquisa foi pela *atuação* dos processos em que os profissionais responderam aos processos éticos, possibilitando uma reflexão sobre os principais motivos destas ocorrências. A pesquisa revela que a maior recorrência de processos éticos é o setor da saúde, com 57% 58, seguida pelas áreas da assistência social, 15,15%, e do sócio-jurídico 15,15%. (BONFIM, 2015. p.143).

No caso das profissionais do Hospital Federal de Ipanema os dados da pesquisa deixam bem nítido que não se pode desconsiderar o fato da área da saúde sobre a qual analisou neste trabalho em relação à precarização do trabalho no Serviço Social. Sabe-se, no entanto, que não é um aspecto exclusivo desta área, embora nela se destaca, pois a saúde é, historicamente, o maior e um dos mais antigos espaços de trabalho dos assistentes sociais (Bonfim, 2015), o que por si só já explica o porquê do percentual elevado. Entre outros destaques, enfatiza-se o impacto das políticas neoliberais neste campo. Essas são evidências dos anos 1990 de uma hegemonia do projeto privatista da saúde, imbricado especialmente, no crescimento dos seguros privados.

Há uma tendência de focalização das ações de precarização e terceirização dos recursos humanos, redução dos investimentos no setor e o distanciamento do que é realmente o projeto da reforma sanitária. Essa conjuntura afeta diretamente nas ações dos profissionais da saúde, colocando obstáculos à realização de um serviço comprometido com as referências da Reforma Sanitária e os preceitos éticos de cada profissão. Em consonância com o final

deste trabalho nas abordagens das entrevistas, Bonfim (2015) faz um apanhado geral das condições de trabalho tanto na área da saúde, na assistência e no sociojurídico.

No que se refere às condições de trabalho, observa-se uma tendência, própria da lógica gerencial do capitalismo, a um *produtivismo quantitativo*, medido pelos números de cadastros nos programas sociais, na quantidade de visitas domiciliares realizadas, no número de atendimentos efetuados, sem, no entanto, considerar o conteúdo desse trabalho e o impactado na vida da população atendida (BONFIM, 2015. p.148).

Em consequência, as relações de trabalho dificultam também o *aprimoramento profissional*, a condição fundamental para enfrentamento das políticas que vão em direção contrária da democracia dos espaços de serviços públicos, da cidadania, da defesa dos direitos humanos e à recusa de todas as formas de preconceitos, e contra práticas autoritárias e todo tipo de assédio moral.

Portanto, identifica-se, nas falas das Assistentes Sociais entrevistadas, pelo menos quatro razões por trás do adoecimento das Assistentes Sociais do Hospital Federal de Ipanema, são:

1. O fator econômico, decorrência da precarização, afeta as vidas dessas trabalhadoras por não ter uma estabilidade de fato. A falta de concurso também é uma das preocupações que permeia a equipe aliada ao enxugamento salarial, aos cortes, aos vínculos precários de contratos sem estabilidade e sem direitos trabalhistas mínimos obrigando o profissional a ter mais de um vínculo empregatício, contribuindo para caso(s) de exaustão de profissional (is) pela demanda do ambiente de trabalho. Isso os submete a cobrir a falta de profissionais, uma vez que não existe o quantitativo adequado para o local de trabalho, como o hospital com a dimensão do HFI.
2. O atendimento das pacientes provenientes das expressões da questão social, via política de saúde, é um dos agravantes de maior incidência entre as falas aqui pesquisadas. Ao analisar este item, vemos que cortes na saúde afetam diretamente, mesmo num simples atendimento, por exemplo, acionar o envio de uma ambulância para um paciente que mora fora do município do Rio de Janeiro. Além do mais, isso também afeta a saúde dos profissionais que estão atendendo e buscando responder essas demandas cotidianas.
3. As condições de trabalho implicada, nesta conjuntura, diz respeito às condições de trabalho, em relação ao hospital, as profissionais tinham três salas de atendimento, mas neste ano vigente, a sala localizada no terceiro andar foi subtraída, por consequência a sala

211 (segundo andar) ficou aquém das necessidades de atendimento dos pacientes e da supervisão dos Estagiários de Serviço Social. O local ficou lotado em dois públicos distintos comprometendo o “sigilo profissional”, uma das exigências do exercício profissional, obrigando os profissionais a usarem a sala do plantão, localizada no térreo.

4. A comunicação é outro fator relevante a ser considerado, pois a dificuldade de comunicação entre a própria equipe ter gerado tensão com as mesmas e, no que não conseguem se entender como classe trabalhadora de uma mesma categoria profissional. As dificuldades se expressam na falta de compartilhamento de informações que vão desde algum evento, até a efetivação do encaminhamento do paciente, centralizando as informações com uma ou duas pessoas, sem chegar à equipe. O individualismo que marca a conjuntura é fruto da pós-modernidade são adjacentes do neoliberalismo.

Na fala de Eleonora esses desafios aparecem como forma até mesmo na dificuldade de implementação de projetos que dão visibilidade para profissão ou mesmo no benefício que atenda as necessidades dos pacientes do HFI

Então são 13 anos, tentando fazer este projeto acontecer e aí, assim, para não virar uma angústia e sofrimento profissional e, até mesmo um desânimo e..., você acaba voltando só pra sua autonomia na prática e fazendo garantir o seu projeto de forma individual, com aquele que você atende (e) isso é muito triste, porque não trabalha de forma individual, você trabalha com o coletivo. Então, quando você acaba fazendo só pra cada um, você desfigura um pouco o seu projeto. (Daiana: Como o coletivo não chega junto aí fica difícil) ELEONORA: aí minha filha, são muitos os desafios até hoje (17/05/2019).

Desse modo, consideram-se os desafios a serem enfrentados, tanto no ambiente do hospital quanto na sociedade para responder às expressões da questão social na atual crise estrutural contemporânea enfrentada pelos profissionais de serviço social. Superar essas questões do desmonte das políticas de saúde e da precarização do trabalho no âmbito do HFI torna-se mais um desses desafios.

A configuração do atual momento é convidativo aos movimentos da categoria do Serviço Social. Os fóruns de pesquisa são espaços de reflexão sobre essas questões essenciais, ao menos, para uma parcela da equipe que está realmente proposta a responder de forma consciente essas demandas a fim de construir táticas e estratégias para o melhor atendimento aos usuários do Serviço.

No que tange, a superação de comportamentos conservadores, somente através de uma formação continuada crítica e de qualidades do profissional que o possibilita a ampliação de conhecimento e a reflexão de sua prática. Isso remete também a uma possível contribuição

ao ambiente de trabalho, refletindo na relação entre as companheiras da equipe, estreitando as forças de se reconhecer como uma mesma categoria profissional unificada que atuam no benefício de outros trabalhadores.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Constataram-se neste trabalho alguns elementos de relevância para pesquisa acadêmica da ação do Serviço Social no âmbito da precarização da saúde. As indagações e problematizações contidas na hipótese sobre como os impactos da crise e as novas formas de precarização da política de saúde afetaram direta e indiretamente o Hospital Federal de Ipanema incidindo, inclusive, no trabalho e na saúde dos Assistentes Sociais ali alocados.

No presente estudo, verificaram-se elementos das expressões da questão social, especificamente, a precarização do trabalho do Serviço Social no âmbito da saúde e os seus desafios atuais na conjuntura de crise no trabalho do assistente social no HFI. Obtiveram-se os seguintes resultados do primeiro eixo de pesquisa *O Tempo de trabalho no Hospital Federal de Ipanema e setores de atuação*: há ocorrência de diferenciados de regimes de contratos de trabalho entre as assistentes sociais atuantes no hospital, a saber, profissionais estatutárias e as terceirizadas. Sobre o tempo de trabalho no local ocorreu o tempo maior de atuação profissional de uma assistente social no mesmo espaço sócio-ocupacional com 13 anos em contrato NERJ, já as demais profissionais apresentaram pequenas variações em tempo de serviço entre oito e nove anos de trabalho do HFI.

A análise dos depoimentos das assistentes sociais apontou efeitos da ofensiva neoliberal no Hospital Federal de Ipanema como: a identificação da coexistência de formas diferentes de vínculos empregatícios em uma instituição pública. Em relação aos diferentes regimes de contratos ocorreu o quantitativo maior de profissionais por contratos terceirizados em relação aos estatutários e o vínculo maior de atuação profissional ser oriunda de contrato NERJ, diferentemente da RJU, LEI 8112/90.

Em seguida, o estudo se direcionou à precarização das condições e vínculos de trabalho que têm colocado as assistentes sociais em situações de vulnerabilidade no cotidiano profissional em discordância ao Código de Ética vigente e ao Projeto Ético Político. Acerca disso, os depoimentos mencionaram: o acúmulo de atividades de trabalho, o controle do tempo de trabalho, assédio moral, etc.

Outro ponto abordado foi em relação à dificuldade enfrentada pelas assistentes sociais no âmbito de trabalho, os depoimentos revelaram desafios em relação à quantidade de atividades que precisa dar continuidade; ao diálogo entre supervisão de Estágio e a Universidade; ao comprometimento da saúde do profissional como: adoecimentos físico e

psíquico; às divergências entre a própria equipe de Serviço Social e à precarização e a sua interferência na qualidade dos atendimentos aos usuários do SUS.

Sobre a relação da *prática do Serviço Social e o pensamento acadêmico*, identificou-se não haver dissociação entre teoria e prática. As declarações afirmaram ser possível a aplicação da teoria na prática, desde que seja refletida e analisada com a perspectiva de possibilitar uma visão de realidade conforme condições objetivas dos sujeitos que acionaram os serviços do hospital.

Outra questão analisada, dentro do mote das questões para as entrevistadas, foi o vínculo empregatício com o HFI em tempos de precarização da política de saúde. Nesta questão, os depoimentos das trabalhadoras relataram atuações em diferentes espaços sócio-ocupacionais no percurso da carreira sendo, atualmente, a manutenção de dois vínculos empregatícios por uma profissional e um vínculo apenas pelas demais assistentes sociais do hospital.

Somando-se a isto, o quarto item analisado foi o *trabalho do serviço social no Hospital de Ipanema e as mudanças que a categoria profissional* sofreu ao longo do tempo. Para esta questão, as entrevistadas identificaram os elementos constitutivos do desmonte das políticas sociais, como os cortes orçamentários sofridos nas políticas sociais e as suas incidências direta e indiretamente na população carente dependente dos serviços públicos de saúde. E ainda, as dificuldades enfrentadas pelas trabalhadoras nos encaminhamentos dos pacientes para os dispositivos das políticas sociais, especialmente os que dependem da saúde pública. As consequências dos cortes orçamentários na Saúde e os seus efeitos no funcionamento do HFI (instituição da rede federal pública, de alta complexidade e elevados custos).

As entrevistas evidenciaram as requisições de pessoal do hospital e a falta de concursos públicos para repor as vagas dos que saem. Compreendeu-se que os contratos de profissionais estão sendo efetuados com menor frequência, pois os dados analisados indicaram que os Assistentes Sociais têm se desdobrado para atender as demandas que aumentaram, enquanto o quadro de profissionais diminuiu.

O prosseguimento do processo de precarização no contexto sobre *A saúde dos profissionais de serviço social no âmbito de seu trabalho, o trabalho interdisciplinar com outros profissionais*, apontou, primeiramente, doenças que foram recorrentes aos profissionais de serviço social atuantes no hospital. Acerca disso, foram citadas as seguintes doenças:

depressão, pressão alta, sobrepeso, crise de pânico e ansiedade somatizados aos quadros que afetam a saúde mental.

Ao longo do estudo, buscou-se compreender os reflexos do desmonte da política de saúde, incidindo nos postos de trabalho voltados para esse campo. Neste aspecto, o entendimento sobre os avanços da conjuntura neoliberal foram fundamentais para o estudo. A saber: os cortes das políticas sociais da classe trabalhadora, inclusive da saúde, contribuíram para nortear a percepção do contexto e a sua relação com a dinamização da lógica da precarização dos serviços, com a flexibilização do trabalho, com as múltiplas funções e com a ampliação da terceirização por baixos salários.

Outro item abordado neste tópico foi a importância do trabalho interdisciplinar efetuado no hospital. Três profissionais fazem atividades em educação e saúde e desenvolvem o grupo de acolhimento, somando-se aos acompanhamentos dos Rounds, têm-se visitas aos leitos e desenvolvimento de atividade multiprofissional, objetivando a importância em dar visibilidade a outras práticas e saberes no acompanhamento dos casos de alta complexidade.

Sobre as *posturas moralistas, assédio moral, constrangimento e racismo institucional entre os colegas de equipe ou com outros profissionais*, os depoimentos informaram ter havido a presença de atitudes moralistas e preconceituosas contra grupos de LGBT e a presença do racismo institucional no contexto do próprio hospital. As respostas das entrevistadas revelaram que as atitudes observadas influenciaram a(s) profissional (is) a buscar(em) atualizações sobre as discussões na sociedade brasileira e as situações tensionadas pelos movimentos sociais sobre posturas pragmáticas tanto ao comportamento e pensamento, quanto a práticas conservadoras presentes no dia a dia do exercício profissional.

Por outro lado, os desafios reportados, a partir da realidade das entrevistas, assinalaram a preocupação relacionados às formas de rompimento com o conservadorismo, com posturas preconceituosas ocasionadas por concepções de pessoas e de mundo não condizentes com a democracia. Observou-se, neste ponto, que as vivências no setor de saúde ainda é uma das áreas conservadoras e de atitudes com resquícios Moralistas.

Na última etapa da análise, verificou-se no tópico *a supervisão de estágio, a presença do estagiário e as principais dificuldades na atual conjuntura*, não houve posição contrária à presença e à atuação de estagiários no ambiente do HFI por parte das entrevistadas. Os relatos revelaram posicionamentos de indagação pela ausência do Departamento de Supervisão de Estágio Supervisão por parte da Escola de Serviço Social da UFRJ a respeito do acompanhamento aos estagiários nos espaços sócio-ocupacionais.

Outro aspecto acerca da formação do assistente social observou-se na resposta o questionamento sobre a qualidade da estrutura oferecida pelo ensino a distância e a sua crescente expansão, os chamados cursos EAD. O posicionamento da assistente social, em referência ao modelo de formação não presencial, oferecido ao universitário é deficitário à categoria profissional.

Em *supervisão de estágio*, percebeu que o parecer das entrevistadas sobre este tema não está tão longe do debate atual que a própria academia vem tratando em seus espaços. Neste contexto, o assistente social assumiu a função de co-formador e de dupla responsabilidade como: a referência profissional e a supervisão de campo do estagiário.

Neste contexto, para compreender as relações existentes no contexto da prática do estudante, considerou-se a precarização do trabalho também nas relações interpessoais desenvolvidas entre supervisores de campo, supervisores acadêmicos e estagiários, ou vice-versa, no ambiente complexo do Estágio Supervisionado. Sobre os estagiários, o estudo ampliou o campo de debate para a interferência da prática prevista no currículo da academia, no que tange à sua saúde mental e o desenvolvimento da percepção crítica, já instituída na formação acadêmica, com a responsabilidade de autoproteção para não seguir as condutas pragmáticas, moralistas e preconceituosas.

Os principais desafios do cotidiano no trabalho do Serviço Social no HFI e suas incidências acerca do projeto ético político na atual conjuntura de crise foram outros tópicos abordados no estudo. Sobre esta questão, identificaram nas entrevistas das assistentes sociais suas compreensões sobre o projeto ético político da profissão. Neste ponto, ocorreram abordagens superficiais e outras de maior proximidade com a questão abordada. Em contrapartida, o estudo ressalta a relevância da investigação contínua baseada nestes documentos de suma importância para profissão, como o projeto ético político de caráter histórico, político e crítico da profissão, tendo o seu ponto crucial na década de 80.

De modo geral, o seu caráter histórico contribuiu para ampliação da perspectiva de ruptura com o conservadorismo ainda vigente nas relações de tensões entre os lados oponentes mencionados. As entrevistas possibilitaram a reflexão sobre a presença de traços conservadores que acompanharam a profissão no decorrer dos anos 60 e 80 que ainda se manifestam atualmente no âmbito da saúde por meio de atitudes relacionadas ao racismo institucional e ao moralismo (especificamente ao público LGBT). No contexto hospitalar, as respostas revelaram que uma parcela da equipe manifestou inclinação para responder, de

forma consciente, aspectos dessas demandas, por meio de táticas e de estratégias para melhor qualificar esses atendimentos aos usuários do serviço.

Além disso, em relação à saúde dos profissionais de Serviço Social do HFI, os depoimentos revelaram interferências que afetaram o profissional em seu ambiente de trabalho, como postura moralista, assédio moral, constrangimento e racismo institucional entre profissionais. Esses têm sido alguns dos desafios que se esbarraram no projeto ético político e no contexto de trabalho no referido hospital.

Sobre essa temática, o estudo demonstrou haver outro desafio a ser enfrentado no ambiente do hospital em relação à equidade de tratamento aos cidadãos usuários do SUS. Por isso, o desenvolvimento de devolutivas que atendam as especificidades das expressões da questão social são fundamentais na atual crise estrutural contemporânea, principalmente, para possibilitar maior eficiência e eficácia na formação e atuação dos profissionais de serviço social nos seus diferentes espaços sócio-ocupacionais.

Para isso, cabem aos movimentos da categoria de Serviço Social os meios de comunicação e ação ampliando esses debates. Neste ponto, os fóruns de pesquisa são espaços deliberativos para reflexão das questões relacionadas ao aprofundamento da precarização do trabalho do Serviço Social em seus diferentes espaços de atuação, inclusive no âmbito da saúde. Desta forma, as entidades representativas CFESS/CRESS, ENESSO, ABEPSS são de suma importância para tratar dessas questões nos espaços sócio-ocupacionais onde os profissionais, estudantes e estagiários estão desenvolvendo as suas práticas.

A partir das questões decorrentes das análises supracitadas, compreendeu-se que o combate das ações pragmáticas dentro da profissão permanece acirrado, pois a existência de concepções de certo momento da história da profissão perdura no mesmo ambiente de outras apreensões teórica, metodológica, técnico-operativa e ético-político no âmbito científico. Acerca de concepções opostas, os depoimentos das entrevistadas apontaram a existência de conjecturas de valores morais na formação de alguns profissionais demonstrando comportamento conservador de valores egocêntricos.

No que tange ao combate desses valores, deve-se esclarecer que foi por meio dos valores morais que se efetivou a ocorrência das alterações estruturais da ordem vigente que posicionaram as ações e práticas errôneas, moralista acerca dos indivíduos. Portanto, a defesa do funcionamento e da qualidade do Sistema Único de Saúde, bem como o fortalecimento do projeto ético-político profissional requerem o enfrentamento direto a esses tais valores egocêntricos vigentes na sociedade brasileira.

Assim, a presente pesquisa pretendeu ampliar o debate e fomentar a abertura de novas frentes de discussão sobre a precarização do trabalho do Serviço Social no campo das relações de trabalho no cotidiano e na prática do profissional e do estudante em formação. Em relação ao limite das questões analisadas, embora tenha sido tema em constante debate, não foi possível o aprofundamento sobre o racismo institucional, assédio moral, saúde do trabalhador, preconceito e moralização dos movimentos minoritários, por causa do norteamerico deste trabalho. Da mesma forma, se faz necessário maiores pesquisas acerca dos fatores externos, como o próprio processo de precarização, têm incidido na saúde dos profissionais, levando em consideração as alterações que vêm diminuindo a qualidade dos dispositivos de saúde.

Ademais, cabe-se considerar a importância da defesa da unificação da classe trabalhadora enquanto atuante na sociedade e sua resistência em favor da consolidação do SUS como direito universal para a população, sem distinção de classe, raça e sexualidade. Isso porque a construção de uma sociedade mais igualitária e emancipada não ocorre sem a consciência e a luta pelos direitos e pela cidadania e isto abrange o "outro" e o "eu". Por isso ainda há tempo de se comprometer, de orientar aos estagiários possibilitando a eles o máximo de aproveitamento no ambiente da academia e no campo de estágio, a fim de aumentar a percepção de atuação desse futuro profissional em contextos complexos e contraditórios. Além de profissional qualificado, o estudante em Serviço Social é um indivíduo parte constitutiva da sociedade estruturada, a partir de processos e de continuidades em âmbito social, ideológico e econômico.

Por fim, pretende-se prosseguir com os estudos do tema desenvolvido no presente trabalho a fim de tornar possível o desdobramento de futuras pesquisas no campo de investigação acadêmica. Compreende-se ainda que a ampliação desse estudo contribui para o desenvolvimento de novas vertentes de ação de pesquisa, de ensino e extensão e para formação de novos Assistentes sociais. Portanto, é de suma importância possibilitar a reflexão do assistente social à realidade e do seu comprometimento com o Código de Ética, com as Diretrizes Curriculares e a Lei de Regulamentação da profissão. Sendo assim, espera-se que este tema: *Precarização do trabalho do Serviço Social: no âmbito da Saúde: Dilemas e desafios na atual conjuntura de crise* tenha somado esforços aos estudos acadêmicos, contribuindo para uma formação crítica, investigativa e de qualidade.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Silvio. Racismo estrutural. São Paulo: Pólen. 2019.

ANTUNES, R. Crise capitalista contemporânea e as transformações no mundo do trabalho *In: Capacitação em Serviço Social e Política Social: Módulo 1: Brasília: CEAD, 1999.*

_____. **O Sentido do Trabalho:** ensaios sobre a afirmação e a negação do trabalho. São Paulo: Boitempo, 2006.

BEHRING, Elaine Rossetti; BOSCHETTI, Ivanete. **Política social: fundamentos e história.** 9. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

BRASIL. **Lei nº 8080/90 de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o financiamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080pdf> . Acesso em 30 out. 2018.

_____. **Lei nº 10.216, de 06/04/2001** Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial à saúde mental. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/LEIS_2001/L10216.htm

BRAVO, M. I. S. Política de Saúde no Brasil. *In: MOTA, A. E. et al. (org). Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional.* São Paulo: Cortez, 2009.

BONETTI, D. et al. **Serviço Social e Ética: Convite a uma nova práxis.** São Paulo: Cortez, 1996.

CARDOSO, Renata. Oliveira. O processo de contrarreforma do Estado brasileiro e a empresa brasileira dos serviços hospitalares: a privatização mascarada dos hospitais universitários. *In: A saúde nos governos dos partidos trabalhadores e as lutas sociais contra a privatização.* BRAVO, M. I. S.; MENEZES, J. S. B.(org.). Rio de Janeiro: Faperj. 2015

CEOLIN, G. F. Crise do capital, precarização do trabalho e impactos no serviço social. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 118, p. 239-264, abr./jun. 2014.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS - Brasil). **Código de Ética do Assistente Social.** Aprovado pela resolução CFESS n. 273/93, e modificado pelas resoluções CFESS n. 290/94 e 333/96. 3 ed. rev. ampl. Brasília: CFESS,1997.

_____. Residência em Saúde e Serviço Social: Subsídios para reflexão. Trabalho Projeto Profissional nas Políticas Sociais. Brasília: CFESS, 2017. Disponível em: [42<http://www.cfess.org.br/arquivos/CFESS-BrochuraResidenciaSaude.pdf>](http://www.cfess.org.br/arquivos/CFESS-BrochuraResidenciaSaude.pdf) Acesso em 28 set. 2020.

_____. **Sobre a incompatibilidade entre graduação à distância e serviço social.** Brasília: CFESS, 2014. v.2.

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho**: estudo de psicopatologia do trabalho. 5. ed. São Paulo: Cortez;Oboré, 1992.

ESCOREL, S. História das políticas de saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária. In: GIOVANELLA, L. et al. (org.), **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008. 385-434 p. Disponível em < http://assistenciafarmaceutica.fepese.ufsc.br/pages/arquivos/Escorel_2008_II.pdf > Acesso em 08 Mar. 2013.

ESCOLA DE SERVIÇO SOCIAL. Política de estágio. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro. 2018

FILME: As políticas de Saúde no Brasil. Ministério da Saúde. <http://www.extranet.rede.fiocruz.br/sites/cursos/gestores/?pageid=1412>.

FORTI, Valéria; GUERRA, YOLANDA. Na prática a teoria é outra? In: Forti e Guerra (Org.) Serviço Social: Temas, Textos e Contextos. Coletânea Nova de Serviço Social. Rio de Janeiro: Lumen Júris Editora, 2009.

FERREIRA, J.B. Perdi um Jeito de sorrir que eu tinha: Violência, assédio moral e servidão voluntária no trabalho. 7 letras: Rio de Janeiro, 2009.

GRANEMANN Sara. Fundações estatais: projeto de estado do capital. In: BRAVO, Maria Inês de Souza et al. (Org.). Política de saúde na atual conjuntura: modelos de gestão e agenda para a saúde, 2 ed. Rio de Janeiro: Rede Sirius-Adufrj-SSind, 2008. p. 36- 39.

GUERRA, Yolanda. Compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população e com o aprimoramento intelectual, na perspectiva da competência profissional: significado, limites e possibilidades. In: Projeto ético-político profissional e exercício profissional em Serviço Social. CRESS 7ª. Reg. (Org.) Rio de Janeiro: Ediouro Gráfica e Editora. 2013..pp. 123-135.

HOSPITAL FEDERAL DE IPANEMA, Contribuindo para a ação 6217 -Atenção à Saúde nos Serviços Ambulatoriais e Hospitalares do Ministério da Saúde - no Município do Rio de Janeiro - RJ, Relatório de Gestão de 2015, Secretaria do Centro Cirúrgico/Núcleo de Planejamento e Epidemiologia HFI, Hospital de Ipanema, Rio de Janeiro, 2015. <http://www.portaldgh.saude.gov.br/wpcontent/uploads/2016/06/hfi2015.pdf>, acessado em 15 de jun de 2017.

HOSPITAL FEDERAL DE IPANEMA, Atenção à Saúde nos Serviços Ambulatoriais e Hospitalares do Ministério da Saúde - no Município do Rio de Janeiro - RJ, Sec. Centro Cirúrgico/Núcleo de Planejamento e Epidemiologia HFI), Contribuindo para a ação 6217, Hospital de Ipanema, 2017.

IAMAMOTO, M. V. Transformações societárias, alterações no mundo do trabalho e Serviço Social. UnB, Brasília SESO nº 06, jan/jun 2000. (pág.45-78).

LESBAUPIN, Ivo (Org.). O desmonte da nação: balanço do governo FH. 4. ed. Petrópolis: Vozes, 2003.

LEITE, Janete Luzia. “Questão Social” e Políticas Sociais Brasileiras: O Governo Lula em pauta. *Revista Tema se Matizes*. Vol.9, nº 17, UniOeste, 1º Sem/2010. pp 87-102.

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

LEVINE, Michael P. e Tamas Pataki (2005), **Racismo em Mente**, São Paulo, Nadras.

MOTA, A. E. “As transformações no mundo do trabalho e seus desafios para o serviço social”. *O Social em Questão*. Rio de Janeiro, PUC, vol. 1, nº 1, 1997.

MATOS, Maurílio Castro de. *Serviço Social, Ética e Saúde: reflexões para o exercício profissional*. São Paulo: Cortez, 2017.

Machado CV, Lima LD, Baptista TWF. Políticas de saúde no Brasil em tempos contraditórios: caminhos e tropeços na construção de um sistema universal. *Cad Saúde Pública* 2017; 33:e00129616.

MEDEIROS, Moíza Siberia Silva de. Os fundamentos da relação teoria e prática no estágio em Serviço Social, Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia, R. Katál., Florianópolis, v. 19, n. 3, p. 351-360, out./dez. 2016, <https://periodicos.ufsc.br/index.php/katalysis/article/viewFile/43677/33207>, acessado em 21 de ago. de 2019.

NETTO, J. P. Transformações societárias e Serviço Social. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, ano 17, n.5, p. 86-131, abr. 1996.

____. **Introdução ao estudo do método de Marx**. São Paulo: Expressão Popular, 2011.

____. *Uma Face Contemporânea da Barbárie*. In: III Encontro Internacional “Socialismo ou Barbárie”. Serpa/ 2010.

____. A conjuntura brasileira: o serviço social posto à prova. **Revista Serviço Social & Sociedade**, São Paulo: Cortez , n.79. 2004.

NETTO, J. P. A construção do projeto ético-político contemporâneo. In: *Capacitação em Serviço Social e Política Social*. Módulo 1. Brasília: CEAD/ABEPSS/CFESS, 1999.

NORONHA, José Carvalho de; LIMA, Luciana Dias de; MACHADO, Cristiani Vieira. O Sistema Único de Saúde (SUS) conforma o modelo público de ações e serviços. Disponível Em:professora.yolasite.com/resources/12_O_Sistema_unico_de_saude_03.pdf. Acesso em 17 de jun. de 2017.

OLIVEIRA,W.B. **Mercantilização da Saúde e precarização do SUS**: rebatimentos no Hospital de Casimiro de Abreu. Niterói, 2014. 60 f. Trabalho de conclusão de curso - curso Serviço Social Universidade Federal Fluminense, 2014.

Resolução CFESS Nº 533, de 29 de setembro de 2008 que regulamenta a supervisão direta de estágio no Serviço Social.

BONFIM, Paula. Conservadorismo moral e serviço social: a particularidade da formação moral brasileira e sua influência no cotidiano de trabalho dos assistentes sociais. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2015.

RAICHELIS, Raquel. Intervenção O assistente social como trabalhador assalariado: desafios frente às violações de seus direitos. Revista Serviço Social e Sociedade nº 107. São Paulo, Cortez, 2011, pp.420-437. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/ssoc/n107/03.pdf>

O processo de Terceirização e seus efeitos sobre os Trabalhadores no Brasil, DIEESE departamento Intersindical de Estatísticas e Estudos socioeconômicos. Relatório Técnico – Convênio SE/MTE nº 04/2003, Processo nº 46010.001819/2003-27. <<http://ftp.medicina.ufmg.br/osat/arquivos/6-07082015.pdf>>ACESSADO NO DIA 11 de set. de 2019.

PEREIRA. Pereira, Reforma do Estado, Anotações de aula, Instituído classe, cidade (MG): SINJUS, ano, Parte 1.

PERDIGÃO, A.C.C. Determinações Sociais e Saúde: Repercussões Observadas nos Usuários em Adesão ao Tratamento da AIDS no Hospital Federal de Ipanema. Rio de Janeiro, 2015. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) – Escola de Serviço Social, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2015.

Chioro A, Scaff A. Saúde e cidadania : Saúde e cidadania: a imagem da plantação do Sistema Único de Saúde. Marília (SP); 1999. Disponível em URL: <<http://www.consaúde.com.br>>. Acessado em: 26 fev 2003.

VASCONCELOS, A. M. de. A/O Assistente Social na Luta de Classes: projeto profissional e mediações teórico-práticas. 1.ed. São Paulo: Cortez, 2015.

ANEXO I**Entrevista semiestruturada**

1. Nome:
2. Idade:
3. Qual a sua cor/ raça (auto-referenciado)?
4. Qual é a sua Religião?
5. Mora em que lugar?
6. Tempo de formação?
7. Estado civil: () solteiro/a () casado/a () viúvo/a () divorciado/a () outros
8. Você se formou em Universidade pública ou privada?
9. Você faz parte de algum movimento social/ partido?
10. Há quanto tempo está trabalhando no Hospital de Federal de Ipanema?
11. Em que setor atua?
12. Você acha a prática profissional se distancia do pensamento acadêmico?
13. Qual o seu vínculo empregatício com o Hospital de Ipanema?
14. O que entende por precarização da política de saúde?
15. Como se dá esta precarização em seu setor de trabalho?
16. Qual é a função do trabalho do Serviço Social no Hospital de Ipanema?
17. Quais as mudanças que o Serviço Social sofreu nos últimos anos de trabalho?
18. Você acha que isso afeta a saúde dos profissionais de serviço social no âmbito de seu trabalho?
19. já desenvolveu ou desenvolve algum tipo de trabalho interdisciplinar com outros profissionais; como foi a experiência?
20. Quais os desafios encontrados no cotidiano de trabalho que desafiam o projeto ético político?
21. Como é o seu cotidiano de trabalho na atual conjuntura?
22. Você é supervisora de estágio?
23. Como avalia a presença do estagiário em seu local de trabalho?
24. Quais as principais dificuldades encontradas nesse período em que está o Brasil?
25. Quais os principais desafios para sua atuação profissional em seu local de trabalho?
26. Já sofreu algum tipo de assédio ou constrangimento entre os colegas de equipe ou outros profissional ?
27. já sofreu racismo Institucional ou injúria racial?
28. já presenciou posturas Moralistas ou preconceituosas contras Minorias?
29. Quais as doenças que mais incidem nos profissionais decorrentes do exercício profissional?
30. você gostaria de contribuir com mais alguma coisa para esta pesquisa?

ANEXO II

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DA PESQUISA

O Sr(a) foi selecionado(a) e está sendo convidado(a) para participar da pesquisa intitulada: Precarização do Trabalho do Serviço Social no âmbito da Saúde: dilemas e desafios na atual conjuntura de crise, que tem como objetivos: o objetivo geral. *Analisar As Principais Formas De Precarização, Das Políticas de Saúde e o Impacto Do Trabalho Do Serviço Social No Hospital de Ipanema, além disso pretende fazer uma análise a partir de uma perspectiva histórica das mudanças ocorridas no mundo do trabalho e seus impactos no Brasil através dos anos 2010; identificar os impactos ocorridos no trabalho do Serviço Social a partir do desmonte das políticas sociais, de saúde, previdência e assistência; apontar as principais causas de adoecimentos dos Assistentes Sociais no âmbito de trabalho e entender o cotidiano dos profissionais e suas particularidades no atual conjuntura de crise*

Este é um estudo baseado em uma abordagem qualitativa, utilizando como método uma pesquisa bibliográfica e uma entrevista semi-estruturada. A pesquisa terá duração de quatro meses, com o término previsto para dezembro de 2019.

Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo. Quando for necessário exemplificar determinada situação, sua privacidade será assegurada uma vez que seu nome será substituído de forma aleatória. Os dados coletados serão utilizados apenas NESTA pesquisa e os resultados divulgados em eventos e/ou revistas científicas.

Sua participação é voluntária, isto é, a qualquer momento você pode recusar-se a responder qualquer pergunta ou desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição que forneceu os seus dados, como também na que trabalha.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder as perguntas a serem realizadas sob a forma de entrevista semi-estruturada. A entrevista será feita manualmente posterior a utilização dos dados – que será guardado por cinco (05) anos e incinerada após esse período.

O Sr(a) não terá nenhum custo ou quaisquer compensações financeiras. Trata-se de uma pesquisa com risco mínimo, pois serão aplicadas entrevistas semi-estruturadas, nas quais será preservado o sigilo, a participação dos entrevistados se precederá de explicações sobre a pesquisa, inclusive com a possibilidade de não-revelação dos nomes dos informantes. A invasão de intimidade do indivíduo é controlada. Ressalta-se que devido à área do orientador e da pesquisadora ser Serviço Social, com formação possibilitadora de trabalhos junto a grupos vulneráveis, caso ocorra algum caso expressivo que mereça cuidado mais aprimorado de algum profissional, como psicólogo, por exemplo, o entrevistado será encaminhado ao Setor da própria instituição. O benefício relacionado à sua participação será de gerar conhecimento para compreender o acesso às políticas públicas e ainda, aumentar o conhecimento científico para profissionais da área e do Serviço Social, em particular.

Sr(a) receberá uma cópia deste termo onde consta o celular/e-mail do pesquisador responsável, e demais membros da equipe, podendo tirar as suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento. Desde já agradecemos.

Mariléia Franco Marinho Inoue
Pesquisador Principal: ESS/UFRJ
Cel: (21) 98446-5958
e-mail: marileia.inoue@ess.ufrj.br
Comitê de Ética em Pesquisa

Daiana dos Santos Clementino
Graduanda da Escola de Serviço Social ESS/UFRJ
Cel: (21) 99179-6393
e-mail: daianapraiavermelha@gmail.com

Rio de Janeiro: 22 de março de 2018.

Declaro estar ciente do inteiro teor deste TERMO DE CONSENTIMENTO e estou de acordo em participar do estudo proposto, sabendo que dele poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer punição ou constrangimento.

Sujeito da Pesquisa: _____

ANEXO III

Ficha de identificação utilizada pelo Serviço Social do Hospital Federal de Ipanema.

 **HOSPITAL FEDERAL DE IPANEMA** Ministério da Saúde

FICHA SOCIAL

Nome: _____
 Nome social: _____
 Prontuário: _____
 Cartão do SUS: _____ Acomodação: _____
 Serviço /Clínica: _____

IDENTIFICAÇÃO
 Data de Nascimento: ____/____/____ Sexo: ____
 Possui Documentos:
 CERTIDÃO DE NASCIMENTO/CASAMENTO
 IDENTIDADE:
 CPF
 CTPS
 PIS
 OUTROS: _____

REFERÊNCIA SÓCIO/FAMILIAR:
 Grau de Afetividade: _____ TELEFONES: _____
 ENDEREÇO: _____
 Bairro: _____ Município: _____

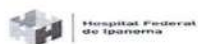
SITUAÇÃO FUNCIONAL E ESCOLAR
 ESTUDANTE
 SIM UNIDADE DE ENSINO: _____
 NÃO
 PROFISSÃO: _____
 LOCAL DE TRABALHO: _____
 VÍNCULO EMPREGATÍCIO: AUTÔNOMO CLT FACULTATIVO PRESTADOR DE SERVIÇO
 SERVIDOR PÚBLICO SEM VÍNCULO OUTROS

SITUAÇÃO PREVIDENCIÁRIA
 APOSENTADO AUXÍLIO DOENÇA AUXÍLIO RECLUSÃO LICENÇA LICENÇA MATERNIDADE
 PENSIONISTA SEM CONTRIBUIÇÃO HÁ 1 +ANO

RENDA DO PACIENTE
 Sem renda Até 1 SM 1 a 2 SM 3 a 4 SM 5 ou + SM

ACESSO A BENEFÍCIOS E PROGRAMAS SOCIAIS
 BPC BOLSA FAMÍLIA VALE SOCIAL/RIO CARD PASSE INTRESTADUAL OUTROS

1



Ministério da Saúde

HABITAÇÃO/ INFRAESTRUTURA**DOMICÍLIO**

ALUGADO CEDIDO POSSE PRÓPRIO OUTROS

TIPO DE CONSTRUÇÃO

ALVENARIA MADEIRA OUTROS

ÁGUA TRATADA: NÃO SIM

LUZ NÃO SIM

ÁREA DE FÁCIL ACESSO: NÃO SIM

NÚMERO DE CÔMODOS

1 1 A 4 5 A 6 A PARTIR DE 7

ESGOTO SANITÁRIO: NÃO SIM

COLETA DE LIXO: NÃO SIM

ÁREA DE RISCO: NÃO SIM

COMPOSIÇÃO FAMILIAR

NOME: _____ IDADE: _____

PARENTESCO: _____ ESCOLARIDADE: _____ OCUPAÇÃO: _____

NOME: _____ IDADE: _____

PARENTESCO: _____ ESCOLARIDADE: _____ OCUPAÇÃO: _____

NOME: _____ IDADE: _____

PARENTESCO: _____ ESCOLARIDADE: _____ OCUPAÇÃO: _____

RELIGIÃO: _____

COR:

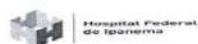
BRANCO PRETO PARDO

Obteve Informação Sobre O Seu Estado De Saúde?

SIM Não

Se sim informação sobre o seu estado de saúde?

Médico que atendeu Médico Plantonista Enfermeiro Técnico



Ministério da Saúde

Foi atendido pelo Serviço Social? Sim Não**RENDA FAMILIAR** SEM RENDA ATÉ 1 SM 1 A 2 SM 3 A 4 SM 5 OU + SM**SAÚDE****TIPO DE INTERNAÇÃO** ELETIVA URGÊNCIA/EMERGÊNCIA TRANSFERÊNCIA N/A**ACOMPANHANTE** NÃO TEM CRIANÇA/ADOLESCENTE IDOSO DEFICIENTE OUTROS

APÓS ALTA SERÁ REMOVIDO PARA: _____

TEM CONHECIMENTO DO DIAGNÓSTICO: NÃO SIMREALIZA ALGUM TIPO DE ATENDIMENTO EM UNIDADE DE SAÚDE: NÃO SIM_____
ASSISTENTE SOCIAL

DATA: ____/____/____