



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE



PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA - POSGRAP
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL - PROSS

JERUZIA SILVA DOS SANTOS

**TENSÃO, LIMITES E POSSIBILIDADES: ASSISTENTES SOCIAIS NO
COTIDIANO DO PROGRAMA DE TRATAMENTO FORA DO
DOMICÍLIO NA REGIÃO DE SAÚDE DE ALAGOINHAS/BA**

São Cristóvão – SE
2018

**TENSÃO, LIMITES E POSSIBILIDADES: ASSISTENTES SOCIAIS NO
COTIDIANO DO PROGRAMA DE TRATAMENTO FORA DO
DOMICÍLIO NA REGIÃO DE SAÚDE DE ALAGOINHAS/BA**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Serviço Social, da Universidade Federal de Sergipe, como exigência para a obtenção do título de Mestre em Serviço Social.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Nelmires Ferreira da Silva

**São Cristóvão – SE
2018**

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA CENTRAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE

S237t Santos, Jeruzia Silva dos
Tensão, limites e possibilidades : assistentes sociais no cotidiano do Programa de Tratamento Fora do Domicílio na região de saúde de Alagoinhas/BA / Jeruzia Silva dos Santos ; orientadora Nelmires Ferreira da Silva. – São Cristóvão, 2018.
179 f. : il.

Dissertação (mestrado em Serviço Social) – Universidade Federal de Sergipe, 2018.

1. Serviço social. 2. Assistentes sociais – Alagoinhas (BA). 3. Saúde pública. 4. Trabalho. 5. Programa de Tratamento Fora do Domicílio. I. Silva, Nelmires Ferreira da, orient. II. Título.

CDU 364-783.4(813.8)

JERUZIA SILVA DOS SANTOS

**TENSÃO, LIMITES E POSSIBILIDADES: ASSISTENTES SOCIAIS NO
COTIDIANO DO PROGRAMA DE TRATAMENTO FORA DO DOMICÍLIO NA
REGIÃO DE SAÚDE DE ALAGOINHAS/BA**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Serviço Social, da Universidade Federal de Sergipe, como exigência para a obtenção do título de Mestre em Serviço Social.

Orientadora: Prof.^a. Dr.^a. Nelmires Ferreira da Silva

Aprovado em: 03/04/2018

Prof.^a Dr.^a Josefa Lusitânia de Jesus Borges (Examinador interno)
(UFS)

Prof.^a Dr.^a Rosangela Marques dos Santos (Examinador interno)
(UFS)

Prof.^a Dr.^a Jane Cláudia Jardim Pedó (Examinador externo)
(UNIT)

Prof.^a Dr.^a Nelmires Ferreira da Silva
(orientadora)
UFV

Dedico esta dissertação a todos os trabalhadores do SUS, que cotidianamente enfrentam condições diversas e adversas, a fim de garantir o direito à saúde pública.

AGRADECIMENTOS

Na tentativa de fazer este agradecimento me peguei pensando na minha trajetória de vida, nas pessoas que conheci e que já não tenho tanto contato e, no quanto tantas pessoas contribuíram conscientes ou não para que eu estivesse defendendo esta dissertação. Percorri um longo caminho, por isso só tenho a agradecer a todos que passaram por este caminho e que de alguma forma deixaram um pouco de si. Nada foi fácil tampouco tranquilo. “A sola do pé conhece toda a sujeira da estrada” (provérbio africano). Quero agradecer a Deus, a minha família e a todos que me apoiaram ao longo desta jornada, em especial:

Aos meus pais, João e Josefa, por terem me dado educação, valores e muito amor;

Aos meus irmãos, Geiza, Jarison e Jéssica, nosso afeto, união e amizade estão entre os bens mais preciosos que possuo;

A meu companheiro, Wellington, que nem sempre compreendendo as minhas angústias esteve ao meu lado;

A minha orientadora, Dr.^a Nelmiere Ferreira da Silva, por aceitar a mudança de objeto de pesquisa um ano após o meu ingresso no mestrado, por conduzir-me nos caminhos da pesquisa, sua disponibilidade e suas contribuições, muito obrigada;

Ao corpo docente e funcionários da coordenação do PROSS/UFS, em especial Walter;

A banca avaliadora, por ter aceitado o desafio de colaborar com um trabalho tão denso;

Aos assistentes sociais, que participaram da pesquisa, sem os quais eu não conseguiria viabilizar esse estudo;

Aos colegas de turma, por compartilharmos mesmo que a distância os sentimentos da escrita, já que escrever é um momento individual, de concentração, e por sua natureza tão solitário. Nossos contatos sempre foram uma forma de alento;

As amigas que fiz na Residência e trouxe para a vida, Iara Barbosa, Vivia Santana e Maria Florência, por nossas trocas de incentivo, hoje, somos mestres e/ou doutorandas.

A Queila Patrícia, pessoa maravilhosa, amiga de turma, com quem dividi por um tempo não só moradia, mas sentimentos.

A Daniela por me ouvir falar do objeto de estudo frequentemente, pelas constantes leituras do andamento da minha escrita e pelos momentos de descontração.

Aos amigos não mencionados minha gratidão por cada momento vivido;

Diante de tanto apoio, agradecer é sempre oportuno e pouco.

“Cada pessoa que passa em nossa vida, passa sozinha, é porque cada pessoa é única e nenhuma substitui a outra! Cada pessoa que passa em nossa vida passa sozinha e não nos deixa só porque deixa um pouco de si e leva um pouquinho de nós. Essa é a mais bela responsabilidade da vida e a prova de que as pessoas não se encontram por acaso”.

(Charles Chaplin)

RESUMO

O Exercício Profissional dos assistentes sociais nos variados espaços sócio-ocupacionais tem sido objeto de múltiplos estudos, o qual possibilita um arsenal de pesquisas, produções e publicações acerca da temática. Na área da saúde é inegável e notória a expressividade desses estudos, entretanto, apesar dos intensos debates sobre a interlocução do Serviço Social com a reforma sanitária e a atuação destes profissionais em programas e projetos da saúde, no tocante ao exercício profissional de assistentes sociais no Programa de Tratamento Fora do Domicílio (PTFD) esse ainda é incipiente e tímido. Nesse sentido, a pesquisa em tela perpassa pela investigação da prática de profissionais da área de Serviço Social que atuam no PTFD tendo como objetivo geral analisar as demandas e respostas apresentadas pelos assistentes sociais no cotidiano do referido programa frente às contradições e tensões geradas pelo projeto privatista e focalizador do acesso ao direito universal à saúde. Entre outros objetivos, este estudo propõe-se caracterizar o perfil dos assistentes sociais inseridos no PTFD nos municípios da região de saúde de Alagoinhas/BA; refletir sobre os determinantes sócio-institucionais que impactam o exercício profissional dos assistentes sociais; mapear as demandas e ações interventivas dos assistentes sociais na viabilização do acesso a saúde no PTFD e; verificar se as ações interventivas dos assistentes sociais inseridos no PTFD estão em consonância com os preceitos das legislações que orientam e regulamentam o exercício profissional. No intuito de destrinçar algumas minúcias do cotidiano, optamos pelo método de análise materialismo histórico dialético, configurando-se pesquisa de caráter exploratório com abordagem qualitativa, mediante utilização de fontes de informações documental, oral e bibliográfica, com o uso das técnicas de entrevista semi estruturada e observação sistemática. Os resultados obtidos pelas análises desta investigação apontam, grosso modo, que os assistentes sociais têm exercido seu trabalho nos espaços ocupacionais do PTFD na região de saúde de Alagoinhas, foco do estudo, em situações concretas de trabalho não favoráveis ao cumprimento das condições éticas e técnicas do exercício profissional, dadas as precárias condições institucionais, as fragilidades dos vínculos empregatícios, baixas remunerações entre outros constrangimentos da dinâmica da sociedade salarial na atual conjuntura. Quanto às demandas de usuários essas têm sido respondidas na imediatividade e de forma emergencial apresentando-se fragmentadas e heterogêneas, enquanto as demandas institucionais têm requisitado novas atribuições, as quais nem sempre são inerentes às prerrogativas profissionais dos assistentes sociais. Entre as respostas profissionais, observamos posicionamentos condizentes com as legislações que normatizam a profissão. Identificamos também respostas profissionais com possíveis tendências a reificar práticas reprodutoras do conservadorismo, conformatadas pela intensa burocratização à luz do pragmatismo e praticismo, cuja rotina o Assistente Social não encontra possibilidades para reflexão crítica do real em sua totalidade, permanecendo numa visão do cotidiano micro da aparência do vivido, sucumbindo, em muitas situações, numa percepção de mundo que refrata a essência da complexidade da vida social.

Palavras-Chave: Assistente Social. Exercício Profissional. Cotidiano. Programa de Tratamento Fora de Domicílio. Saúde.

ABSTRACT

The Professional Exercise of social workers in various socio-occupational spaces has been the object of multimodal studies, which enables an arsenal of research, productions and publications about the theme. In the area of health is undeniable and notorious the expressiveness of these studies, however, despite intense debates about the Interlocution Social Service with the sanitary reform and action of these professionals in health programs and projects, in relation to the professional exercise of social workers in the treatment program outside the home (PTFD) that is still incipient and shy. In this sense, the research on canvas permeates through research of the practice of professionals in the area of Social Services that operate in the PTFD having as general objective to analyze the demands and responses submitted by social workers in the everyday life of the said program ahead of the contradictions and tensions generated by the project focusing and private access to the universal right to health. Among other objectives, this study intends to characterize the profile of social workers inserted in the PTFD in municipalities of the region of health of Alagoinhas/BA; reflect on the socio-institutional determinants that impact the professional exercise of social workers; mapping the interventive demands and actions of social workers in enabling access to health at PTFD and; check if the interventive actions of social workers inserted in the PTFD are in line with the precepts of the laws that govern and regulate the professional exercise. In order to unravel some of the minutiae of daily life, we opted for the method of analysis historical materialism dialectic, configuring exploratory research with qualitative approach, using documentary sources of information, and oral literature, with the use of semi-structured interview techniques and systematic observation. The results obtained by the analysis of this research suggest, grosso modo, that social workers have exercised their work in the spaces of PTFD occupational health in the region of Alagoinhas, focus of the study, in concrete situations of work not conducive to compliance with the ethical conditions and techniques of professional exercise, given the precarious institutional conditions, the fragilities of employment contracts, low wages among other constraints of the dynamics of wage society in the current situation. As the demands of users these have been answered in the immediacy and emergency form presenting itself fragmented and heterogeneous, while the institutional demands have ordered new assignments, which are not always inherent in the prerogatives of professional social workers. Among the professional responses, we observed positions consistent with the laws that normatize the profession. Also professional responses to identify possible trends reifying breeding practices of conservatism, conformatadas by intense bureaucratization in the light of pragmatism and praticismo, whose routine Social Worker finds no possibilities for critical reflection of the real in its entirety, Staying in a vision of everyday micro appearance of lived, succumbing, in many situations, a perception of the world which refracts the essence of the complexity of social life.

Keywords: Social Worker. Professional Exercise. Everyday life. The treatment program outside the home. Health.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABESS - Associação Brasileira de Ensino de Serviço Social
ABEPSS - Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social
ADI- Ação Direta de Inconstitucionalidade
ANAS - Associação Nacional de Assistentes Sociais
BA – Bahia
BH – Belo Horizonte
BM - Banco Mundial
CAPs - Caixas de Aposentadorias e Pensões
CBAS - Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais
CBES - Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CEAP - Centro de Educação e Assessoramento Popular
CF – Constituição Federal
CFAS - Conselho Federal de Assistentes Sociais
CFESS - Conselho Federal de Serviço Social
CIB – Comissão Intergestores Bipartite
CIT - Comissão Intergestores Tripartite
CLT - Consolidação das Leis do Trabalho
CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde
CNS - Conselho Nacional de Saúde
CRESS- Conselho Regional de Serviço Social
DATASUS - Departamento de Informática do SUS
DIEESE - Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos
DIREs – Diretoria Regional de Saúde
DRU - Desvinculação de Recursos da União
EAD- Educação à Distância
EC - Emenda Constitucional
EPU - Encargos Previdenciários da União
ESF - Estratégia de Saúde da Família
FEF - Fundo de Estabilização Fiscal
FHC - Fernando Henrique Cardoso
FMI - Fundo Monetário Internacional
FSE - Fundo Social de Emergência

GATT - Acordo Geral de Tarifas e Comércio
IAPs - Institutos de Aposentadoria e Pensões
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDEB- Índice de Desenvolvimento da Educação Básica
IDH - Índice de Desenvolvimento Humano
IES - Instituições de Ensino Superior
IFBA- Instituto Federal Baiano
INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS - Instituto Nacional da Previdência Social
LDO - Lei de Diretrizes Orçamentárias
LOS - Lei Orgânica da Saúde
LRF - Lei de Responsabilidade Fiscal
MS - Ministério da Saúde
NAFTA - Tratado Norte-Americano de Livre Comércio
NOAS - Normas Operacionais de Assistência a Saúde
NOBs - Normas Operacionais Básicas
NRS - Núcleo Regional de Saúde
OEA - Organização dos Estados Americanos
ONGs - Organizações Não Governamentais
ONU - Organização das Nações Unidas
PBF - Programa Bolsa Família
PCES - Pacote de Cuidados Essenciais de Saúde
PDR - Plano Diretor de Regionalização
PEC - Proposta de Emenda à Constituição
PIB - Produto Interno Bruto
PNS - Política Nacional de Saúde
PNUD - Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PPI - Programa de Pactuações Integradas
PPP - Parcerias Público-Privadas
PROSS - Programa de Pós-Graduação de Serviço Social
PSF - Programa de Saúde da Família
PTFD - Programa de Tratamento Fora do Domicílio
RAG - Relatório Anual de Governo
SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SAS - Secretaria de Atenção à Saúde

SE - Sergipe

SEI - Superintendência de Estudos Econômicos e Sociais da Bahia

SESAB - Secretaria de Saúde do Estado da Bahia

SIA - Sistema de Informações Ambulatoriais

SIH - Sistemas de Informação Hospitalar

SISREG - Sistema Nacional de Regulação

SUS - Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TFD - Tratamento Fora do Domicílio

UFS - Universidade Federal de Sergipe

UNEB - Universidade do Estado da Bahia

UTI - Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	14
1. CAPÍTULO I - PROBLEMATIZAÇÃO E TRAJETÓRIA TEÓRICO-METODOLÓGICO PARA APREENSÃO DO OBJETO DE PESQUISA.....	20
1.1. Os caminhos teórico-metodológicos da pesquisa.....	21
1.1.1. Contextualização do problema de pesquisa à luz da complexidade da vida social	21
1.1.2. Abordagem e procedimentos teórico-metodológicos: da aparência a essência.....	37
2. CAPÍTULO II - SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE: INTERLOCUÇÃO E PECULIARIDADES DO EXERCÍCIO PROFISSIONAL DOS ASSISTENTES SOCIAIS.....	57
2.1. A profissão de Serviço Social: transformações societárias e (re) significação profissional.....	58
2.1.1. Serviço Social, política social e capitalismo: Incursão histórica da gênese da profissão à construção do Projeto Ético Político Profissional.....	58
2.1.2. Trabalho profissional: a tensa agenda neoliberal e o compromisso com a Perspectiva do Projeto Ético-Político do Serviço Social.....	72
2.2. Política de Saúde no Brasil - da reforma sanitária ao desmonte do SUS: assistentes sociais tecendo fios e desafios.....	84
2.2.1. Assistente Social no SUS: situando o campo dos limites e possibilidades, demandas e respostas socioprofissionais.....	84
2.2.2. Programa de Tratamento Fora de Domicílio: espaço de atuação do Assistente Social.....	98
3. CAPÍTULO III – O ASSISTENTE SOCIAL, TRABALHADOR DA SAÚDE: LIMITES E POSSIBILIDADES FRENTE AO PROGRAMA DE TRATAMENTO FORA DO DOMICÍLIO NA REGIÃO DE SAÚDE DE ALAGOINHAS/BA.....	109
3.1. Aspectos característicos gerais do PTFD na Região de Saúde de Alagoinhas....	110
3.1.1. Caracterização do campo de estudo.....	110
3.1.2. O Programa Tratamento Fora do Domicílio nos Municípios da Região de Saúde de Alagoinhas.....	120
3.2. Aspectos particulares do cotidiano do exercício profissional dos assistentes sociais no PTFD em Alagoinhas/BA.....	129
3.2.1. Trabalho Assalariado e Autonomia Relativa: tensões e contradições do exercício profissional de assistentes sociais do PTFD.....	129
3.2.2. Cotidiano e exercício profissional: Competências exigidas e respostas profissionais.....	143
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	163
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	165
6. APÊNDICES.....	174

INTRODUÇÃO

Os profissionais de Serviço Social no Brasil atuam em diversos espaços sócio-ocupacionais, com legado majoritário no conjunto das políticas públicas, marcadamente, requisitados pela área da saúde na qual desenvolvem seu exercício profissional¹. E, por seu turno, são reconhecidos como profissional da saúde por meio da Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 218/1997. Ao longo do processo de inserção na política de saúde os assistentes sociais têm mantido uma interlocução com o movimento pela reforma sanitária e, na atualidade, estão presentes na luta pelo direito a universalização da saúde, participação, controle social e materialização do Sistema Único de Saúde (SUS). Entretanto, são numerosos os limites e desafios que esses profissionais têm encontrado no seu fazer diário, a fim de materializar não só o direito à saúde, mas também os demais previstos na Constituição Federal - CF de 1988. Tais desafios relacionam-se diretamente com a contradição existente entre a política econômica neoliberal em vigência no país e os preceitos constitucionais.

Nesse sentido, os assistentes sociais diante do aviltamento das expressões da “questão social²”, e crescente aumento da demanda de trabalho, têm buscado realizar suas práticas profissionais com a perspectiva de efetivar direitos nos moldes da constituinte, numa conjuntura de restrição orçamentária, estreitamento e sucateamento das políticas sociais. Essa contradição não é casual, haja vista que o Estado, pretensamente, tem respondido as expressões das mazelas sociais por meio da sua refração e seletividade de modo a implementar políticas sociais minimalistas, não atendendo a totalidade das necessidades dos

¹ A alusão ao exercício profissional dos assistentes sociais é permeada por uma grande heterogeneidade de terminologias e ainda que tal discussão não seja parte do escopo desta dissertação julgamos pertinente indicar alguns desses termos comumente encontrados nas leituras sobre a temática. Vasconcelos (2013, p.140) chama a atenção que “[...] alguns utilizam o termo prática, a exemplo Guerra (2009); outros optam por ação profissional, a exemplo de Mioto (2007); outros, como Yamamoto (1998; 2009), defendem o termo trabalho, destacando que o uso desse em lugar de prática profissional não indica uma simples mudança de terminologia, mas a ultrapassagem de uma concepção que se referia exclusivamente à atividade do assistente social, como se os componentes desse exercício profissional (a dinâmica institucional, as políticas sociais, etc.) tivessem com ele uma relação de externalidade; já analistas como Lessa (2007) questiona tal uso do conceito de trabalho, trazendo a tona uma polêmica discussão”. Nesta produção utilizamos de forma indistinta os termos exercício profissional, atuação profissional, ação profissional e trabalho. Entretanto, no que se refere à polêmica sobre o Serviço Social ser ou não trabalho, é fundamental sinalizar, que as análises desenvolvidas nesta produção corroboram com Yamamoto (2008; 2009; 2012).

² Optamos por utilizar o termo "questão social" entre aspas por compreender que tal expressão "não é semanticamente unívoca; ao contrário, registram-se em torno dela compreensões diferenciadas e atribuições de sentido muito diversas" (NETTO, 2001, p. 41) sendo inclusive um termo capturado por correntes conservadoras, entretanto, nas citações de autores que optam por utilizar o termo sem aspas manteremos o original do autor. A compreensão de “questão social” aqui é entendida como “[...] o conjunto de problemas políticos, sociais e econômicos que o surgimento da classe operária impôs no curso da constituição da sociedade capitalista.” (NETTO, 2009, p.17). Essa é “[...] indissociável do processo de acumulação e dos efeitos que produz sobre o conjunto das classes trabalhadoras, o que se encontra na base da exigência de políticas sociais públicas” (IAMAMOTO, 2001, p.11).

usuários, mas atuam como um mecanismo de coesão social, ao mesmo tempo em que são refuncionalizadas aos interesses capitalistas.

Diante desse cenário, a política de saúde historicamente tem sido objeto de interesse dos representantes do grande capital que, por sua vez, apresenta-se como um lucrativo negócio mesmo após a CF de 1988, com a criação do SUS. Por conseguinte, hodiernamente a iniciativa do Estado e setores privados acirraram novos pactos e alianças que fortalecem ainda mais as parceiras públicas e privadas, priorizando a “comercialização dos serviços de saúde”, ao invés da sua oferta pública e universal. Destarte, na dinâmica societária do estágio do capitalismo monopolista³ financeiro convivem em tensão e disputa dois projetos: o primeiro voltado para sua universalização e; o segundo para a mercantilização, conforme veremos no decorrer desta produção. O Estado, no contexto de suas ampliações de funções e repactuações ora tem respondido às pressões das lutas dos sujeitos organizados, ora respondidos aos interesses de mercado.

As investidas contra o SUS, sobretudo, por meio do seu subfinanciamento têm ocasionado notórias dificuldades à materialização do direito à saúde, persistindo os problemas das desigualdades de acesso aos serviços em detrimento da universalização. A fragmentação da atenção em detrimento da integralidade e, a focalização com vista à equidade como é o caso do Programa de Tratamento Fora do Domicílio (PTFD), passa a assumir o caráter de exclusão do acesso.

A agenda de contrarreformas da saúde pública com tendente desuniversalização promove a desfinanceirização/subfinanceirização do SUS e gera percalços como os acima descritos. O Estado tem por intenção estimular o crescimento do setor privado via planos de saúde e focalizar os serviços do SUS restritamente no atendimento aos pobres, através do pacote mínimo para a saúde (Pacote de Cuidados Essenciais de Saúde – PCES)⁴. Assim sendo, o conjunto multifacetado dos problemas que perpassam o SUS, no marco da política

³ A era dos monopólios é um período da acumulação do capital baseado no controle de mercados, através de acordos entre empresas por meio de fusões (trustes, cartéis, *pool*) e, ainda, apoiado no sistema de crédito financeiro. Segundo Lênin (2012) a tendência aos monopólios é um dos fenômenos mais importantes do capitalismo e esse na sua fase imperialista conduz a uma socialização integral da produção com apropriação privada. É um modelo que permite uma maior integração entre capital industrial e capital bancário.

⁴ No Encontro de Trabalho do Ministério da Saúde e da Solidariedade Social realizado em 2016 definiu-se como PCES o conjunto de intervenções de promoção, prevenção e reabilitação que deveriam estar disponíveis à população do país. Esse “pacote” teria a finalidade de melhorar a equidade de acesso ao SUS, sobretudo, o acesso da população vulnerável do país. Entretanto, a oferta dos serviços deveria ter por base a relação custo-eficácia não contemplando todas as necessidades de saúde da população e, conseqüentemente, não satisfazendo a integralidade. Logo, pelo PCES o SUS ofereceria atendimentos mínimos de saúde aos que não podem pagar e deixando para o setor privado a oferta de serviços dos que podem arcar com os custos de seu tratamento de saúde justificando essa ação como necessária a melhoraria da eficiência global do sistema de saúde.

neoliberal, configuram-se como um espaço de múltiplas demandas, muitas dessas entendidas enquanto objetos de intervenção do Serviço Social.

Os assistentes sociais na política de saúde têm sido requisitados a atender demandas tanto do projeto privatista como demandas do projeto de reforma sanitária podendo sua prática operar no sentido de fortalecimento da perspectiva do direito e promoção da cidadania ou reforçar a perspectiva conservadora, de favorecimento a aceção mercantil, ao desenvolver uma atividade pragmática e utilitarista, na qual a condução de suas ações é baseada na burocracia institucional e no arsenal de critérios e regras estabelecidas, selecionando os usuários conforme estas e não articulando as demandas postas a totalidade social.

Partindo desses aspectos, focalizamos a atuação dos profissionais de Serviço Social em programas e projetos de saúde, a exemplo do PTFD, o que nos induziu aos questionamentos acerca dos limites e possibilidades de materialização do acesso ao direito à saúde, no quadro das políticas sociais sob a égide do capitalismo financeiro, cujas expressões são refração, minimização e setorização dos bens e serviços assegurados para a proteção social.

Com base no exposto, procuramos dá centralidade a relação Assistente Social e PTFD, esse último tendo por primazia promover a integralidade e equidade na oferta de atendimento à saúde pública. Além disso, propõe funcionar como um mecanismo de cidadania e inclusão social, devendo contribuir com o efetivo funcionamento da política de saúde. Entretanto, na conjuntura de avanços das estratégias de mercantilização dos bens e serviços públicos com vista ao enfrentamento da crise do capital, tendência-se ao condicionamento da nova lei de acumulação de mercado bem como das regras do jogo burocrático institucional. A partir desse panorama sinalizamos que a pesquisa tem como objetivo geral analisar as demandas e as respostas sócio-profissionais dos assistentes sociais no cotidiano do PTFD frente ao seu compromisso ético-político e as contradições e tensões geradas pelo projeto privatista e focalizador do acesso ao direito universal a saúde.

Como o exercício profissional do assistente social não ocorre de modo isolado, a totalidade dos processos de trabalho em que se insere é permeado por múltiplas determinações que influenciam nas suas práticas e, conseqüentemente, nas respostas profissionais. Dentre essas determinações podemos citar a estrutura e organização das políticas sociais, seu relacionamento com o Estado e as crises estruturais do capital, essas últimas desempenhando papel significativo nas mudanças das políticas sociais, pois sempre que uma nova crise se apresenta o Estado, pressionado pelos detentores do capital, tende a modificar as estruturas

das políticas sociais refuncionalizando-as aos interesses do capital sob a justificativa de promover o desenvolvimento e, exercendo influência direta no exercício profissional.

Assim, dentre outros objetivos, almejamos caracterizar o perfil dos assistentes sociais inseridos no PTFD, nos municípios da região de saúde de Alagoinhas/BA; refletir sobre os determinantes socioinstitucionais que impactam o exercício profissional dos assistentes sociais; mapear as demandas e ações interventivas do assistente social na viabilização do acesso a saúde no PTFD; verificar se as ações interventivas dos assistentes sociais inseridos no PTFD estão de acordo com os preceitos das legislações que orientam e regulamentam o exercício profissional.

Nessa direção, sublinhamos os elementos que motivaram o interesse pelo tema, os quais encontram-se na explicativa em torno da função da trajetória profissional da pesquisadora. Inicialmente como servidora pública da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Real/BA e, posteriormente, enquanto assistente social residente do Programa de Residência Multiprofissional em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) adulto no município de Aracaju/SE. Foi por meio das experiências profissionais adquiridas nestes espaços que se tornou possível a aproximação com o PTFD, bem como as reflexões e aprimoramento intelectual com base em referências bibliográficas nas disciplinas de Graduação, no curso de Residência em Saúde e na Pós-Graduação a nível de mestrado, favoreceram o contato com o arsenal de leituras de políticas públicas e sociais, Serviço Social e saúde.

Justificamos esta pesquisa partindo da concepção de que, da mesma forma como o Estado não é uma instituição imutável, do mesmo modo o formato das políticas sociais também não são, o que as tornam possíveis de mudança, podendo mover-se e reconfigurar-se diante das crises do capital e da forma como o Estado (capturado pelo capital) adota os mecanismos de enfrentamento a essas. É nesse formato estrutural que as mudanças nas políticas sociais impactam e interferem no exercício profissional dos assistentes sociais. Nesse âmbito, compreendemos que o Serviço Social enquanto uma profissão que se particulariza pela intervenção nas múltiplas expressões da “questão social” e que a depender da instituição e política a qual está inserido encontra particularidades (não especificidades) no seu fazer profissional acreditamos que a proposta de pesquisa aqui apresentada, pode contribuir para desvelar a singularidade da atuação profissional junto ao PTFD.

Tal pesquisa ganha relevância ao considerarmos que estamos vivenciando um momento de grande regressão de direitos sociais, com a aprovação da Proposta de Emenda à Constituição (PEC) 55/2016 que restringe gastos sociais para os próximos vinte anos e cujos resultados serão sentidos em todas as políticas públicas, sobretudo a de saúde que já enfrenta

problemas decorrentes principalmente do desfinanciamento. Logo, a discussão de aspectos que interferem e comprometem a política pública e, por conseguinte, a ação profissional do assistente social torna-se relevante.

Acreditamos que a relevância deste estudo está em proporcionar discussões referentes ao PTFD, tema de caráter relativamente novo (revelado claramente na escassez de produção científica sobre o mesmo), sendo esse um benefício pouco conhecido e discutido, tanto na academia quanto na sociedade como um todo. Para o Serviço Social sua importância está centrada na produção de conhecimento sobre o tema, visto que esse profissional tem sido convocado a trabalhar na operacionalização do referido benefício, além de certa carência no debate teórico-prático expressos nas publicações da área.

Logo, justificamos este trabalho em virtude de que a temática pode favorecer o repensar do pragmatismo ainda existente na profissão, bem como conhecer o benefício nos seus entraves e potencialidades para a promoção da saúde pública brasileira. Vale ainda assinalar que esse é um benefício pouco conhecido pelos usuários que dele necessitam, o qual requer uma ampliação e socialização desse debate.

No que tange ao Programa de Pós-Graduação de Serviço Social (PROSS/UFS), sua contribuição traduz-se na possibilidade de revigorar e fortalecer o debate da saúde pública, o qual vem sendo desenvolvido como eixo transversal em algumas disciplinas; no grupo de pesquisa da saúde do programa e nas dissertações que estão sendo produzidas. Além disso, provocar novas reflexões no que se referem às linhas de pesquisa do referido programa que centraliza Política Social e Serviço Social.

Para o PTFD da Região de Saúde de Alagoinhas/BA, acreditamos que a contribuição está em sistematizar e dar visibilidade ao trabalho profissional que está sendo desenvolvido na região, também permitirá que gestores e profissionais vinculados ao PTFD, tenham acesso a uma fonte de informação de base científica que pode contribuir com seus processos de avaliação. Dentre outras possibilidades de reflexão acerca da execução do programa, suas estratégias, fragilidades e potencialidades, assim, sinalizadas neste estudo.

Para fins de organização didática, esta dissertação encontra-se sistematizada em três capítulos, dividido da seguinte forma:

O capítulo I, no primeiro momento, discorremos sobre a trajetória teórica e metodológica trilhada para apreensão do objeto deste estudo, com a finalidade de apresentarmos aspectos da profissão, política de saúde e do PTFD sinalizando para situações que julgamos serem problemas de pesquisa. Nesse sentido, partimos de perguntas e questionamentos.

A partir dos problemas construímos suas problematizações e essas conduziram os objetivos, as questões norteadoras e a hipótese do estudo. No delineamento dos caminhos metodológicos necessários e que tornam possível a concretização do estudo proposto, ainda apresentamos os instrumentos e as técnicas de pesquisa que foram utilizados como meios para a pesquisadora apropriar-se da matéria em estudo.

No capítulo II, a fim de conduzirmos esta pesquisa situamos o debate teórico sócio-histórico, político e econômico que permite visualizar como processaram-se as demandas e respostas dos assistentes sociais ao longo do tempo, refletindo sobre os elementos que determinaram/determinam a atuação desses profissionais, de modo geral, para suscitar aqueles que sugestionam atualmente o pensar-fazer profissional na política de saúde e no PTFD. Desse modo, realizamos um resgate do surgimento da profissão, seu significado sócio-histórico, as alterações das requisições, as características que a profissão foi adquirindo, a configuração das demandas que se apresentaram e das respostas profissionais. Suscitamos o debate dos novos desafios posto na atualidade ao Projeto Ético Político Profissional e formas de enfrentamento.

Discutimos as particularidades do exercício profissional na área da saúde, sinalizando o subfincanciamento/desfinanciamento da política como um dos principais indicadores dos limites da política e da intervenção profissional. Finalizamos trazendo elementos sobre a inserção profissional de assistentes sociais no PTFD e chamamos atenção para aspectos da legislação do SUS e do PTFD que dialogam com as normatizações e orientações profissionais, bem como apresentamos os elementos que divergem entre si. Nesse sentido, situamos o campo das demandas e limites da atuação profissional em seus aspectos gerais.

Por fim, no terceiro e último capítulo, nos dedicamos à pesquisa empírica e neste trouxemos a análise do objeto de estudo à luz das considerações teóricas dos capítulos anteriores. Para tanto, caracterizamos o *locus* da pesquisa, a estrutura e funcionamento do SUS e do PTFD na região de saúde; abordamos questões relativas ao perfil profissional; refletimos a condição de trabalhador assalariado, a relativa autonomia e os determinantes sócio - institucionais que impactam no exercício profissional; adentramos a esfera das requisições institucionais, demandas de usuários e as respostas profissionais analisando se ações interventivas dos assistentes sociais condizem com as legislações profissionais e com os preceitos do Projeto Ético Político e, assim, finalizamos com alguns apontamentos da concepção que os assistentes sociais têm acerca do Projeto Profissional.

CAPÍTULO I

PROBLEMATIZAÇÃO E TRAJETÓRIA TEÓRICO-METODOLÓGICO PARA APREENSÃO DO OBJETO DE PESQUISA

Todo começo é difícil em qualquer ciência.
Extraída d'O Capital (MARX, 1968, p.4).

Elaboramos este capítulo com o propósito de apresentarmos os caminhos teóricos e metodológicos percorridos para apreensão do objeto de estudo. A sistemática dissertativa situa o problema e a problematização visualizando o objetivo e as questões que instigaram esta pesquisa. Nesse sentido, a proposta em voga encontra-se estruturada em um tópico com dois subtemas, os quais se intitulam: I) Contextualização do problema de pesquisa à luz da complexidade da vida social e, II) Abordagem e procedimentos teórico-metodológicos, cujo movimento vai da aparência a essência.

O primeiro subtema traz à baila, um debate sobre o Programa de Tratamento Fora do Domicílio enquanto um benefício da Política de Saúde, o qual é perpassado pelas dinâmicas e contradições dessa política, sendo esse um campo legítimo de atuação do assistente social. Fizemos a historização sobre a constituição e configurações das políticas sociais relacionando-as a institucionalização e funcionalidade da profissão na era dos monopólios, situando o ofício dentro do contexto dos projetos em disputa na área da saúde e do seu compromisso com o Projeto Ético-Político Profissional.

Observando essas questões problematizamos sobre os entraves para materialização do SUS de modo geral e em particular no estado da Bahia, entraves esses que têm perpassado o cotidiano do PTFD e que se apresentam enquanto demandas para os assistentes sociais inseridos nessa política. A partir dessa contextualização surgiram as questões norteadoras, objetivos e hipóteses.

Por fim, compreendemos que o objeto de estudo proposto é permeado por múltiplas determinações econômicas, políticas, sociais, culturais, entre outras; ao mesmo tempo em que também é perpassado pelo véu ideológico do “mundo da pseudoconcreticidade”, próprio do cotidiano e, como bem advoga Kosik (1995) é necessário garantir a destruição da pseudoconcreticidade para que possamos ultrapassar as manifestações fenomênicas e atingir a *coisa em si* – essência do objeto. Então, a abordagem deste estudo referenciou-se pela perspectiva crítico dialética e os procedimentos teórico-metodológicos que adotamos, no qual encontram-se elencados no segundo subtema deste capítulo.

1.1 Os caminhos teórico-metodológicos da pesquisa

1.1.1 Contextualização do problema de pesquisa à luz da complexidade da vida social

Segundo Minayo (2001), toda investigação se inicia por alguma inquietação ou dúvida, muitas vezes, provindas de estudos anteriores, os quais instigam o pesquisador a buscar respostas que contemplem a realidade problematizada pelas observações e situações vivenciadas. Logo, a proposta de estudo ora apresentada, foi originada a partir das experiências desenvolvidas enquanto servidora pública da central de marcação de exames e consultas do município de Rio Real no interior da Bahia no período de 2011 a 2013.

Nesse espaço de trabalho, diariamente são realizados serviços de encaminhamentos de usuários para outras unidades da federação por meio de Programa de Pactuações Integradas (PPI)⁵ entre o referido município e aqueles contratualizados em virtude do município de origem não possuir estrutura técnica e/ou profissional para atendimento de determinadas patologias. Alguns desses encaminhamentos são feitos através do PTFD, sobretudo os oncológicos e renais.

Enquanto profissional de nível médio e estudante de Serviço Social observava naquele período (2011-2013) que havia uma grande demanda de usuários que necessitavam de atendimento de média e alta complexidade⁶, o qual o município não dispunha, bem como havia uma grande demanda que chegava para o Serviço Social solicitando inclusão de beneficiários no programa de TFD.

Entretanto, pelos próprios critérios de exclusão da lei que o regulamenta (Portaria SAS 55/1999), a exemplo da distância entre a cidade de origem e a do tratamento corresponder ao mínimo de cinquenta (50) km, tais usuários não podiam ser cadastrados e aqueles que estavam dentro do perfil desconheciam o benefício. Além disso, a gestão em vigor afirmava que os recursos financeiros disponíveis eram insuficientes para atender toda a

⁵ “A PPI é um processo que visa definir a programação das ações de saúde em cada território e nortear a alocação dos recursos financeiros para a saúde, a partir de critérios e parâmetros pactuados entre os gestores” (BRASIL, 2006, p.33).

⁶ A média complexidade corresponde aos procedimentos de saúde mais especializados que os procedimentos ofertados na Atenção Básica, como por exemplo, os serviços de oftalmologia, cardiologia, endocrinologia, infectologia, mastologia, dentre outros. A alta complexidade, por sua vez, é composta pelos procedimentos que, no contexto do SUS, envolve recursos tecnológicos avançados e de alto custo, tem por objetivo oportunizar à população acesso a serviços de qualidade, integra-se a atenção básica e a média complexidade. As principais áreas que compõem no SUS, são: assistência ao paciente portador de doença renal crônica, ofertando serviços como a hemodiálise; assistência ao paciente oncológico, ofertando serviços como a quimioterapia; dentre outras (BRASIL, 2009).

demanda de usuários que necessitavam do PTFD e apresentava a seguinte solução ao problema: disponibilizava o transporte para o deslocamento dos usuários e cadastramento no programa de TFD apenas os usuários que demandassem tratamento mais prolongado.

O segundo contato com o PTFD ocorreu entre 2014/2015 enquanto assistente social residente vinculada ao Programa de Residência Multiprofissional em UTI de um hospital filantrópico no município de Aracaju/SE. No citado programa, observou-se que, dentre os setores previstos no plano de formação/especialização do programa de residência, constava-se a necessidade de uma carga horária dos assistentes sociais, futuros especialistas em UTI, no atendimento a usuários no ambulatório de oncologia do hospital.

Por se tratar de um setor que oferecia tratamento radioterápico, após a prescrição do plano do tratamento realizado pelo médico, fazia-se necessário a presença diária dos usuários no ambulatório para realizarem as sessões do tratamento e, caso esses usuários não comparecessem corria-se o risco do comprometimento do tratamento e agravamento da doença. Dessa forma, muitos eram os usuários que procuravam espontaneamente ou eram encaminhados pelos demais profissionais do ambulatório para atendimento no setor de serviço social, na busca de respostas imediatas para a solução de problemas como deslocamento, hospedagem, alimentação, dentre outros.

Tais demandas davam-se em virtude da maioria dos usuários que frequentavam o referido ambulatório serem pessoas vindas do interior do Estado de Sergipe (SE) e com baixa condição econômica. Nesse âmbito, as respostas profissionais dos assistentes sociais inseridos naquele ambulatório instrumentalizam-se nos encaminhamentos desses usuários para cadastramento no Programa de TFD dos municípios de origem, com a finalidade de garantir os meios necessários a não interrupção do tratamento.

Depois de realizados esses encaminhamentos o Serviço Social do ambulatório acompanhava o retorno do cadastramento e inclusão dos usuários no PTFD dos municípios por meio do atendimento direto aos usuários e do recebimento das documentações burocráticas que exigiam assinaturas dos profissionais vinculados tanto ao ambulatório quanto aos profissionais da equipe de composição do TFD dos municípios.

A presença de assistentes sociais no PTFD não é algo obrigatório ou previsto na lei de regulamentação do mesmo, entretanto, como a Portaria SAS 55/1999 determinou que os estados brasileiros e o Distrito Federal construíssem seus manuais de operacionalização do TFD, contendo os fluxos e rotinas, é possível verificar a presença dos assistentes sociais enquanto profissionais vinculados a esse programa em alguns de seus manuais, a exemplo do manual do Estado da Bahia, o qual prevê que na Comissão Autorizadora do TFD Interestadual

haverá três assistentes sociais devendo ocorrer dimensionamento em compatibilidade com a demanda.

A inserção do assistente social na operacionalização do TFD é justificada por esse programa ser parte integrante da política de saúde, no qual, esse profissional enquanto trabalhador atua no planejamento, elaboração e execução do conjunto de projetos, programas e ações em defesa do direito ao acesso universal à saúde. Além disso, historicamente tem sido requisitado para atuar nos mais diversos espaços sócio-ocupacionais, junto aos segmentos mais subalternos da sociedade e intervir em situações sociais que afetam as condições concretas de vida de seus usuários, entre essas as que perpassam o cotidiano dos usuários em TFD.

É importante destacarmos, também, que o TFD é um benefício que se enquadra na ótica dos direitos sociais, pois atende às demandas da população, principalmente nos municípios com baixa condição socioeconômica (FERNANDES, 2010). Ressaltamos ainda que, a realidade em que se encontram os municípios brasileiros na atual conjuntura de crise e minimização do estado via políticas neoliberais a grande maioria das famílias apresentam-se impossibilitadas de arcar com despesas de um tratamento de saúde oneroso.

Logo, o assistente social inserido no PTFD tem sido demandado a intervir em situações que afetam diretamente a manutenção da vida desses usuários, já que o TFD é um benefício destinado a alta complexidade do SUS, onde se inserem os níveis mais elevados de agravamento das doenças. Importa dizer que essa condição de intervenção faz com que esse profissional possua como marca de sua constituição “uma dimensão de interferência imediata no real, de ação na sociedade” (IAMAMOTO, 1992, p.194).

Conforme os resultados da pesquisa de Fernandes (2010) e Azevêdo (2015), o público atendido no TFD é composto majoritariamente por parcelas de usuários do SUS em maior vulnerabilidade socioeconômica, assim, é esse público que tem demandado atendimentos do Serviço Social. Importa dizer que, o caráter de intervenção e o atendimento de demandas para públicos mais subalternos não são casuais, haja vista o próprio percurso e protoformas da referida profissão.

A institucionalização do Serviço Social brasileiro, no panorama da fase do capitalismo monopolista, associa-se à progressiva intervenção do Estado nos processos de regulação social, momento em que a referida profissão é requisitada como parte das estratégias para o enfrentamento das variadas expressões da “questão social” (NETTO, 2009).

O capitalismo monopolista ofereceu e continua ofertando terreno fértil para fundamentar as bases de sustentação da institucionalização e legitimação da profissão, porque

esse “[...] recoloca, em patamar mais alto, o sistema totalizante de contradições que confere à ordem burguesa os seus traços basilares de exploração, alienação e transitoriedade [...]” (NETTO, 2009, 19). Dessa forma, eleva a contradição existente entre socialização da produção e a apropriação privada, agravando e agudizando a “questão social”.

Ressaltamos ainda que não foi somente porque houve aumento do pauperismo (que passou a ser chamado de “questão social” pelo reconhecimento de *classe em si* para *classe para si*⁷), na era dos monopólios, que o Estado espontaneamente passou a criar políticas sociais para minimizar as sequelas da “questão social”, mas também porque foi na transição para o capitalismo monopolista que houve um aumento significativo da organização das lutas da classe trabalhadora. Essas, por sua vez, reivindicavam melhores condições de vida, salário, trabalho, e nesse processo, o Estado, capturado organicamente pelo capital, passa a ter como função garantir o conjunto de condições necessárias a acumulação e valorização capitalista (superlucros), e para se legitimar passa a absorver parte das demandas das classes trabalhadoras e subalternas.

Mandel (1982, p. 333-334) classifica que as principais funções do Estado no capitalismo atual, que ele denomina de capitalismo tardio, são:

- 1) Criar as condições gerais de produção que não podem ser asseguradas pelas atividades privadas dos membros da classe dominante;
- 2) Reprimir qualquer ameaça das classes dominadas ou de frações particulares das classes dominantes ao modo de produção corrente através do Exército, da polícia, do sistema judiciário e penitenciário;
- 3) Integrar as classes dominadas, garantir que a ideologia da sociedade continue sendo a da classe dominante e, em consequência, que as classes exploradas aceitem sua própria exploração sem exercício direto da repressão contra elas (porque acreditam que isso é inevitável, ou que é “dos males o menor”, ou a “vontade suprema”, ou porque nem percebem a exploração).

⁷ O conceito de *classe em si e classe para si* foi desenvolvido por Karl Marx em Miséria da Filosofia e está relacionado a existência e a tomada de consciência das distinções entre as classes e das suas representações. Destarte, a *classe em si* por apenas existir e a *classe para si* pela sua conscientização. Neste sentido, a mudança de *classe em si para si* é um processo em que “[...] Esta massa, pois, é já, face ao capital, uma classe, mas ainda não o é para si mesma. Na luta [...] esta massa se reúne, se constitui em classe para si mesma. Os interesses que defende se tornam interesses de classe. Mas a luta entre classes é uma luta política” (MARX, 1982, p. 159).

Em outras palavras, o Estado para assegurar as condições de produção e reprodução do capital responde as demandas das classes subalternas por via da repressão ou pela via dos consensos (política social). De modo que “[...] respostas positivas a demandas das classes subalternas podem ser oferecidas na medida exata em que elas mesmas podem ser refuncionalizadas para o interesse direto e/ou indireto da maximização dos lucros” (NETTO, 2009, p.29).

Nesse sentido, as respostas às expressões da “questão social” tornam-se objeto de intervenção do Estado à medida que também criam as condições adequadas para o desenvolvimento capitalista. Destarte, é somente a partir da concretização das possibilidades econômicas, sociais e políticas que surgiram na fase monopolista que a “questão social” passou a ser respondida por meio de políticas sociais.

O TFD como parte do conjunto da política estatal é um programa social que atende tanto aos interesses capitalistas, quanto aos interesses da classe trabalhadora. Vinculado a uma política social, este surge no ano de 1988 sob o marco da cidadania regulada⁸, como estratégia de enfrentamento às expressões da “questão social”, sobretudo, no que se refere às demandas dos trabalhadores (na sua emergência por trabalhadores contribuintes da previdência social) por atenção à saúde. No entanto, além de atender demandas dos trabalhadores, esse também possui a finalidade apoiar o mercado, visto que manter as condições de saúde do trabalhador é importante para a reprodução da força de trabalho e possibilidade de manter e aumentar a produtividade e, conseqüentemente, da produção de mais-valia relativa⁹.

Nesse sentido, a política social tem por objetivo:

[...] ampliar os direitos sociais por trabalho, moradia, alimentação, saúde, educação, transportes das massas trabalhadoras, com políticas sociais diretamente executadas pelo aparato governamental, tendo por intuito obter decisivo consenso da maioria da população ao projeto burguês de sociabilidade e aumentar, concomitantemente, a produtividade da força de

⁸ O termo cidadania regulada foi criada pelo sociólogo brasileiro Wanderley Guilherme Santos, segundo ele, a concepção de cidadania e de direitos sociais estavam condicionados ao trabalho formal. “Por *cidadania regulada* entendo o conceito de cidadania cujas raízes encontram-se, não em um código de valores políticos, mas em um sistema de estratificação ocupacional, e que, ademais tal sistema de estratificação ocupacional é definido por norma legal. Em outras palavras, são cidadãos todos aqueles membros da comunidade que se encontram localizados em qualquer uma das ocupações reconhecidas e definidas em lei. [...] A cidadania está embutida na profissão e os direitos do cidadão restringem-se aos direitos do lugar que ocupa no processo produtivo, tal como reconhecido em lei” (SANTOS, 1979, p.75).

⁹ A força de trabalho, durante a jornada de trabalho, produz mais valor que aquele necessário à sua produção/reprodução, valor esse expresso no salário; assim, mesmo pagando o valor da força de trabalho, o capitalista extrai da jornada de trabalho do trabalhador um excedente (a mais-valia, fonte de seu lucro) (NETTO; BRAZ, 2012, p.114).

trabalho (NEVES; SANT'ANNA, 2005, p.30 apud VASCONCELOS, 2013, p.52).

Programas como o TFD e demais arranjos de políticas sociais originam-se do movimento marcado pela tensão, entre os interesses do Estado capitalista e contraditoriamente da luta de classes, frente sua capacidade de organização e mobilização. Daí entende-se a natureza contraditória das políticas sociais, e no caso em estudo do TFD, que ora atende aos interesses de produção e reprodução do capital mediado pela necessidade de conciliar os interesses da acumulação capitalista, ora atende requisições da classe trabalhadora, cujas demandas reclamam e legitimam socialmente a requisição do profissional do Serviço Social.

Por conseguinte, o Serviço Social¹⁰ é uma das profissões demandadas e justificada no capitalismo monopolista, em virtude das necessidades de controle da força de trabalho, da legitimação da ordem burguesa, bem como da legitimação das instituições e do Estado. Importa destacar que a profissão é uma das mediadoras das classes e projetos em disputa na sociedade, cujo cotidiano da prática profissional polariza-se na tensão entre os distintos interesses de classes e se insere enquanto partícipe do processo de reprodução das relações sociais, podendo numa mesma ação interventiva atender tanto aos interesses de reprodução do capital quanto às necessidades de sobrevivência da classe trabalhadora.

A atuação dos assistentes sociais ocorre, majoritariamente, no terreno contraditório das políticas sociais e esta para além da sua função política (manter consensos) “[...] se constituem também como conjuntos de procedimentos técnicos operativos que requerem, portanto, agentes técnicos em dois planos: o da formulação e o da sua implementação.” (NETTO, 2009, p.74). E é nesse ponto que retomamos a nossa discussão inicial que tratava do caráter interventivo do Serviço Social junto aos segmentos mais vulneráveis, tal como ocorre no PTFD.

Visto que o plano da implementação, do citado programa, diz respeito essencialmente à execução das ações e também “[...] o ponto em que os diversos vulnerabilizados pelas sequelas e refrações da ‘questão social’ recebem direta e imediata resposta articulada nas políticas sociais e setoriais” (NETTO, 2009, p.74). O assistente social

¹⁰ Com essa afirmação pretendemos afastar qualquer possibilidade de se pensar a gênese e institucionalização da profissão a partir de uma perspectiva endógena, a qual segundo Montañó (2009) a profissão é uma evolução das formas anteriores de ajuda, da caridade e da filantropia vinculada a “questão social”. Esta tese entende a profissão como sendo vista a partir de si mesma, desconsiderando o contexto social, econômico e político como determinante na gênese profissional. A perspectiva aqui defendida é a Histórico-Crítica, a qual a profissão “[...] é um produto da síntese dos projetos político-econômicos que operam no desenvolvimento histórico, onde se reproduz ideologicamente a refração de classe hegemônica, quando, no contexto do capitalismo na sua idade monopolista, o Estado toma para si as respostas à ‘questão social’” (MONTAÑO, 2009, p.30).

é um dos executores dessas políticas sociais, embora também possa atuar na formulação, gestão e assessoramento das mesmas, conforme a Lei que Regulamenta a Profissão (LEI 8.622/96).

A legitimidade da atuação e a inclusão do assistente social no PTFD se articulam ao conjunto multifacetado próprio das relações capitalistas que incluem processos econômicos, sociais e políticos com suas dinâmicas e contradições que criam políticas sociais para todas as refrações da “questão social”. Haja vista que, de acordo com Netto (2009) no capitalismo monopolista, no estágio imperialista, a “questão social” e suas refrações crescem de modo tão exponencial que progressivamente nenhum segmento da vida societária escapou a ela. E desse modo, há a possibilidade de fazer fragmentar “[...] qualquer segmento da vida social como legítimo setor para a intervenção profissional de agentes como os assistentes sociais – há a possibilidade abstrata de implementar ações direcionadas pelo Serviço Social em qualquer que seja a esfera da sociedade” (NETTO, 2009. p.93).

Sendo as políticas sociais respostas fragmentadas da “questão social”, entendemos que a política de saúde não foge à regra, essa é um fragmento das respostas às refrações da “questão social”, mesmo depois da CF de 1988 e da apreensão do conceito ampliado de saúde. Com tal afirmação não pretendemos negar o avanço e a conquista que foi o SUS, mas ressaltamos que enquanto política social, essa submete-se a mesma lógica refratada que a departamentaliza, dividi-a em níveis, cria várias políticas dentro da própria política para tratar as refrações da “questão social” a partir de problemas separados. Desse modo, tem-se política para álcool e drogas, para atendimento da população negra, para indígenas, entre outras.

O TFD, enquanto programa da política de saúde, caracteriza-se como mais um fragmento das já fragmentadas respostas a “questão social”. Entretanto, pela natureza inclusiva das políticas sociais, esse é um espaço legítimo e crescentemente demandante, em seu quadro, do profissional assistente social para atuar na dimensão operativa.

Para Netto (2009) o Estado, tendencialmente, tem formulado políticas a partir do parcelamento e recorte das sequelas da “questão social” como sendo problemáticas particulares e desvinculadas da totalidade (com a clara intenção de não concebê-la como totalidade processual específica, mas refuncionalizando à relação capital/trabalho) e, portanto cria políticas setoriais para cada problemática em específico (desemprego, saúde, habitação, educação).

Desse modo, ocorre uma expansão da demanda para o Serviço Social devido a ampliação do número de políticas sociais cada vez mais setorializadas. Tal expansão ocorre em virtude de haver “[...] um vínculo estrutural entre a constituição das políticas sociais e o

surgimento dessa profissão na divisão social e técnica do trabalho [...]” (BEHRING; BOSCHETTI, 2011, p.13).

A política de saúde é uma das políticas sociais que o assistente social, majoritária e historicamente tem se inserido, e, portanto, a expansão desse campo, de acordo com Matos e Bravo (2009), ocorre para além das exigências relacionadas ao aprofundamento do capitalismo. Imprime destacar que foi em virtude do “novo” conceito de saúde (elaborado em 1948, mas só se tornando expressivo no Brasil após a CF de 1988), cujo enfoque está nos aspectos biopsicossociais e, portanto, requerendo ênfase no trabalho multidisciplinar, que outras profissões passaram a serem agregadas, a exemplo da profissão de Serviço Social.

Bravo e Matos (2009) ainda chamam atenção para outros fatores que contribuíram com essa absorção de assistentes sociais no setor saúde, a exemplo, da consolidação da Política Nacional de Saúde (PNS) no país com a ampliação dos gastos com assistência médica pela previdência social (mesmo essa não sendo universal) e incorporação do assistente social para atuarem na rede hospitalar. Os autores ainda citam as transformações da profissão no pós 1964, as quais tiveram rebatimento no trabalho do assistente na área da saúde (Movimento de Reconceituação do Serviço Social). No entanto, mesmo os assistentes sociais se inserindo no setor saúde e, portanto, vivenciado o percurso da sua universalização e tendo à profissão passada por processos de transformação, a saber:

Os avanços apontados são considerados insuficientes, pois o Serviço Social, na área da saúde chega à década de 1990 ainda com uma incipiente alteração da prática profissional; continua enquanto categoria desarticulado do Movimento de Reforma Sanitária e com isso, sem nenhuma explícita e organizada ocupação na máquina do Estado pelos setores progressistas da profissão (como estava sendo o encaminhamento da Reforma Sanitária) e insuficiente produção sobre “as demandas postas à prática em saúde” (BRAVO, 1996, apud BRAVO; MATOS, 2009, p.205).

Assim, a incorporação dos princípios da Reforma Sanitária do SUS postos na Constituição Federal de 1988, por parte dos assistentes sociais, ocorreu nos anos de 1990 quando a categoria em contestação ao conservadorismo profissional caminhou para a perspectiva de ruptura e construiu seu Projeto Ético Político Profissional, projeto esse que tem enquanto pilares a Lei de Regulamentação da Profissão, o Código de Ética Profissional de 1993 e as Diretrizes Curriculares de 1996.

O Projeto de Reforma Sanitária e o Projeto Ético-Político Profissional se constituíram no período de redemocratização da sociedade brasileira apresentando uma

relação de identidade entre si. O Projeto de Reforma Sanitária defende a democratização do acesso, a descentralização e universalização das ações e das políticas sociais, enquanto o Projeto Ético-Político tem como uma de suas bases de materialização o Código de Ética e faz defesa intransigente dos direitos humanos, bem como se posiciona a favor da equidade e justiça social, da universalidade do acesso a bens e serviços relativos aos programas e as políticas sociais.

Assim, mesmo que distintos - uma vez que o Projeto Ético-Político do Serviço Social é uma corporação profissional e o de reforma sanitária seja um projeto de política social que se materializa também como serviço – ambos projetos tem uma clara concepção de mundo e de homem, com uma nítida vinculação a um projeto societário não capitalista, apontando para o socialismo como alternativa (MATOS, 2013, p.102).

Como são perceptíveis, ambos os projetos estão na contramão do projeto hegemônico em curso (neoliberal), cuja primazia volta-se para o atendimento dos interesses capitalistas e dos mínimos sociais necessários a sua reprodução. Acrescenta-se que, na ordem do capital, mesmo em quadros de democracia política, “[...] os projetos societários que atendem aos interesses das classes trabalhadoras e subalternas sempre dispõem de condições menos favoráveis para enfrentar os projetos das classes proprietárias e politicamente dominantes” (NETTO, 1999, p.94). Contudo, “é possível que em conjunturas precisas, o projeto societário hegemônico seja contestado por projetos profissionais que conquistem hegemonia em suas respectivas categorias” (NETTO, 1999, p.97). Como é o caso do Projeto Ético-Político Profissional do Assistente Social.

Na conjuntura atual, o profissional de Serviço Social vive um cotidiano de disputas entre projetos de sociedade, a exemplo, àquele direcionado pelo seu compromisso ético-político na defesa dos direitos universalizados, assim articulados ao projeto contra-hegemônico da saúde, sob as diretrizes do atual modelo SUS e de outro, pressionado pelo projeto neoliberal a atuar numa perspectiva de focalização do acesso à saúde, propondo a mercantilização do acesso pela via do setor privado.

O projeto privatista/neoliberal ao requisitar que o assistente social atue nas relações socioeconômicas dos usuários, em ações de fiscalização dos usuários dos planos de saúde, termina por reinserir velhas práticas marcadas pelo assistencialismo por meio da ideologia do favor, do clientelismo, entre outros. Na contramão do projeto de saúde privatista, o projeto de reforma sanitária aproxima-se dos ideais e diretrizes defendidas pelo Projeto Ético-Político da

profissão, e nesse sentido, requisita que o Serviço Social atue em questões relativas à democratização e ampliação do acesso as unidades e aos serviços de saúde, trabalho interdisciplinar, entre outros (BRAVO; MATOS, 2009).

Diante desse contexto, ressalta-se que mesmo que esse profissional proponha intervenções que atendam aos interesses institucionais e dos usuários, sua prática é limitada pelas condições concretas de trabalho, caracterizada pela precariedade e na direção de uma política de saúde que já se dinamiza na fragilidade de sua inoperância.

Cabe observar que, dentro do estado capitalista, o profissional de Serviço Social, embora tenha clareza do projeto de saúde que defende frente ao seu compromisso ético-político, como todo trabalhador assalariado, sofre os embates das condições precárias de trabalho e, enquanto profissional, atua nos limites impostos pelo estado capitalista, sob a égide da agenda neoliberal para a saúde, portanto, não é possível fortalecer todos os projetos, o que acaba por direcionar ações profissionais que favorecem a um ou outro projeto societário, vistos serem incompatíveis.

Para Teixeira e Braz (2009, p.09), “[...] não cabem no Projeto Ético Político contemporâneo posturas teóricas conservadoras, presas que estão aos pressupostos filosóficos cujo horizonte é a manutenção da ordem”. Nesse sentido, acreditamos que a tese do sincretismo e da prática indiferenciada analisada por Netto (2009) é a que melhor explica a existência de práticas neoconservadoras, ainda existentes na profissão, mesmo com todo o avanço teórico-metodológico e ético-político alcançado.

De acordo com sua tese, Netto (2009) pressupõe que a prática sincrética dá-se em virtude da carência de um referencial teórico crítico-dialético do Serviço Social e tem seus fundamentos na “questão social”, núcleo estruturante das demandas histórico-sociais; no cotidiano, como horizonte do exercício profissional e; na manipulação de variáveis empíricas, enquanto modalidades de intervenção.

O sincretismo nos parece ser o fio condutor da afirmação e do desenvolvimento do Serviço Social como profissão, seu núcleo organizativo e sua norma de atuação. Expressa-se em todas as manifestações da prática profissional e revela-se em todas as intervenções do agente profissional como tal. O sincretismo foi o princípio constitutivo do Serviço Social (NETTO, 2009, p. 92).

Não se trata de afirmar que a atuação profissional sincrética ocorre de modo consciente ou intencional, mas decorre, entre outros aspectos, de uma aproximação de setores

do Serviço Social à tradição marxista de forma enviesada, “[...] um viés derivado dos constrangimentos políticos, do ecletismo teórico e do desconhecimento das fontes ‘clássicas’” (NETTO, 1989, p.98). Em vista que, o Serviço Social se aproximou das fontes clássicas marxistas por via de manuais de segunda mão e de qualidades e níveis discutíveis. Assim, a reprodução de práticas neoconservadoras também não se referem ao conservadorismo da reconceituação, já que o “neoconservadorismo da atualidade não nega o marxismo, ele cria outro marxismo, analítico, de escolha racional do funcionalismo marxista” (MOTA, 2011, apud SILVA, 2015, p.80).

Embora a perspectiva sincrética esteja presente no exercício profissional do assistente social, também, é inegável o esforço que o Serviço Social vem empreendendo desde a década, de 1980, para consolidar um projeto profissional que se opõe a ordem vigente e, portanto, encontra obstáculos para se materializar. Desses obstáculos, Iamamoto (2012) cita a redução dos investimentos públicos na área do “bem-estar social”, o enxugamento e sucateamento dos serviços públicos que tem não apenas ocasionado à perda de direitos, mas obrigado a sua seletividade, além do contexto de refilantropização no campo da prestação dos serviços assistenciais por via do estímulo a participação das entidades privadas, e do voluntariado que afetam o caráter público dos direitos sociais.

Se por um lado tem-se um quadro de “fuga” do Estado dos seus deveres constitucionais, por outro, há “[...] o crescimento da pressão por serviços, cada vez maior, por parte da população usuária mediante o aumento de sua pauperização” (IAMAMOTO, 2012, p.160). Trata-se, então, de tensões e contradições que rebatem no cotidiano profissional e o assistente social por ser um dos profissionais que se inserem institucionalmente para executar as políticas sociais se vê “[...] compelido a exercer a função de um juiz rigoroso da pobreza, técnica e burocraticamente conduzida, como uma aparente alternativa à cultura do arbítrio e do favor” (IAMAMOTO, 2012, p.161).

Infinitas são as demandas e requisições que vêm sendo colocadas para a atuação do assistente social, muitas delas, inclusive se contradizendo com as intenções profissionais e com o seu projeto profissional, cabendo a esse trabalhador traçar estratégias profissionais e políticas que possam reforçar os interesses da população com a qual trabalha.

A exemplo de demandas que se contrapõe ao Projeto Profissional e, nesse caso, também ao projeto de reforma sanitária, são as requisições colocadas aos assistentes sociais que operacionalizam o TFD, em que é possível perceber que, embora não conste na portaria SAS/MS 55/1999, nenhuma referência quanto às condições socioeconômicas dos usuários que poderão receber o benefício do TFD fora publicado pelo Ministério da Saúde (MS) que

para fins de concessão do mesmo será necessário “a devida comprovação da necessidade, mediante análise socioeconômica efetuada por assistente social vinculado à rede pública de saúde ou ao setor de assistência social do município de origem do paciente¹¹” (BRASIL, 2009b, p.376).

Nesse aspecto chamamos a atenção para a contradição entre o critério anteriormente descrito e a finalidade a qual foi criado o PTFD, que, conforme sua lógica de criação, o TFD deve funcionar como um instrumento de promoção, equidade e integralidade e utilizando-se de mecanismos de “discriminação positiva” para garantir a satisfação das necessidades de saúde dos cidadãos. Dessa maneira, os municípios e estados não devem, apenas, responsabilizar-se pela oferta dos serviços em outra unidade da federação quando não possuírem estrutura para atendê-la, como também dispor dos meios necessários para que esse serviço se efetive. No que tange aos meios necessários, trata-se da garantia do atendimento e do provimento de condições de deslocamento, alimentação, hospedagem e quando necessário, presença de acompanhante, tendo em vista a promover uma discriminação positiva e contribuir com a integralidade e equidade em saúde.

Consecutivamente, o TFD tem sido um programa executado mediante um aparato legislativo, burocraticamente e tecnicamente conduzido, que se de um lado aparece como possibilidade de acesso aos serviços de saúde para aqueles usuários que residem em locais onde a estrutura física e/ou profissional da política de saúde é deficiente, por outro, é um programa focalizador e seletivista que induz os profissionais, neles inseridos, a executar atividades que Iamamoto (2012) definiu como sendo a de “juízes rigorosos da pobreza”.

No manual do PTFD do Estado da Bahia não há menção quanto à necessidade de avaliação socioeconômica como condicionalidade para acesso ao TFD, mas a publicação do Ministério da Saúde, enquanto órgão ao qual os municípios se subordinam, abre precedentes para que esse tipo de condicionalidade seja inserida nas legislações municipais o que acabaria

¹¹ Partilhamos do entendimento de que os cidadãos atendidos no âmbito do SUS devem ser denominados de usuários ao invés de pacientes ou clientes. O entendimento é de que o termo *cliente* refere-se a compradores de bens ou serviços. Logo, remete a relações contratuais e mercantilizadas, incluindo a compra de serviços de saúde. “A denominação *paciente*, em sua utilização cotidiana, apresenta uma concepção de mundo em que o outro é visto, mais como objeto, do que como sujeito. De certo forma é comum, portanto, denominar paciente como sendo aquele que, concorda em ser manipulado, tratado e avaliado passivamente. As principais características desse modelo são: o privilégio da prática médica curativa, individual, assistencialista e especializada, em detrimento da saúde pública [...]” (CARDOSO; LAZZAROTTO; ZANELLA, 2003, p.03). A designação *usuário*, por sua vez, é um termo mais abrangente, o qual ultrapassa a passividade daquele “ser paciente” que permite ser manipulado acriticamente por *experts*. O termo usuário remete ao sujeito ativo, que deseja participar de todo o processo de saúde a que esta submetido, refere-se àqueles que usam ou desfrutam de algo coletivo, o cidadão dotado de direitos, ultrapassando desta maneira o ideário liberal que compreende a saúde como um bem de consumo a ser regulado pelas leis de mercado. Entretanto, nas citações de autores e entrevistados que optam por utilizar os termos “pacientes” e “clientes” manteremos o original das fontes referenciadas.

por dificultar ainda mais o acesso à saúde num estado que conforme Aleluia (2014), possui 90% da população totalmente dependente do SUS.

De acordo com o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde- CBES (2014) o contexto de (sub) financiamento, dificuldades na gestão e subsídios ao setor privado historicamente tem perpassado a política de saúde brasileira e impossibilitado atender, de forma coerente, os princípios, diretrizes e legislação do SUS. Trata-se de uma realidade do Estado da Bahia e tal realidade tem reproduzido múltiplos problemas no sistema de serviços de saúde, dentre os quais destacam-se:

Cobertura insuficiente da atenção básica, principalmente em municípios de grande porte, com vazios assistenciais [...]; A atenção básica não consegue atender integralmente a população, não assegurando o encaminhamento e o acesso aos serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, verificando-se fragilidades nos serviços especializados e constrangimentos criados pelas clínicas e laboratórios privados; Dificuldade de acesso aos serviços de maior complexidade, especialmente pela reduzida capacidade instalada do setor público e pela inadequada regulação sobre o setor privado; Visível demanda reprimida na atenção hospitalar, contrastando com as informações oficiais de redução da taxa de internação no SUS, sem indicadores que apontem a melhoria das condições de saúde ou da atenção básica; Desigualdade entre as regiões, ao considerar a relação inversa entre a cobertura da Saúde da Família e a capacidade instalada de apoio diagnóstico e leitos especializados que se encontram abaixo do recomendado em algumas regiões; Grande parte dos leitos do SUS no estado estão concentrados em hospitais de pequeno porte com baixa capacidade de resolver os problemas dos pacientes; Parte significativa dos hospitais da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB) encontra-se sob gestão indireta (parceria público-privada, organizações sociais, etc.) e em muitos casos com precarização dos vínculos de trabalho por meio de terceirizações; [...] (CBES, 2014, p.02-03).

Os motivos listados pelo CBES (2014) para as problemáticas da saúde pública baiana são confirmados ao analisarmos o Relatório Anual de Governo (RAG), do ano de 2015, divulgado no ano de 2016, no qual o estado anuncia a execução das políticas públicas do primeiro ano de mandato do governo eleito para o quadriênio 2015–2018. O RAG é claro ao demonstrar o esforço do governo na restrição de gastos com políticas públicas, sob o discurso da crise fiscal do estado e do país, empenho esse que não se reproduziu no gasto com o pessoal. Esse relatório revela-nos que:

Em 2015, o Governo da Bahia buscou preservar o equilíbrio das contas públicas diante do quadro econômico nacional e internacional desfavorável [...] o Estado vem mantendo o equilíbrio fiscal. Com exceção do limite de Pessoal que ultrapassou o limite Prudencial, os limites de Educação e Saúde

foram atendidos de acordo com o estabelecido na Lei de Responsabilidade Fiscal – LRF, e atendendo às metas estabelecidas no Programa de Ajuste Fiscal (BAHIA, 2016, p.08- 31).

Tamanho empenho para ajustes fiscais tornam-se mais preocupante à medida que o mesmo RAG também sinaliza que a Bahia é o terceiro estado mais desigual da região nordestina (BAHIA, 2016). É ainda, consoante esse relatório, o estado brasileiro com maior número de famílias beneficiárias do programa de transferência de renda do governo federal - Programa Bolsa Família (PBF) – cerca de 13,0% da totalidade em 2015. Possui, ainda, inserção da população no mercado formal de trabalho de apenas 3.769 mil pessoas, enquanto contabilizava que 1.859 mil pessoas trabalhavam por conta própria, um crescimento de 3% em relação ao ano de 2013, e cerca de 259 mil pessoas ocupando posições não remuneradas (BAHIA, 2016). Esses dados revelam um aumento da população vivendo do trabalho informal e, ainda, da expansão do número de famílias que passam a depender cada vez mais de programas e políticas sociais em tempos de ajustes fiscais.

Esse movimento de produção e reprodução das contradições, que vem sendo fortalecido desde a conjuntura dos fins do século XX e início do século XXI, apresentam um panorama marcante nas peculiaridades para o Estado da Bahia, visto que:

O Estado da Bahia apresenta desigualdades na distribuição de doenças entre regiões e segmentos sociais, com diferenças significativas no perfil sócio demográfico e epidemiológico, evidenciando iniquidades no desenvolvimento econômico, na urbanização e na oferta de serviços, o que amplia o desafio para o enfrentamento dos problemas de saúde. As políticas executadas não têm contemplado essas disparidades, comprometendo a equidade, a efetividade e a integralidade da atenção (CBES, 2014, p.02).

É mediante esse panorama, que os assistentes sociais atuam nas particularidades do PTFD no estado da Bahia, cuja realidade social, política e econômica trazem situações provocadas pelo desemprego, pobreza, ajustes contra reformistas nas políticas de educação, previdência, assistência social e saúde. Impõe, então, um cenário de agudização de crises e redesenho de políticas focalistas e minimalistas que excluem a maioria do acesso a serviços e benefícios, rompendo drasticamente com as garantias constitucionais, redirecionando o acesso universal as ações pontuais de programas, ações prestadas pelo terceiro setor, a refilantropização da benesse e/ou, a compra de serviços públicos em crescente processo de mercantilização.

Essa conjuntura, por seu turno, traz graves implicações às funções imperantes assumidas pelo marco legal da saúde pública, e o compromisso ético-político dos assistentes sociais no seu cotidiano de trabalho, tendo em vista que, esses se inserem no mercado de trabalho enquanto profissionais assalariados e, portanto, necessitam incorporar parâmetros institucionais e trabalhistas que regulam as relações de trabalho. Essas condições no exercício das funções acabam por estabelecer tanto limites quanto possibilidades na atuação profissional.

No ímpeto de intensas contradições Vasconcelos (2012) afirma que é na complexidade do movimento da realidade que se assentam as possibilidades dos assistentes sociais desenvolverem trabalho articulado aos interesses históricos da classe trabalhadora. Ainda conforme a referida autora, contraditoriamente, nesse mesmo espaço, também se reeditam velhos dilemas em torno da reprodução de práticas conservadoras preponderantes no exercício profissional, as quais denominam de conservadorismo.

Frente às tensões, entre os limites e as possibilidades de políticas reformistas e, de outro, o compromisso ético-político movem-se os assistentes sociais em cujo cotidiano de trabalho, orientam-se nos princípios da liberdade, na defesa da democracia, equidade e justiça social em prol de outra ordem societária. No PTFD essa realidade não se difere, e o assistente social depara-se com a contraditoriedade de efetivar direitos em meio a regras e condicionalidades próprias da criação, implementação e execução do programa, que o colocam na perspectiva da fragmentação e focalização.

Ressaltamos, ainda que, o TFD, embora instituído no SUS em 1999, se apresenta como um benefício que é pouco conhecido pela população usuária dos serviços. Para Fernandes (2010, p.104), “a falta de informação a respeito dos direitos dos usuários – incluindo, sobretudo, o valor das diárias e as instâncias existentes para a solução dos problemas que enfrentam – dificulta ainda mais a cobrança junto ao poder público por parte do cidadão”. Entretanto, Azevêdo (2015) alega que essa desinformação não ocorre apenas por parte dos usuários, mas também dos profissionais de saúde, dos operadores da regulação e dos gestores, apontando essas causas para um funcionamento ineficiente do processo de regulação do TFD.

Outro ponto de fragilidade que merece destaque no PTFD é o atraso do repasse do recurso correspondente ao custeio de diárias concedidas a usuários e acompanhantes que muitas vezes acarretam em interrupção do tratamento que deveria ser contínuo. A esse respeito Azevêdo (2015) acrescenta que para além da morosidade do pagamento das diárias, trata-se de um benefício de baixo valor, o qual não atende a necessidade do usuário e

acompanhante, bem como é um benefício extremamente burocrático, com muitas exigências de documentação e com forte tendência a racionalização do acesso.

A partir dessa realidade concreta, ora problematizada e instigadora de questionamentos, fica evidente o **objeto de pesquisa**, o qual perpassa o desvendamento da dinâmica do cotidiano de assistentes sociais no Programa do Tratamento Fora do Domicílio. Frente as suas demandas e as respostas profissionais no movimento de tensão, limites e possibilidades para a efetivação do direito a saúde pública à luz da agenda pública neoliberal, esta impõe-se na imediaticidade, seletividade e exclusão.

Com base na dinâmica da realidade *a priori* identificada no cotidiano de trabalho no qual se insere o assistente social, a complexidade e tensão frente a conjuntura de políticas de mercado, com seus ajustes e contrarreformas¹² que não só rebatem sobre os direitos à saúde da população, mas reafirmam a reprodução de relações de desigualdade ao acesso a saúde universal, reificando mazelas da população as expressões da “questão social” nas particularidades da saúde pública que chegam ao Serviço Social.

A problemática contextualizada que deu visibilidade ao objeto a ser investigado, dentre outras questões, instiga-nos as seguintes indagações: *No cotidiano de aviltamento das múltiplas expressões da “questão social” e de disputa de projetos na área da saúde, que tipo de demandas tem chegado por parte das instituições e dos usuários para os assistentes sociais inseridos no PTFD? No contexto das limitações impostas frente às precárias condições de trabalho e a dependência das instituições para viabilizar direitos, então, quais as possibilidades de atuação do assistente social neste cenário? As ações interventivas dos assistentes sociais inseridos no PTFD estão de acordo com o que preceituam as legislações que orientam e regulamentam o exercício profissional?*

Do exposto, a construção dessa proposta de pesquisa traz como objetivo geral analisar as demandas e respostas apresentadas pelos assistentes sociais no cotidiano do referido Programa, frente às contradições e tensões geradas pelo projeto privatista e focalizador do acesso ao direito universal a saúde. Dentre outros objetivos específicos destacamos: caracterizar o perfil dos assistentes sociais inseridos no PTFD nos municípios da

¹² A análise crítica da Contrarreforma encontra-se em Behring (2008). O termo é utilizado pela autora para designar as reformas neoliberais do Estado brasileiro que provocaram um profundo retrocesso social e por tal motivo, a autora recusa – se de caracterizar como *reforma* processos regressivos. Segundo Behring (2008) a reforma do Estado brasileiro foi materializada na Constituição de 1988 que progressivamente está sendo destruída pela contrarreforma iniciada na década de 1990. Para Behring (2008), a forma como foi direcionada a “reforma” do Estado representa uma estratégia brasileira de *inserção passiva* e a qualquer custo na dinâmica internacional e representa uma escolha político-econômica regressiva. Para a autora, “[...] esta opção implicou uma forte destruição dos avanços, mesmo que limitados, sobretudo se vistos pela ótica do trabalho, dos processos de modernização conservadora que marcaram a história do Brasil” (BEHRING, 2008, p. 198).

região de saúde de Alagoinhas/BA; refletir sobre os determinantes socioinstitucionais que impactam o exercício profissional do assistente social; mapear as demandas e ações interventivas do assistente social na viabilização do acesso a saúde no Programa de Tratamento Fora do Domicílio; verificar se as ações interventivas dos assistentes sociais inseridos no PTFD estão de acordo com os preceitos das legislações que orientam e regulamentam o exercício profissional.

Ancoradas nos pressupostos problematizados do qual extraímos o objeto desse estudo, situamos enquanto **hipótese diretriz** da pesquisa, a aceção de que o profissional de Serviço Social nas contradições do cotidiano de trabalho, ainda que, norteado por um arsenal de base teórico-metodológica e ético-política, no espaço do PTFD tem sua ação limitada frente às tensões e contradições socioinstitucional que reproduzem ações minimalistas, seletivistas e excludentes, as quais podem contradizer-se com o projeto da categoria, e nesse sentido, reificar práticas (neo) conservadoras, ainda que, sob o discurso moderno e progressista do Projeto Ético-Político Profissional da categoria.

Entendemos que para concretização desse estudo precisamos recorrer ao processo de apreensão do objeto a partir das matrizes do conhecimento social, cujo movimento tem como elementos fundantes a história, a teoria e o método de análise na perspectiva da complexidade da totalidade da vida social. Tal processo carece ser materializado mediante adoção de uma abordagem, instrumentos e técnicas, a partir de uma clara formulação teórico-metodológica a qual “seu interesse não incide sobre um abstrato ‘como conhecer’, mas sobre como conhecer um objeto real e determinado” (LUKÁCS,1979), conforme esboçaremos a seguir.

1.1.2 Abordagem e procedimentos teórico-metodológicos: da aparência a essência

Esta pesquisa parte de pressupostos à luz da perspectiva do materialismo histórico e dialético. Compreende-se que a sociedade é produto das relações sociais recíprocas, das ações dos homens entre si, as quais se constituem a partir da dinâmica complexidade na totalidade da vida social, em seu processo de produção e reprodução material e espiritual. As relações de produção e reprodução configuram-se numa trama que envolve os aspectos culturas, sociais, econômicos, políticos religiosos, entre outras questões étnicas e de gênero que estão presentes no cotidiano, cuja apreensão é possível a partir da abordagem da teoria social, à luz da totalidade social, a qual é segundo Marx, “a reprodução ideal do movimento do real do objeto

pelo sujeito que pesquisa [...]” (NETTO, 2011, p.21). No entanto, sua existência real independe tanto dos desejos, como das representações do pesquisador.

Por isso, a abordagem dessa pesquisa compreende que “a teoria é o movimento real do objeto transposto para o cérebro do pesquisador - é o real reproduzido e interpretado no plano ideal (do pensamento)” (NETTO, 2011, p.21). Assim sendo, o pesquisador deve capturar a estrutura e o movimento do objeto operando procedimentos analíticos a partir do método, no caso da pesquisa em foco, o método materialismo histórico dialético.

O materialismo histórico dialético é o método que serve como lente orientadora de todo o processo de investigação e de análise realizada nesta pesquisa, com ele é possível desnudar o movimento da realidade nas suas contradições e conflitos, sua historicidade, a totalidade e a unidade dos contrários, buscando explicar e interpretar a realidade por meio de uma apreensão dos fatos em sua essência. Dessa forma, o objetivo do pesquisador é ir além do aparente para alcançar a essência do objeto.

Por conseguinte, é importante destacar que a essência do objeto não se apresenta imediatamente, mas é mediata ao fenômeno, podendo revelar-se e esconder-se ao mesmo tempo (KOSIK, 1995). Assim, é pela manifestação do fenômeno que é possível apreender a essência do objeto, entretanto, essas não são a mesma coisa. De modo que o fenômeno na sua aparência se apresenta imediatamente, mas o seu real (essência) demanda análise científica.

O ponto de partida é a aparência fenomênica, ou seja, como ele se apresenta. “Capturando a sua estrutura e dinâmica, por meio de procedimentos analíticos e operando a sua síntese, o pesquisador a reproduz no plano do pensamento; mediante a pesquisa, viabilizada pelo método, o pesquisador reproduz, no plano ideal, a essência do objeto” (NETTO, 2011, p.22).

Segundo Kosik (1995) não se trata de afirmar que existem duas formas de conhecimento da realidade, mas que a práxis humana possui duas qualidades: a práxis utilitária e a práxis revolucionária. A práxis utilitária em razão do senso comum que lhe é inerente possibilita ao homem condições de orientar-se no mundo, de familiarizar-se com as coisas e manejá-las, contudo, não lhe proporciona a compreensão das coisas e da realidade.

Ainda conforme o referido pesquisador, o homem inserido concretamente no mundo, a princípio experimenta uma atividade prático-utilitária, através da qual cria as suas próprias representações do objeto, representações essas que se apresentam enquanto formas fenomênicas da realidade, ou seja, essas são a aparência do fenômeno. Todavia, essas formas fenomênicas diferem-se e até mesmo contradizem-se em relação ao núcleo interno essencial e ao conceito correspondente da coisa em si (sua essência). Em outras palavras, a atividade

prático-utilitária diz respeito ao conhecimento pelo senso comum e não pelo conhecimento consciente do real, fazendo-se necessário ultrapassá-la.

O complexo dos fenômenos que povoam o ambiente cotidiano e a atmosfera comum da vida humana, que, com a sua regularidade, imediatismo e evidência, penetram na consciência dos indivíduos agentes, assumindo um aspecto independente e natural, constitui o mundo da pseudoconcreticidade (KOSIK, 2015, p. 15).

Nesse sentido, Kosik (1995) defende a destruição da pseudoconcreticidade como método dialético-crítico para assim alcançarmos a realidade. Para o autor, somente pela dimensão do *conceito da coisa em si* é que é possível o desvelamento do real, sua essência e reprodução ideal, e por isso exige do pesquisador um empenho em conhecer suas múltiplas determinações. “A destruição da pseudoconcreticidade significa que a verdade não é nem inatingível, nem alcançável de uma vez para sempre, mas ela se faz; logo, se desenvolve e se realiza” (KOSIK, 1995, p.23). O desafio, desse modo, consiste em buscar ultrapassar o senso comum e se aproximar do conhecimento real do objeto, fala-se de aproximação em virtude do conhecimento real nunca ser absoluto, mas possível de apreender múltiplas determinações.

No que concerne ao Serviço Social à diversidade de atividades que são demandadas no cotidiano profissional pode levar a uma visão limitada da realidade, percebendo apenas os fenômenos do real, não apreendendo sua essência e desenvolvendo uma práxis utilitária. De acordo com Guerra (2012) isto ocorre porque existe uma relação intrínseca entre uma modalidade de intervenção sócio profissional que requisita ações instrumentais e o dinamismo próprio da vida cotidiana.

Por vida cotidiana Heller (1970) entende que é a vida de todo indivíduo, sendo ela insuprimível e ineliminável, estando no centro do acontecer histórico de todas as sociedades e de todos os tempos independentemente do modo de produção e das formas de sociabilidade que as sociedades possuam. E “[...] se em toda sociedade existe e se põe a cotidianidade, em cada uma delas a estruturada vida cotidiana é distinta quanto ao seu âmbito, aos seus ritmos e regularidades e aos comportamentos diferenciados dos sujeitos coletivos (grupos, classes, etc.) em face da cotidianidade” (NETTO, 2007, p. 66).

Lefebvre (1991) advoga que o cotidiano em sua trivialidade é composto pelas repetições que se processam nos gestos e movimentos mecânicos que são realizados dentro e fora do trabalho. “É o humilde e o sólido, aquilo que vai por si mesmo, aquilo cujas partes e

fragmentos se encadeiam num emprego do tempo. E isso sem que o interessado tenha de examinar as articulações dessas partes” (LEFEBVRE, 1991, p.31).

O homem, por sua vez, já nasce inserido na cotidianidade, e essa por suas dinâmicas próprias não exige que ele reflita sobre a integração dos diferentes aspectos da vida social, ao contrário, na sua aparência os demonstra como partes autônomas e desarticuladas, tendo em vista que na vida cotidiana, o homem desenvolve diversas atividades, as quais são necessárias à sua manutenção social e física e sobre as quais o sujeito atribui um grau de relevância e, conseqüentemente, as executa conforme a ordem hierárquica da importância que lhe atribui.

De acordo com Heller (1970, p.18) “são partes orgânicas da vida cotidiana: a organização do trabalho e da vida privada, os lazeres e o descanso, a atividade social sistematizada, o intercâmbio e a purificação” e essas absorvem o homem em todos os seus aspectos. Ainda segundo Heller (1970, p.17) na vida cotidiana o homem coloca em funcionamento “[...] todos os seus sentidos, todas as suas capacidades intelectuais, suas habilidades manipulativas, seus sentimentos, paixões, ideias, ideologias”.

É exatamente por absorvê-lo inteiramente que o homem não consegue utilizar ao máximo e, de uma só vez, nenhuma das capacidades que possui desenvolvendo atividades diárias, cuja diferenciação se caracteriza pelas necessidades a que deve responder e não as atendendo em toda sua extensão e amplitude. Ao contrário, o tratamento dado a elas é superficial, e o indivíduo as responde levando em conta “o somatório dos fenômenos que comparecem em cada situação precisa, sem considerar as relações que os vinculam” (NETTO, 2007, p.67).

A superficialidade é própria da estrutura da vida cotidiana, mas não é apenas ela que limita as possibilidades do homem refletir sobre a complexidade da vida social e de concentra-se completamente em um dos seus aspectos ou atividade, mas a heterogeneidade também contribui com a permanência da *particularidade*¹³ em sobreposição à *genericidade*. A vida cotidiana também é imediata. Nela o pensamento cotidiano orienta-se sempre para a realização de atividades práticas que visem dar respostas concretas às necessidades dos indivíduos havendo uma unidade imediata entre pensamento e ação, quais sejam:

¹³ Agnes Heller argumenta que o indivíduo é simultaneamente ser particular e ser genérico e neste sentido as “necessidades humanas tornam-se conscientes, no indivíduo, sempre sob a forma do Eu. O Eu tem fome, sente dores [...]. A dinâmica básica da particularidade individual humana é a satisfação dessas necessidades do EU. [...] Todo conhecimento do mundo e toda pergunta a cerca do mundo motivados diretamente por esse ‘Eu’ único [...] é uma questão da particularidade individual [...]. Também enquanto indivíduo, portanto, é o homem um ser genérico, já que é produto e expressão de suas de suas relações sociais [...], mas o representante do humano genérico não é jamais um homem sozinho, mas sempre a integração [...] bem como frequentemente, várias integrações – cuja parte consciente é o homem e na qual se forma sua ‘consciência de nós” (HELLER, 1970, p.20-21).

[...] e esta ação significa responder ativamente, o padrão de comportamento próprio da cotidianidade [...]. A conduta específica da cotidianidade é a conduta *imediata*, sem a qual os automatismos e o espontaneismos necessários a reprodução dos indivíduos enquanto tal seriam inviáveis (NETTO, 2007, p.67).

Nesse sentido, a imediatividade das atividades no cotidiano visa garantir a efetivação da reprodução dos indivíduos e das suas formas de sociabilidade, impondo padrões de comportamentos e as formas peculiares de realizá-los. “Por conseguinte, a atitude da vida cotidiana é absolutamente pragmática” (HELLER, 1970, p.31-32).

A vida cotidiana é o mundo da familiaridade e, essa identificação e intimidade que o indivíduo possui com o ambiente, é um obstáculo ao conhecimento, visto que, se o indivíduo consegue manipular e responder as demandas que lhe chegam sem necessariamente ter que compreender suas conexões internas, então, o mundo das formas fenomênicas não lhe aguça a busca da essência, apenas lhe exige uma forma de saber que se mostre instrumentalizável e útil, uma intervenção utilitária e pragmática. Como afirma Heller (1970), à vida cotidiana baseia-se em juízos provisórios, é probabilística e recorre à ultrageneralização e à imitação.

Consoante Kosik (1995, p.15) “o mundo fenomênico tem a sua estrutura e legalidade própria que pode ser revelada e descrita. Mas a estrutura desse mundo fenomênico ainda não capta a relação entre o mundo fenomênico e a essência”, assim, o indivíduo compreende apenas a aparência das demandas e em consequência as responde por meio de mecanismos também falsamente compreendidos.

É dentro desse contexto cotidiano que o assistente social analisa demandas e dá respostas profissionais. No entanto, as características cotidianas adquirem particularidades no exercício profissional. A heterogeneidade, por sua vez, na cotidianidade profissional diz respeito ao conjunto de demandas diversas e contraditórias as quais os assistentes sociais precisam responder. O imediatismo, por seu turno, não proporciona uma análise aprofundada das demandas, resultando numa prática quase irrefletida, visto que, a pressão da vida cotidiana por exigir respostas rápidas aos variados problemas provenientes da “questão social”, contribui para um pensamento limitado, por meio do qual, muitas vezes as respostas a situações singulares ocorrem de maneira automática e superficial.

A superficialidade das respostas, conseqüentemente, relaciona-se aos próprios instrumentos de gestão das políticas, tendo em vista que “[...] os procedimentos burocrático-administrativos realizados institucionalmente (com delimitação dos ‘problemas’, do ‘público-

alvo' e dos recursos a serem alocados) [...]” (NETTO, 2009, p.94) tendem a homogeneizar diversas situações singulares apenas no nível burocrático, de forma a organizar a rotina e o fluxo dos serviços, persistindo dessa maneira a heterogeneidade das situações que o profissional só pode refutar pela abstração.

Daí que aprisionado na lógica hierárquica e na mecânica estabelecida no jogo institucional, o profissional remete a problemática das refrações da “questão social” – daquelas que não estão contempladas nas suas “atribuições”, prescritas nos limites dos “serviços” institucionais – sempre para outras instâncias, ainda que mesmo do próprio Serviço Social. (NETTO, 2009, p.94).

Ao departamentalizar as respostas à “questão social”, o Estado contribui com o reforço do sincretismo profissional, isso porque a intervenção estatal sobre as refrações da “questão social” ocorre de maneira fragmentada, por meio de políticas setoriais que permitem associar a intervenção dos assistentes sociais a diversos segmentos da vida social, ao mesmo tempo em que dificulta as possibilidades de se visualizar a totalidade da “questão social”. Dessa forma, na dinâmica da vida cotidiana, são requisitadas, da seguinte maneira:

[...] respostas funcionais às situações, que não demandam o seu conhecimento interno, mas tão somente a manipulação de variáveis para a consecução de resultados eficazes, o que conta não é a reprodução do processo que leva a um desfecho pretendido, porém o desfecho em si (NETTO, 2009, p.268).

É imputado a esses profissionais o cumprimento de tarefas que dizem respeito à execução de políticas sociais, pautadas em critérios e padrões que são engessados pelas legislações que as cria e essa demanda por imediatismo, por cumprimento de tarefas rotineiras pode levar os assistentes sociais a uma ação de senso comum que se limita a superficialidade e porque não dizer à alienação. Para Heller (1970, p.37-38), “na coexistência e sucessão heterogêneas das atividades cotidianas, não há porque revelar-se nenhuma individualidade unitária; o homem devorado por e em seus ‘papeis’ pode orientar-se na cotidianidade através do simples cumprimento adequado desses ‘papeis’”.

De fato, as condições objetivas em que são processadas as respostas profissionais às demandas postas no cotidiano profissional, não são as mais propícias a uma intervenção reflexiva contribuindo com o pragmatismo entre muitos profissionais, os quais se limitam a executar tarefas, não ultrapassando o nível da imediatividade e superficialidade, podendo

levar assistentes sociais a uma ação profissional que apenas reconhece a representação do fenômeno, sua aparência. O fato é que “na cotidianidade a atividade e o modo de viver transformam-se em um instintivo, subconsciente e inconsciente, irrefletido mecanismo de ação e de vida” (KOSIK, 1995, p.80).

Cotidianamente o assistente social é compelido a resolver diversos problemas singulares e, na tentativa de solucioná-lo tende a subsumi-los rapidamente a uma universalidade e organizá-los no conjunto das suas atividades cotidianas, entretanto, como afirma Heller (1970, p.35) no cotidiano “[...] não temos tempo para examinar todos os aspectos do caso singular, nem mesmo os decisivos: temos de situá-lo o mais rapidamente possível sob o ponto de vista da tarefa colocada”. Por isso, impede a análise precisa de todos os aspectos do problema focando apenas na busca da sua solução e isolando-o nele mesmo resultando numa solução imediata e quase irrefletida para o mesmo:

[...] reforçando um tipo de resposta que tenha em si mesma certa resolatividade e que expresse uma utilidade (bem ao gosto do pragmatismo) no âmbito da reprodução social, ou seja, na reprodução dos sujeitos individuais e coletivos e das formas de sociabilidade hegemônica do mundo burguês (GUERRA, 2012, p.45).

A superficialidade, heterogeneidade e imediatismo presentes no cotidiano profissional é solo fértil ao sincretismo envolvido na prática do Serviço Social. Netto (2009, p.106) sugere, então, nessa tese que o exercício profissional se processa, “reiterando procedimentos formalizados abstratamente e revelando sua indiferenciação operatória. Combinando senso comum, bom-senso e conhecimentos extraídos de contextos teóricos”.

Importa ressaltar que todos vivem a cotidianidade e suas dinâmicas independente de qual seja o seu posto na divisão social do trabalho intelectual ou físico de modo que “ninguém consegue identificar-se com sua atividade humano-genérica a ponto de poder desligar-se inteiramente da cotidianidade” (HELLER, 1970, p.17). O cotidiano é mobilizador de todas as atenções e todas as forças do homem, mas isso não significa dizer que seja mobilizador de toda a força e toda a atenção. De modo que, “não há nenhum homem, por mais ‘insubstancial’ que seja, que viva tão somente na cotidianidade, embora essa o absorva preponderantemente” (HELLER, 1970, p.17).

De igual forma, no cotidiano o homem tanto pode apreender os fenômenos na sua superficialidade, imediatividade e aparência, quanto pode por meio da homogeneização fazer

o que Heller (1970) chama de “suspensão da cotidianidade” (passagem do homem singular ao humano genérico) e atingir a essência do fenômeno.

O rompimento do cotidiano ocorre quando o homem objetivando alcançar um projeto ou um ideal dedica toda a sua atenção e toda a sua força a uma única questão e tendo a homogeneização como mediação necessária, na passagem para a “suspensão do cotidiano” o homem reprime a heterogeneidade, supera as segregações que as aparências demonstram e materializa uma percepção consciente do real. Kosik (1995) argumenta que o homem só pode descobrir a verdade da cotidianidade alienada conseguindo dela se desligar e liberá-la da familiaridade. Conforme os estudos de Lefebvre (1991) somente por meio do distanciamento que o homem consegue analisar criticamente a vida cotidiana. Segundo o autor (1991, p. 34) “é impossível captar o cotidiano como tal, aceitando, ‘vivendo-o’ passivamente, sem fazer um recuo”.

Desse modo, o alcance da realidade só é possível com a suspensão do cotidiano ou nas palavras de Kosik (1995, p. 83) com destruição da pseudoconcreticidade como método dialético-crítico, pois “a cotidianidade é o mundo *fenomênico* em que a realidade se manifesta de certo modo e, ao mesmo tempo, se *esconde*”. Assim, a investigação a partir do método marxista caracteriza-se exatamente por não se deixar enganar por aspectos superficiais presentes no fenômeno. Conseqüentemente, as demandas e as respostas profissionais dos assistentes sociais no cotidiano do PTDF são analisadas a partir das concepções defendidas no projeto profissional, as condições objetivas de trabalho e as próprias contradições e tensões inerentes à política social na qual estão inseridos.

Entendemos que é a partir da singularidade das demandas e dos problemas individuais enfrentados por assistentes sociais que operacionalizam o TFD que poderemos compreender a universalidade dessas, a vinculação com as relações sociais, com o Estado, mercado e com a sociedade e, ainda, compreender como tem se dado o fazer profissional dos assistentes sociais nesse programa.

Buscamos, então, a totalidade por meio da vida cotidiana, pois essa comporta o espaço da práxis, também é o local onde produzem-se e reproduzem as relações sociais, e de produção que incidem na prática profissional sendo um espaço de mediação entre o singular e o universal. Afora esses aspectos, as análises realizadas partem do singular ao universal buscando não ficar apenas nas ideologias, mas reproduzir idealmente a realidade, e embora ontologicamente falando não exista separação entre singular e universal, tendo em vista que, essas são partes da totalidade. Importa destacarmos que a singularidade é o espaço da ocultação das essências, onde as questões aparecem isoladas e fragmentadas. A

universalidade, por sua vez, é o espaço de determinações mais gerais, onde a realidade mostra-se para além do aparente.

Por conseguinte, avançar da singularidade para o campo da universalidade exige à superação da visão fenomênica aparente, a qual só é possível por meio da mediação, assim, a particularidade é que media esse processo, através da análise crítica do pesquisador, por meio da particularidade que o universal se singulariza e o singular se universaliza.

Destarte, a realidade que apreendemos não foi vista isoladamente das contradições e conflitos que a permeiam, mas foi analisada como unidade dialética da aparência fenomênica, à essência e como a cotidianidade é carregada de historicidade, essa também é suscetível de alterações em razão das mudanças que se operam dentro dos sistemas e modos de produção, sendo essa transitória. O conhecimento de determinado objeto não é absoluto e sua essência não se apresenta imediatamente fazendo-se necessário, não só, analisar cientificamente o fenômeno, mas refazer sempre esse percurso e reconhecer que o conhecimento é algo inesgotável e devemos buscar entender a *coisa em si*, de modo que, quanto mais fiel o sujeito for ao objeto, mais correta será sua reprodução (NETTO, 2011).

Com o materialismo histórico dialético foi possível analisar de forma mais aproximada à totalidade da realidade social buscando superar sua fenomenalidade, e percebendo a realidade enquanto histórica e contraditória, bem como reconhecendo que, a estrutura da sociedade produz e reproduz formas de sociabilidades que são pautadas pela lógica da manutenção da ordem vigente, embora sejam carregadas de especificidades.

Desvelar o real e atingir a essência do objeto demanda que o pesquisador apreenda a realidade como uma totalidade. Em que essa não é um “todo” constituído por “partes” funcionalmente integradas. Conforme Netto (2011, p. 56), “antes, é uma totalidade concreta inclusiva e macroscópica, de máxima complexidade, constituída por totalidades de menor complexidade”. Exatamente por não haver simplicidade, faz-se necessário que o pesquisador construa um conjunto de mediações, cujo processo reflexivo possa ser capaz de (re) construir o movimento real do objeto, e em seguida faça o caminho de volta, com efeito, muito mais rico porque traz consigo muitas determinações.

Por meio da mediação é possível compreender o fenômeno como parte de uma complexidade que envolve questões econômicas, políticas, sociais, entre tantas outras, logo, a mediação possibilita reconhecer que o fenômeno não é um fato isolado. Por isso, Netto (2011, p. 45) explica “o conhecimento concreto do objeto é o conhecimento das suas múltiplas determinações - tanto mais se reproduzem as determinações de um objeto, tanto mais o pensamento reproduz a sua riqueza (concreção) real”. Assim “[...] o conhecimento do

concreto opera-se envolvendo universalidade, singularidade e particularidade” (NETTO, 2011, p.45).

Em síntese, o estudo do cotidiano de assistentes sociais inseridos no PTFD considerou múltiplas causalidades que circundam o exercício profissional. Do ponto de vista histórico foi considerado o surgimento da profissão, sua inserção nas políticas sociais e sua relação com as expressões da questão social; no que concerne ao ponto de vista econômico buscou-se entender a atuação desses profissionais em políticas sociais que não recebem uma ampla garantia de financiamento, subordinando-as a lógica de restrição orçamentária, a qual subordina as decisões em termos de direitos sociais aos recursos disponíveis no caixa e também favorecem a produção e reprodução das classes. Do ponto de vista político buscou-se compreender a profissão enquanto pautada num projeto profissional que se difere do projeto societário vigente.

No que concerne à abordagem, este estudo referencia-se na perspectiva da pesquisa qualitativa do tipo exploratória. De acordo com, Denzin e Lincoln (2006), a pesquisa qualitativa envolve o estudo do uso e da coleta de uma série de materiais empíricos, mas que existe também um compromisso no sentido do emprego de mais de uma prática interpretativa em qualquer estudo. A opção pela pesquisa qualitativa deu-se em virtude dessa trabalhar “[...] com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis” (MINAYO, 2001, p.23).

A abordagem qualitativa, por sua vez, permite o aprofundamento dos significados, das ações e relações humanas que não pode ser captado e percebido pela abordagem quantitativa, entretanto, entendemos que os dados quantitativos e qualitativos não são opostos, mas se complementam, pois a realidade abrangida por eles interage dinamicamente, excluindo qualquer dicotomia, assim, os dados qualitativos não foram descartados da pesquisa e por ser uma pesquisa exploratória a busca foi por proporcionar maior familiaridade com o tema, em vista que, o estudo do cotidiano de assistentes sociais em PTFD é algo pouco conhecido e buscamos torná-lo explícito.

Afora os aspectos metodológicos apresentados, as fontes de informações que utilizamos na fase da coleta de dados foram: bibliográfica, documental e oral. Cujos instrumentos e as técnicas foram à entrevista semi estruturada e a observação sistemática. A opção pela entrevista semi estruturada deu-se por essa permitir que no momento do diálogo os questionamentos pudessem ser reformulados e redimensionados, com a retirada ou inclusão de novas questões a depender da necessidade, bem como, pelas vantagens que a entrevista

proporciona. Dentre as quais Goldenberg (2004) cita a maior motivação e paciência das pessoas para falar do que para escrever, assim como, uma maior flexibilidade para garantir a resposta desejada, e ainda, acrescenta a possibilidade de poder observar o que diz o entrevistado e como diz, verificando as possíveis contradições. É ainda um instrumento mais adequado para a revelação de informação sobre assuntos complexos, como as emoções e também por permitir uma maior profundidade.

Corroborando com o argumento citado, Masiglia (2001, p. 27) entende que as entrevistas “[...] além de permitirem captar melhor o que as pessoas pensam e sabem, observam também a sua postura corporal, a tonalidade da voz, os silêncios etc”. Desse modo, associado à entrevista utilizamos, também, a observação sistemática tendo, em vista que, com essa podemos perceber aspectos que não foram mencionados na fala dos sujeitos entrevistados. Conforme Peretz (2000, p.13) “a observação consiste em estar presente e envolvido numa situação social para registrar e interpretar, procurando não modificá-la”. A escolha pela observação sistemática consistiu no fato desta ser planejada e o pesquisador já definir, segundo menciona Marsiglia (2001, p.26), “[...] o que vai observar, procura eliminar sua influência sobre o que está vendo e define como vai registrar o observado”.

As fontes bibliográficas utilizadas foram fundamentadas a partir da revisão da literatura, pertinente ao tema que propusemos investigar com base na leitura de livros, artigos em periódicos, revistas, teses e dissertações, entre outros. No contexto da pesquisa documental utilizamos, também, dados oficiais das instituições a partir de análises de leis, decretos e relatórios sobre a situação do trabalho dos assistentes sociais inseridos no PTFD, e ainda, documentos que nortearam a ação profissional dos assistentes sociais, como a Lei de Regulamentação da Profissão, o Código de Ética Profissional, os Parâmetros para Atuação dos Assistentes Sociais na Saúde, entre outros que se fizeram necessários.

Para analisarmos o material coletado, propusemos interpretar com rigor as informações e os dados apreendidos no campo empírico aproximando, fazendo conexões e observando as similitudes e contradições. Para isso, articulamos a dimensão teórica, a qual se traduziu no fundamento deste estudo, e as fontes documentais escavadas durante o processo de investigação, sob a direção de que o conhecimento deve ser produzido através da mediação entre a teoria e a realidade concreta. Assim, endossamos o processo de análise deste estudo compreendendo que “[...] analisar as causas e as consequências dos problemas, suas contradições, suas relações, suas qualidades, suas dimensões quantitativas, se existirem e realizar através da ação um processo de transformação da realidade que interessa” (TRIVIÑOS, 2009, p. 125).

Salientamos, ainda, que para a análise dos dados obtidos (por meio das fontes bibliográficas, orais e documentais) adotamos técnicas de análise do conteúdo com a intenção de compreendermos o contexto daquilo que foi observado, dito e/ou escrito, pois consoante os pressupostos de Netto (2011, p.42), com base no método da teoria social “pela análise, um e outro elementos são abstraídos e, progressivamente, com o avanço da análise, chega-se a conceitos, a abstrações que remetem a determinações as mais simples”.

Ainda conforme Netto (2011, p.44):

A abstração é a capacidade intelectual que permite extrair de sua contextualidade determinada (de uma totalidade) um elemento, isolá-lo, examiná-lo; é um procedimento intelectual sem o qual a análise é inviável [...] A abstração possibilitando a análise retira do elemento abstraído as suas determinações mais concretas, até atingir “determinações as mais simples [...] Neste nível, o elemento abstraído torna-se “abstrato” –precisamente- o que não é na totalidade de que foi extraído: nela, ele se concretiza porquanto está saturado de “muitas determinações” [...] A realidade é concreta exatamente por isso, por ser “a síntese de muitas determinações”, a “unidade do diverso” que é própria de toda totalidade.

Assim sendo, com a coleta de dados iniciou-se o processo de análise dos mesmos. Tendo, em vista que, na análise de conteúdo o ponto de partida é “[...] a mensagem, seja ela verbal (oral ou escrita) gestual, silenciosa, figurativa, documental ou diretamente provocada” (FRANCO, 2005, p.13). Então, as análises de conteúdo tiveram início desde o momento da construção do objeto, pois se fez necessário a apropriação de leitura da legislação que ampara o PTFD e das normatizações que direcionaram o exercício profissional dos assistentes sociais no âmbito das políticas sociais, de modo geral, e, em particular na política de saúde.

As categorias de análises que perpassaram o objeto foram: cotidiano, assistente social, TFD e saúde. A definição das mesmas iniciaram-se na fase preparatória do projeto e só foram possíveis após revisão da literatura de outras produções referentes a temática. Num sentido dialético fez-se primeiro *o caminho de ida* com uma leitura macro das políticas sociais, da política de saúde e do PTFD para em seguida fazer *o caminho de volta*. Partimos do concreto ao abstrato para realizarmos, então, a partir das abstrações encontradas, um novo ponto de partida o qual saiu do abstrato ao concreto na tentativa de aproximação com o objeto. A definição de categorias embora iniciada na fase de revisão da literatura, continuou nas demais fases, visto que a pesquisa empírica trouxe novas categorias.

Definidas as unidades de análises seguimos para o momento de organização da análise e da definição de categorias, a qual Bardin (1997, apud FRANCO, 2005, p.47)

conceitua como sendo a pré-análise, nessa há a “[...] escolha dos documentos serem submetidos análise; a formulação das hipóteses e/ou dos objetivos, e a elaboração de indicadores que fundamentem a interpretação final” e na categorização foram agrupados os dados considerando a parte comum existente entre eles. Classificando-os, dessa forma, por semelhanças e segundo critérios previamente definidos no processo.

Como dito anteriormente, nossa pesquisa possui categorias centrais que definimos na elaboração do projeto, entretanto, outras categorias surgiram no decorrer da pesquisa empírica, fazendo-se necessário selecionar aquelas que melhor representavam o movimento real do objeto. Logo, após a realização das entrevistas iniciou-se a fase de (re) definição das unidades de análises, e posteriormente, a sua categorização, cujas análises foram interpretadas com base em referencial bibliográfico inerente à temática.

No que tange ao *locus* da pesquisa empírica, a intenção inicial era de pesquisar o município de Rio Real/BA, por este ser o local que instigou a realização da pesquisa, por já possuir o PTFD implantando desde 2001, ter participação do assistente social na equipe de operacionalização desde o ano de 2008, e em virtude da pesquisadora já possuir inquietações sobre essa realidade. No entanto sentimos a necessidade de ampliar a análise sobre a temática e acrescentar outros campos empíricos e para tanto a (re) definição do *locus* da pesquisa partiu da própria organização da política de saúde, a qual assim como as demais políticas sociais brasileiras vem sendo organizada a partir de uma perspectiva territorial.

Nesse sentido percebemos, então que, numerosos são os debates sobre a conceituação de território, nessa produção partilhamos do pensamento de Dirce Koga (2013), a qual identifica que a concepção de território tanto deve extrapolar a noção de espaço físico, quanto não pode ser concebido como sinônimo de “espaço local” ou “comunitário”, em sentido restrito, mas deve contemplar a perspectiva de território de vivência.

[...] diz respeito ao cotidiano dos diferentes atores que circulam, residem e relacionam-se em determinados lugares: o reconhecimento de que o território expressa, ao mesmo tempo, produção e reprodução das relações socioeconômicas, políticas e culturais, presentes na sociedade que ele abriga (KOGA, 2013, p.36-37).

A perspectiva de território na política de saúde deve buscar uma aproximação com o local onde as pessoas residem e procurar conhecer os determinantes e condicionantes de saúde de cada população, considerando que o território abriga uma população heterogênea, complexa e muitas vezes antagônica. Nesse sentido, a formulação e implementação das

políticas sociais a partir da perspectiva da territorialização deve considerar que os segmentos populacionais e o local onde se encontram não são iguais e suas particularidades, precisam ser compreendidas. A territorialização permite pensar o cotidiano, a realidade de determinados indivíduos e seus territórios de vivência de modo particular, sem, deixar de situá-los enquanto reflexos de determinações gerais.

O Brasil enquanto um país de grande extensão territorial apresenta enormes disparidades sociais, as quais variam de região para região, bem como, dentro das próprias regiões, estados, municípios, e na prestação de serviços de saúde à população essas disparidades devem ser observadas de modo que a organização dos serviços em rede, para além das características culturais, políticas e sociais do território, devem observar a infraestrutura dos serviços de saúde disponível.

Conforme a argumentação de Cohn (et.al, 2002, p.68) “[...] o critério de acesso faz parte intrínseca do modelo paradigmático da regionalização e hierarquização do binômio demanda/atendimento”. A partir desta perspectiva tomamos como base a regionalização e descentralização para definirmos o território a ser pesquisado, o que nos exigiu fazer a (re) construção do desenho da organização da política de saúde no âmbito do Estado da Bahia.

Por meio da descentralização fica determinado que os três entes governamentais (união, estado, municípios) devem cooperar entre si, e assumir responsabilidades específicas na operacionalização da política de saúde. Quanto à regionalização, sua escolha deu-se em virtude dessa ser a diretriz que permite situar o território de vivência do qual tratamos. A Regionalização foi tomada como base porque essa considera que “na prestação de serviços do SUS devem ser considerados o tamanho e as necessidades do território a ser atendido, bem como os serviços existentes” (BRASIL, 2010, p.60).

Consequentemente, o SUS sustenta a necessidade de atender as particularidades de cada território, desempenhando um papel fundamental na integralidade, atribuindo aos municípios a maior parte da responsabilidade no planejamento e execução dos serviços e ações de saúde.

A diretriz que define a regionalização do SUS tem o grande papel de organizar as ações e serviços da saúde a partir de regiões sanitárias. Essa organização se torna ainda mais importante quando se trata do acesso dos cidadãos aos serviços de média e alta complexidade (BRASIL, 2009b, p.19).

De acordo com o Pacto pela Saúde¹⁴, a regionalização deve orientar o processo de identificação e construção de Regiões de Saúde, também conhecidas como Regiões Sanitárias. Por Regiões de Saúde, entende-se que:

[...] são recortes territoriais inseridos em um espaço geográfico contínuo, identificadas pelos gestores municipais e estaduais a partir de identidades culturais, econômicas e sociais, de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados do território (BRASIL, 2006, p.19).

As Regiões de Saúde, por sua vez, são representações efetivas da territorialização e consideram além das características acima elencadas o tamanho, as necessidades do território e os serviços disponíveis, e nestas regiões de saúde, os municípios que não dispõem de uma rede estruturada nos três níveis de atenção (atenção básica, média e alta complexidade) tomam como referência o município com maior complexidade de serviços que passa a atender mediante a PPI os demais municípios da região de saúde com menor complexidade de serviços, de igual forma, na territorialização das regiões de saúde sempre haverá um município de maior porte na composição da rede.

Essas regiões de saúde, para efeito do Pacto pela Saúde, podem ser organizadas de quatro formas: intramunicipais, quando se referem àquelas formadas dentro do próprio município, conseqüentemente, dentro de um mesmo município pode haver várias regiões de saúde; as constituídas por municípios diferentes, entretanto, dentro do mesmo estado são denominadas de intraestaduais; quando compostas por municípios de estados diferentes são designadas de interestaduais e quando formadas por municípios brasileiros com municípios estrangeiros são as regiões fronteiriças (BRASIL, 2006).

Cabe, portanto, aos gestores reconhecerem a área de abrangência que são responsáveis dentro dessas regiões para que possam realizar seus processos de planejamento, bem como de negociações e pactuações com vistas à oferta dos serviços de saúde a suas populações. O reconhecimento das regiões sanitárias deve ser feito através das instâncias

¹⁴ O Pacto pela Saúde é definido pelo Centro de Educação e Assessoramento Popular (CEAP) como “[...] um esforço das três esferas de governo (municípios, estados e união) para juntamente com o Conselho Nacional de Saúde, rediscutir a organização e o funcionamento do SUS” (CEAP, 2009, p.08). O pacto visa preservar os princípios contidos na Constituição Federal, e estendidos na Lei Orgânica da Saúde e na Lei nº 8.142/90, através de estratégias que devem ser pactuadas entre os três entes governamentais estando estruturado em três linhas de pensamento, também chamadas de dimensões, sendo elas o Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS.

pactuadas como a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e Comissão Intergestores Bipartite (CIB)¹⁵.

Tendo essas informações por base, buscamos identificar como estavam organizadas as regiões de saúde do Estado da Bahia, visto que esse estado possui 417 municípios, o qual, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE (2017) tem a população estimada em 15.276.566 habitantes, sendo o mais populoso da região Nordeste. Está situado ao sul da região Nordeste e faz divisa com oito estados, sendo estes: Alagoas, Sergipe, Pernambuco, Piauí, Minas Gerais e Espírito Santo, Goiás, Tocantins. É o estado que mais faz divisa com outras unidades da federação.

Sua dimensão territorial é de 567.295 km² e em atendimento a estratégia da regionalização administrativa prevista na CF de 1988, para fins de atendimento a política de saúde, seu território também foi dividido em regiões de saúde. Por sua posição estratégica, no estado da Bahia é possível à existência de regiões de saúde do tipo intramunicipais, intraestaduais e interestaduais. Como as intramunicipais referem-se às regiões de saúde de um mesmo município e, entendemos que o programa de TFD a nível municipal é único para toda a população, a reflexão a partir da região de saúde intramunicipal não foi julgada adequada para esta pesquisa. Verificamos, em seguida, que a Bahia não dispõe de região de saúde interestadual, embora faça divisa com oito estados diferentes. Adotamos, então, para efeito da pesquisa o levantamento das regiões de saúde intraestaduais.

Pelo critério de regionalização e descentralização, até o ano de 2011, as regiões de saúde da Bahia estavam divididas em macrorregiões e subdivididas em microrregiões, as quais ficavam sob a gestão de trinta e uma Diretorias Regionais de Saúde (DIRES), essas macrorregiões e microrregiões foram descontinuadas segundo Decreto Nº 7.508, de 28 de junho de 2011, da presidência da república e como mencionado acima pelo poder que a CIB tem de fazer o reconhecimento de regiões sanitárias podendo ampliá-las ou extingui-las. Em 2012 por meio da Resolução, CIB Nº 275/2012, foram reconhecidas vinte oito regiões de saúde do Estado da Bahia, sendo elas: Alagoinhas; Barreiras; Brumado; Camaçari; Cruz das Almas; Feira de Santana; Guanambi; Ibotirama; Ilhéus; Irecê; Itaberaba; Itabuna; Itapetinga; Jacobina; Jequié; Juazeiro; Paulo Afonso; Porto Seguro; Ribeira do Pombal; Salvador; Santa Maria da Vitória; Santo Antônio de Jesus; Seabra; Senhor do Bonfim; Serrinha; Teixeira de Freitas; Valença e Vitória da Conquista (BAHIA, 2012).

¹⁵ Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e Comissões Intergestores Bipartites (CIB) são “espaços em que representantes de diversos segmentos (gestores, políticos, técnicos) podem planejar, negociar e entrar em acordo sobre como colocar em prática as políticas públicas na área da saúde” (BRASIL, 2010, p.75).

Em 2014, por sua vez, as DIRES foram extintas por meio da Lei Estadual, Nº 13.204/2014, e substituídas por nove Núcleos Regionais de Saúde (NRS), os quais foram assim distribuídos: NRS Nordeste; NRS Oeste; NRS Centro Leste; NRS Sul; NRS Centro Norte; NRS Norte; NRS Leste; NRS Extremo Sul; NRS Sudoeste. Esses NRS estão localizados em: Salvador; Feira de Santana; Alagoinhas; Ilhéus; Teixeira de Freitas; Juazeiro; Jacobina; Vitória da Conquista e Barreiras e são encarregados de:

[...] acompanhar as atividades de regulação e de vigilância sanitária, bem como as ações relativas à Coordenação de Monitoramento de Prestação de Serviços de Saúde, [...] contribuindo para o fortalecimento da gestão junto aos Municípios (BAHIA - Lei nº 13.204/2014).

Com a extinção das DIRES, em 2014, as regiões de saúde passam a vincular-se aos NRS, esses núcleos, por seu turno, possuem mais de uma região de saúde, sob sua jurisdição. No mapa seguinte são apresentados os NRS e suas respectivas regiões de saúde.



Fonte: http://www1.saude.ba.gov.br/mapa_bahia/docs/PDR_POP2012_atualizado10-07-2013.pdf.

Assim, de um contexto macro de quatrocentos e dezessete municípios chegamos a uma unidade menor que, são as regiões de saúde, e com a finalidade de construir um projeto de pesquisa que fosse exequível, optamos então, por trabalhar com uma região de saúde, e para seleção da mesma, passamos para o passo seguinte que diz respeito à viabilidade da pesquisa.

Por julgarmos o tema relevante, válido e o interesse ter sido de construir uma amostra ampla que pudesse caracterizar a realidade do exercício profissional dos assistentes sociais, que estão inseridos no TFD dos municípios da Bahia, avaliamos, também, a delimitação de um território possível de pesquisar, para tanto, delimitamos três critérios de viabilidade, a saber: recursos humanos; financiamento e recursos materiais e; tempo disponível para realizar o trabalho. Observamos, ainda, o tempo para concluir a dissertação, a distância geográfica dos NRS em relação ao local de moradia do pesquisador e da sede da Universidade Federal de Sergipe¹⁶, além da disposição de profissionais¹⁷ locais que pudessem contribuir com a pesquisa.

Destarte, a região de saúde escolhida, para recorte dessa pesquisa, foi à região de Saúde de Alagoinhas/BA, situada no NRS Nordeste, a qual é composta por dezoito municípios sendo eles: Acajutiba; Alagoinhas¹⁸; Aporá; Araçás; Aramari; Cardeal da Silva; Catu; Crisópolis; Entre Rios; Esplanada; Inhambupe; Itanagra; Itapicuru; Jandaíra; Ouriçangas; Pedrão; Rio Real e Sátiro Dias. Estas estão localizadas no Território de Identidade Litoral Norte e Agreste Baiano, e fazem divisas entre si e com alguns municípios do estado de Sergipe, abrangendo uma área de 12,09/milhão km².

O universo da pesquisa foi composto por assistentes sociais em atuação nos PTFD dos municípios da região de saúde de Alagoinhas, em 2017. Assim, no primeiro momento realizamos um levantamento dos municípios que possuíam o PTFD implantados, e em quais destes municípios haviam a presença de assistentes sociais trabalhando na sua operacionalização.

Realizamos o levantamento dos municípios que possuíam PTFD, no site das programações físico - orçamentárias dos municípios. Após esse primeiro contato mapeamos, por *e-mail* e telefone, os municípios que possuíam assistentes sociais trabalhando na sua operacionalização. Verificamos, ainda, que em cem por cento dos municípios da região de saúde havia PTFD implantado e, destes municípios, apenas doze possuíam assistentes sociais

¹⁶ Instituição a qual o pesquisador está vinculado.

¹⁷ Assistentes sociais, inseridos PTFD, com os quais realizamos contato prévio e mostraram-se solícitos do nosso trabalho.

¹⁸ Sede do núcleo por isso a denominação de NRS de Alagoinhas.

inseridos no programa. Sendo estes os municípios de: Acajutiba; Alagoinhas; Aporá; Araçás; Crisópolis; Entre Rios; Esplanada; Inhambupe; Itapicuru; Pedrão; Rio Real e Sátiro Dias.

O mapa seguinte sinaliza a região onde a pesquisa empírica foi realizada.



Fonte: Observatório Baiano de Regionalização (2017).

Com este levantamento, a definição da amostra deu-se por amostragem do tipo não probabilística, que segundo Marsiglia (2001), não utiliza formas aleatórias de seleção. O critério para participação dos entrevistados ocorreu, conforme, a amostra por conveniência. Dessa forma consistiu em selecionar uma amostra da população que estava acessível e, foram selecionados porque estavam prontamente disponíveis. O número de participantes relacionou-se com a qualidade e profundidade das respostas, bem como divergências e contradições ao passo que o conteúdo da fala começou a se repetir.

Ressaltamos, ainda, que por se tratar de uma pesquisa envolvendo seres humanos respeitamos a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Por conseguinte, o projeto de pesquisa que norteia esta produção passou pela Comissão de Ética da instituição de ensino UFS, sendo aprovado, por meio do parecer consubstanciado nº 2.257.022, e os sujeitos da investigação receberam as informações da pesquisadora sobre os objetivos da análise bem como a garantia de sigilo. Como a pesquisa contou com a participação de apenas um profissional do sexo masculino, utilizamos o termo profissional, tanto para profissionais do sexo feminino quanto do sexo masculino com a finalidade do anonimato.

Como a entrevista gerou muitas preocupações, entre os profissionais, não identificamos as falas dos entrevistados, utilizamos apenas nomenclaturas numéricas aleatórias para separá-las. Assim, para cada análise separamos as falas utilizando os números 1, 2, 3 sucessivamente. Dessa maneira, a cada eixo aberto para análise repetimos os mesmos números, a fim de identificarmos que fala foi de profissionais diferentes, entretanto, as respostas podem não ser dos mesmos profissionais, já que esses não têm números fixos de identificação.

Foram entrevistados os profissionais que concordaram em participar da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), eles tiveram a liberdade de recusar-se a participar ou retirar seu consentimento em qualquer fase da mesma. Nosso trabalho também obedeceu aos critérios na Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, o qual trata das particularidades da pesquisa nas Ciências Humanas e Sociais.

Apresentada a trajetória teórica e metodológica necessária à apreensão do objeto de estudo, no próximo capítulo debateremos sobre alguns aspectos teóricos que permitem refletir sobre o exercício profissional do assistente social, as demandas apresentadas e as respostas profissionais processadas ao longo do tempo, assim como, os novos desafios posto na atualidade ao Projeto Ético Político Profissional e formas de enfrentamento.

CAPÍTULO II

SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE: INTERLOCUÇÃO E PECULIARIDADES DO EXERCÍCIO PROFISSIONAL DOS ASSISTENTES SOCIAIS

“O que transformou o mundo não foi a utopia. Foi a necessidade”.
José Saramago

A frase de José Saramago foi escolhida para iniciar este capítulo, porque fala de transformação, logo refere-se às dinâmicas societárias. Também escolhemos, porque sinaliza que a utopia por si só não faz transformações, mas sim, as necessidades, e nessa direção, corrobora com Marx e Engels (2008) é preciso à luta coletiva. Acreditamos, também, que foram e são as necessidades, quer sejam capitalistas ou das classes trabalhadoras ou de ambas, que proveram/promovem processos de transformações e, é em virtude também de necessidades que nos sentimos instigados a defender o Projeto Ético Político Profissional da categoria dos assistentes sociais, quanto um Projeto de Política Social, o qual destacamos a Reforma Sanitária, que tem por primazia a universalização e qualidade do acesso à saúde. Embora, acreditemos, ainda, que a perspectiva de direitos nos limites da sociedade capitalista não seja capaz de sanar as assimetrias sociais, o reconhecimento desses limites não deslegitima a defesa dos mesmos, ao contrário, mostram que continuamos firmes na luta por uma sociedade mais justa e igualitária, capaz de ultrapassar as fronteiras do capital.

É partindo desse alicerce reflexivo que escrevemos este capítulo, o qual tem como objetivo refletir sobre o cenário sócio histórico, político e econômico que influenciou/influenciam no exercício profissional, nas suas demandas e respostas sócio profissionais, apontando particularidades da profissão na política de saúde e no PTFD. Nesse sentido, recupera elementos dos fundamentos que caracterizam a trajetória do surgimento da profissão, em busca de apreender o sentido e o significado do Serviço Social mediante os processos de transformações políticas, econômicas e sociais que perpassaram o Brasil da década de 1930 a contemporaneidade. Discute, também, a relação intrínseca entre o capitalismo, as políticas sociais e a profissão de Serviço Social no Brasil.

Buscamos apontar a funcionalidade da profissão em cada período histórico mostrando as alterações ocorridas nas requisições profissionais e na forma como o assistente social apreende as demandas e dá respostas, sinalizando para as tensões e contradições inerentes a profissão, em virtude do seu significado na inserção da divisão do trabalho na

sociedade capitalista, ora respondendo ao capital, ora ao trabalhador, num processo que produz e reproduz relações sociais antagônicas, e nessa dinâmica construiu seu Projeto Ético Político Profissional à luz da teoria social. Sinalizamos os entraves contemporâneos frente à crise do capital e as metamorfoses do mundo do trabalho, bem como, os rebatimentos que implicam na materialização do Projeto Profissional destacando as estratégias de resistência do coletivo da categoria no campo da formação e da prática profissional.

A retrospectiva desses elementos (presentes nos dois primeiros tópicos deste capítulo) subsidia as bases teóricas para compreender o exercício profissional, de modo em geral, e em particular na área da saúde, sinalizando as demandas que foram sendo criadas no referido setor, o qual exige a requisição do profissional de Serviço Social e apreende o assistente social enquanto um trabalhador da saúde.

Nessa direção, trazemos contribuições teórico-históricas e políticas, cuja finalidade é compreender os desafios de materialização do projeto profissional dos assistentes sociais, à luz da defesa do Projeto de Reforma Sanitária, frente à agenda do Estado mínimo, com suas contrarreformas e ofensivas a saúde, sobretudo, no que se refere ao (des) financiamento do SUS o qual tem maior impacto nos municípios menores e onde há uma exacerbação das refrações da “questão social”. Por fim, este capítulo encerra com apontamentos sobre a inserção do Serviço Social no PTFD, trazendo aspectos gerais do Programa e da presença do assistente social no mesmo.

2.1 A profissão de Serviço Social: transformações societárias e (re) significação profissional

2.1.1- Serviço Social, política social e capitalismo: Incursão histórica da gênese da profissão à construção do Projeto Ético Político Profissional

Para compreender a profissão de Serviço Social, e suas dinâmicas, faz-se necessário uma análise “de dentro de si”, ou seja, conhecer seu processo de construção em seu próprio interior e, para além disso, extrapolar para o âmbito da dinâmica societária. É necessário considerar as condições e relações sociais que permitem apreender seu significado social na sociedade capitalista, situá-la como um dos elementos que participa da reprodução e das relações de classes, do relacionamento contraditório entre elas no processo histórico. Importa dizer que, desconsiderar tais elementos é analisá-la de forma focalizada, a-crítica e, portanto, a-histórica (IAMAMOTO; CARVALHO, 2011), nesse sentido:

Para uma abordagem do Serviço Social no processo de reprodução das relações sociais, partimos da posição de que o significado social da profissão só pode ser desvendado em sua inserção na sociedade, ou seja, a análise da profissão, de suas demandas, tarefas e atribuições em si mesmas não permitem desvendar a lógica no interior da qual essas demandas, tarefas e atribuições ganham sentido. Assim sendo, é preciso ultrapassar a análise do Serviço Social em si mesmo para situá-lo no contexto de relações mais amplas que constituem a sociedade capitalista, particularmente, no âmbito das respostas que esta sociedade e o Estado constroem, frente à questão social e às suas manifestações, em múltiplas dimensões. Essas dimensões constituem a sociabilidade humana e estão presentes no cotidiano da prática profissional, condicionando-a e atribuindo-lhe características particulares (YAZBEK, 2009a, p.126-127).

É importante destacarmos que no contexto do surgimento da profissão de Serviço Social no Brasil encontramos as mediações necessárias para entender sua dinâmica nos produtos sócio históricos da era monopólica capitalista, cujas contradições possibilitaram que as refrações da “questão social” fossem tratadas pelo Estado por meio de políticas sociais sendo os assistentes sociais um dos seus executores. Contudo, vale considerar que o terreno sóciopolítico e econômico em que surgiu a citada profissão possui especificidades que variam em cada país, tendo diferenças que decorreram em maior ou menor proporção, do nível de desenvolvimento capitalista e da maneira como estes promoveram suas revoluções burguesas.

Nessa perspectiva, segundo Coutinho (2011), as peculiaridades da expansão capitalista no Brasil incidem na gênese da profissão de Serviço Social relacionando-se tanto a fatores econômicos como da própria formação sócio histórica. No contexto desenvolvia-se um capitalismo por “vias não clássicas” que aliou tanto processos de modernização conservadora¹⁹, quanto os moldes de uma “revolução passiva”, na qual, processos sociais e políticos de transformação ocorrem “pelo alto” e com exclusão da participação popular.

Segundo o referido autor, isto ocorreu em virtude do caráter tardio de nosso desenvolvimento capitalista (que se processou num tempo histórico no qual o socialismo já havia ingressado na agenda política mundial e ocorrendo uma verdadeira batalha de “vida ou morte” entre socialismo e imperialismo), bem como, pelo fato da nossa revolução burguesa

¹⁹ Sob influência das relações coloniais baseadas na grande propriedade rural com sua aristocracia agrária e o trabalho escravo, a transição para o Brasil capitalista moderno combinou processos novos com arcaicos. Adaptou-se por aqui relações escravistas (atrasadas) com o trabalho livre, combinando-se "progresso" (a adaptação ao capitalismo) e conservação (perdurando elementos relevantes da ordem anterior), ou seja, uma modernização conservadora (COUTINHO, 2011). A modernização conservadora “permite explicar a incorporação e/ou criação de relações sociais arcaicas ou atrasadas nos setores de ponta na economia, que adquirem força nos anos recentes, com a peonagem, a escravidão por dívida, a clandestinidade nas relações de trabalho e sua precarização mediante a regressão dos direitos sociais e trabalhistas” (IAMAMOTO, 2008, p.130).

ter como peculiaridade seu processamento dentro de um país dependente (primeiro do colonialismo e posteriormente do que o autor chama de "imperialismo total").

Assim, a especificidade brasileira decorre da nossa formação socioeconômica, a qual historicamente esteve voltada para o mercado externo, dependente e de base agro/exportadora, ocorrendo tardiamente. Destarte, enquanto os países capitalistas centrais, no final do século XIX, iniciavam sua fase monopolista imperialista, o nosso país estava em processo de abolição da escravidão.

Note-se que uma das características do capitalismo monopolista imperialista é a exportação de capitais para os países em desenvolvimento, sobretudo, do capital de empréstimos concedidos a Estados. Entretanto, é trivial que os países capitalistas centrais antes de realizarem tais empréstimos exijam certas vantagens aos países periféricos.

Essas vantagens podem ter como condicionalidade de que parte do dinheiro concedido seja gasto no país mutuante na compra de mercadorias que este produz, logo, além de exportar capitais acabam fomentando a exportação também de mercadorias, o que para Mandel (1982) é um processo que sufoca o desenvolvimento econômico do chamado “Terceiro Mundo”, isto porque a dominação de capital estrangeiro nos países periféricos resulta na complementaridade do desenvolvimento econômico do país imperialista. Neste sentido, a relação de desenvolvimento capitalista entre países centrais e periféricos apresentam-se sob a forma de um “desenvolvimento desigual e combinado”²⁰, e países periféricos como o Brasil inserem-se na lógica do capitalismo monopolista de forma desigual.

Salientamos, no entanto, que no movimento capital e trabalho, a emergente “questão social” traz em seus fundamentos a indissociabilidade da sociedade capitalista, em cujo estágio de seu desenvolvimento adota a diretriz política conservadora em seu processo de modernização econômica. À luz do desenvolvimento moderno conservador, “a modernidade das forças produtivas do trabalho social convive com padrões retrógrados nas relações do

²⁰ A Teoria do Desenvolvimento Desigual e Combinado foi desenvolvida pelo russo León Trotsky que buscava analisar a inserção da Rússia na economia capitalista antes da Revolução, de 1917, e tem sido utilizado como referência para os estudos sobre o desenvolvimento capitalista nos países periféricos. Esta foi objeto de reflexões de teóricos como Ernest Mandel e Michael Lowy. Para Mandel (1980, p. 37) esta teoria é "a principal forma de aplicação da dialética à compreensão e transformação da realidade contemporânea". Para Lowy a teoria do desenvolvimento desigual e combinado consiste numa tentativa de “[...] dar conta da lógica das contradições econômicas e sociais dos países do capitalismo periférico ou dominados pelo imperialismo.” (LOWY, 2000, p.161). Por essa teoria, quando um país inicia seu processo de industrialização tardiamente, este país adotará as tecnologias industriais mais modernas daquele momento, “[...] ele ‘salta’ por assim dizer, as etapas intermediárias do seu desenvolvimento ‘anormal’ e ‘orgânico’” (LOWY, 2000, p.164) sem percorrer o mesmo processo dos países que desenvolveram anteriormente suas industrializações, entretanto, o fato de se apropriarem do que há de mais moderno não suprimem as formas econômicas tradicionais e ambas convivem combinadamente.

trabalho, radicalizando a questão social” (IAMAMOTO, 2008, p. 129). Assim, tanto (re) produzindo desigualdades quanto ampliando.

Entretanto, será no panorama inicial da industrialização do país frente à formação da classe operária com suas resistências e lutas para enfrentar as manifestações das expressões da “questão social” que o Estado passará a respondê-las como problema de ordem política, ampliando serviços e criando instituições, as quais demandaram profissionais como os assistentes sociais. Ressaltamos, também, que até a década de 1930 as respostas dadas a essa eram majoritariamente como um “caso de polícia”²¹.

Nessa direção, importa dizer que, o surgimento da referida profissão em nosso país está relacionado a um conjunto de fatores sociais, econômicos e políticos que vinham sendo forjados desde as décadas de 1920 e 1940. Período que se inicia no país os processos de industrialização e urbanização (ancorado num modelo de desenvolvimento sob a direção política estruturante da modernização conservadora) e tais fenômenos, no espaço dos antagonismos acirrados no estágio do monopolismo nas particularidades do Brasil, contribuíram para agravar problemas e conflitos sociais que alteraram as estruturas da sociedade, ampliaram as contradições dentro do sistema e conseqüentemente as lutas reivindicativas do recém-operariado.

Isto porque, as duas classes sociais que se estabeleceram com o desenvolvimento das forças produtivas, uma detentora dos meios de produção e a outra vendedora da sua força de trabalho, são classes antagônicas e, portanto, possuem interesses distintos e contraditórios. De um lado, têm os trabalhadores e suas reivindicações quanto às péssimas condições de vida, de trabalho e de salário e, de outro lado, “a burguesia industrial aliada aos grandes proprietários rurais, buscava apoio principalmente no Estado para seus projetos de classe e, para isso, necessitava encontrar novas formas de enfrentamento da chamada “questão social””(PIANA, 2009, p.88). O Estado Novo, por sua vez, buscando assegurar o controle social e legitimar-se, assume:

[...] a regulação das tensões entre as classes sociais mediante um conjunto de iniciativas [...] de cunho controlador, assistencial e paternalista. Ao reconhecer a legitimidade da questão social no âmbito das relações entre capital e trabalho, o governo Vargas buscou enquadrá-la juridicamente, visando à desmobilização da classe operária e a regulação das tensões entre as classes sociais. [...] o Estado brasileiro transformou a questão social em problema de administração, desenvolvendo políticas e agências de poder

²¹ Para melhor compreensão ler CERQUEIRA FILHO, Gisálio. A “questão social” no Brasil: crítica do discurso político. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1982.

estatal nos mais diversos setores da vida nacional (YAZBEK, 2009a, p. 129-130).

O desenvolvimento de tais agências e políticas passaram a demandar práticas sociais na divisão social e técnica do trabalho coletivo, dentre os quais, profissionais especializados para o atendimento das mazelas sociais, sendo requisitados os assistentes sociais. De acordo com Iamamoto (2011) a profissionalização e institucionalização do Serviço Social relacionam-se diretamente com a criação das grandes instituições sociais e assistenciais que foram sendo implantadas pelo Estado em 1940 e foram responsáveis pela expansão do mercado de trabalho para os assistentes sociais.

Consoante Bravo e Matos (2009, p.198) mencionam que o referido processo de expansão do Serviço Social no país, mais precisamente, a partir de 1945, também está “[...] relacionado com as exigências e necessidades de aprofundamento do capitalismo no Brasil e as mudanças que ocorreram no panorama internacional, em função do término da Segunda Guerra Mundial”. Dentre os processos ocorridos em âmbito internacional, neste período, é importante destacarmos: o crescimento do movimento operário, que por meio do seu potencial de reivindicação política passará a ocupar espaços importantes na cena política e obrigará a burguesia a reconhecer alguns direitos de cidadania²². O segundo elemento a ser observado foi à monopolização do capitalismo que, após a crise de 1929, iniciada nos Estados Unidos da América, conhecida como a “Grande Depressão”²³ evidenciou o equívoco da utopia liberal do indivíduo empreendedor orientado por sentimentos morais.

²² No que se refere à cidadania e a perspectivas de direitos, o estudo proposto por Thomas H. Marshall na sua obra “Cidadania, Classe Social e Status” o qual toma como campo empírico a Inglaterra tem sido utilizado como referência para os estudos sobre o desenvolvimento da cidadania em outros países. Neste, Marshall dividiu o conceito de cidadania em três partes, as quais Marshall conceituou como elementos, sendo estes elementos: civil, político e social. *O elemento civil* é composto dos direitos necessários à liberdade individual e suas variantes, como a liberdade de ir e vir, de imprensa, pensamento e fé, bem como o direito à propriedade, de concluir contratos válidos e o direito à justiça (p. 63). As instituições que mais se vinculam aos direitos civis são os tribunais de justiça. *O elemento político*, por outro lado, remete ao direito de participar no exercício do poder político, seja como membro eleito de um dos organismos investido da autoridade política ou como seu eleitor, este tem como instituições correspondentes, o parlamento e os conselhos do Governo local. Já o elemento social, refere-se a aspectos que vão desde o direito a um mínimo de bem-estar econômico e segurança ao direito de participar, por completo, na herança social e levar a vida de um ser civilizado de acordo com os padrões que prevalecem na sociedade. A ele estão relacionados o sistema educacional e os serviços sociais (MARSHALL, 1977, p. 63-64 – *grifos nossos*).

²³ As crises são próprias do capitalismo, entretanto a crise de 1929 merece destaque na história em virtude dos seus impactos terem sido extremamente catastróficos, isto porque esta não teve por espaço apenas uma região geopolítica determinada: ela envolveu o mundo e durou em torno de dezesseis anos só sendo ultrapassada no segundo pós-guerra. A “crise se iniciou no sistema financeiro americano, a partir do dia 24 de outubro de 1929, quando a história registra o primeiro dia de pânico na Bolsa de Nova York. A crise se alastrou pelo mundo, reduzindo o comércio mundial a um terço do que era antes” (BEHRING; BOSCHETTI, 2011, p.68).

Arelado à dimensão da crise de 1929, neste período “[...] estavam em disputa econômica e territorial três grandes projetos – dois do campo da burguesia (o fascismo e o projeto liberal-reformista) – e o projeto socialista [...]” (BEHRING; BOSCHETTI, 2011, p.70). Nesse sentido, o capitalismo necessitava encontrar uma saída para a crise, mas buscava-se uma estratégia que não tocasse as “cordas” do capital.

É dentro desse contexto que as ideias de Keynes²⁴ passam a ganhar espaço, este propunha um modelo, cujas medidas reativavam o emprego e ampliavam o consumo. Na vigência da lógica keynesiana do *Estado de Bem-estar social* ou *Welfare State* houve a implementação de uma série de legislações trabalhistas e sociais, as quais eram viabilizadas através de políticas sociais universais, logo, as respostas e as expressões da “questão social” davam-se, sobretudo, por meio da assistência.

A nível internacional já se vislumbrava um momento de intensa organização da classe trabalhadora e a expansão das políticas sociais, enquanto no Brasil entre os anos 1930 – 1945 (Era Vargas), vive-se o processo de início da industrialização com todos os seus percalços e, sob as particularidades de um país periférico e dependente. Vargas, por sua vez, promove no país, ao lado da modernização conservadora econômica, um severo autoritarismo político, e concomitantemente cria um conjunto de iniciativas e políticas que garantem alguns direitos, sobretudo trabalhistas, como a criação da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), o Salário Mínimo. Dessa maneira, tratam-se de medidas que visam à desmobilização da classe trabalhadora e a regulação das tensões entre as classes sociais geradas pelo processo de exclusão advindos da urbanização e industrialização.

Nesse contexto, o Serviço Social que nas suas protoformas surgiu como um prolongamento da ação social da Igreja Católica com seus ideários, a partir dos anos 1940, para atender às novas configurações do desenvolvimento capitalista, e as requisições do Estado (que começam a implementar políticas sociais) necessitava buscar qualificação e reorientação profissional para ser absorvido pelas instituições que estão sendo criadas e, é sob a influência do Serviço Social norte-americano que os assistentes sociais brasileiros passaram a buscar uma instrumentalização técnica mais aproximada da particularidade nacional e paulatinamente começou a sofrer o processo de secularização e laicização. A esse respeito Netto (2009, p.72) ressalta que:

²⁴ John Maynard Keynes (1883- 1946) foi um economista britânico que se preocupou em compreender e dar respostas democráticas à crise de 1929. “Propugnava a mudança da relação do Estado com o sistema produtivo e rompia parcialmente com os princípios do liberalismo” (BEHRING; BOSCHETTI, 2011, p.82). Em 1936 publicou o livro *Teoria geral do emprego, do juro e da moeda* e defendeu a intervenção do Estado na economia com vistas a reativar a produção.

O deslocamento em tela não é simples porque pode dar-se (e, efetivamente, deu-se) não só com a manutenção do referencial ideal anterior como, principalmente, com a conservação de práticas a ele conectadas – o que o deslocamento altera visceralmente, concretizando a ruptura, é, objetivamente, a condição do agente e o significado social da sua ação; o agente passa a inscrever-se numa relação de assalariamento e a significação social do seu fazer passa a ter um sentido novo na malha da reprodução das relações sociais.

A linha divisória entre as atividades sociais voluntárias e a atividade profissional estabelece-se por meio da relação contratual, logo, é inserindo-se no mercado de trabalho como vendedor assalariado da sua força de trabalho, numa relação mercantilizada, que o Serviço Social se profissionaliza.

O caminho da profissionalização do Serviço Social é, na verdade, o processo pelo qual seus agentes – ainda que desenvolvendo uma auto representação e um discurso centrado na autonomia dos seus valores e da sua vontade – se inserem em atividades interventivas cuja dinâmica, organização, recursos e objetivos são determinados para além do seu controle. [...] precisamente quando passam a desempenhar papéis que lhes são alocados por organismos e instâncias alheios às matrizes originais das protoformas do Serviço Social é que os agentes se profissionalizam (NETTO, 2009, p.71-72).

Suas atividades não são realizadas por motivações essencialmente pessoais e idealistas, estas atividades, enquanto a de um trabalhador inserido na divisão social e técnica do trabalho estão subordinadas à classe capitalista e, embora os assistentes sociais não desempenhem funções produtivas tais profissionais participam junto a outras profissões da implementação de estratégias que permitam ao capital sua reprodução, acumulação e valorização. De outro lado, atuam no atendimento de demandas das classes subalternas, ou seja, participam da tensão entre capital e trabalho.

Acerca desses aspectos impressos na natureza da profissão de Serviço Social, Iamamoto (2011) chama a atenção que a produção e reprodução capitalista incluem uma série de atividades que não são diretamente produtivas, mas são indispensáveis ou facilitadoras do movimento capitalista. Assim, para além do processo de trabalho com a reprodução material de produção, consumo, distribuição e troca de mercadoria, engloba-se também a produção e reprodução das relações sociais, nesta cabendo, além da reprodução das forças produtivas, todas as “relações de produção na sua globalidade, envolvendo, também, a reprodução da produção espiritual, isto é, das formas de consciência social: jurídicas, religiosas, artísticas, ou filosóficas [...]” (IAMAMOTO, 2011, p.78).

Frente aos fundamentos do emergente Serviço Social brasileiro, na perspectiva de ampliar seus referenciais técnicos aproximam-se do Serviço Social Norte-Americano e, desta forma, apropriam-se do suporte teórico-metodológico de matriz positivista. Esse, então, conformatou a matriz do pensamento de base técnica-científica, à luz das relações sociais, cuja abordagem compreendia a dinâmica cotidiana dos indivíduos de maneira imediata, trabalhando com as relações aparentes dos fatos em uma apreensão manipuladora e instrumental e não promovendo mudanças possíveis de ruptura com a ordem estabelecida, ao contrário disto, criando meios de conservação.

É importante destacarmos que, a profissão de Serviço Social, “[...] do seu desenvolvimento até os anos 60, não teve polêmica de relevo que ameaçasse o bloco hegemônico conservador que dominou, tanto a produção do conhecimento, como as entidades organizativas e o trabalho profissional” (BRAVO; MATOS, 2009, p.201). Assim, marcada por laços tradicionais e conservadores, a profissão de Serviço Social encontra nos anos de 1960, a sua primeira tentativa de reconceituar, a qual teve expressão no Movimento de Reconceituação.

O Movimento de Reconceituação, datado de 1965 até meados de 1975, ocorreu no âmbito da América Latina e foi liderado por países da América do Sul, a saber, Chile, Argentina e Uruguai, e posteriormente incidindo no Brasil. A reconceituação está diretamente ligada ao circuito sócio político latino americano da década de 1960 e “[...] a questão que originalmente a comanda é a funcionalidade profissional na superação do subdesenvolvimento” (NETTO, 2015, p.191). E nesse sentido, “indaga-se sobre o papel dos profissionais em face de manifestações da ‘questão social’, interrogando-se sobre a adequação dos procedimentos profissionais [...] a eficácia das ações profissionais e [...] a eficácia e legitimidade das suas representações” (NETTO, 2015, p.191).

Uma das premissas desse movimento foi à contestação do referencial de matriz positivista e, tal movimento inicia-se num contexto de mudanças econômicas, políticas, sociais e culturais ocorridas em nível internacional em virtude das reconfigurações da expansão do capitalismo mundial. É importante observarmos que nesse quadro histórico os sinais de esgotamento do *Welfare State* reedita novo processo de crise capitalista em proporções que marcaram o panorama nos finais dos anos 1960 e início de 1970, desestabilizando as estruturas sociais dos países centrais e, em consequência, também os periféricos em virtude da sua intrínseca relação, assim analisada “desigual e combinada”.

Neste quadro panorâmico, o Serviço Social passou a assumir as inquietações e insatisfações vivenciadas e, no interior da profissão verificaram-se questionamentos sob o

chamado Serviço Social Tradicional, quanto à metodologia, objetivos e conteúdos da formação profissional, ou seja, questionavam-se os fundamentos teóricos, metodológicos, operativos e políticos. “A ruptura com o Serviço Social tradicional se inscreve na dinâmica de rompimento das amarras imperialistas, de luta pela libertação nacional e de transformações da estrutura capitalista excludente, concentradora e exploradora” (FALEIROS, 1987, p.51 apud NETTO, 2015, p.191).

A articulação do Movimento de Reconceituação latino americano foi se alicerçando conforme foram realizando uma série de encontros que tinham por finalidade debater questões relativas à profissão. Destes encontros, de acordo com Netto (2015), o I Seminário Regional Latino-Americano de Serviço Social, realizado na cidade de Porto Alegre, no mês de maio de 1965, demarca o primeiro passo significativo dessa relação internacional, tendo em vista que contou com a participação de assistentes sociais da Argentina, Chile e Uruguai e, posteriormente tais seminários estenderam-se para os referidos países fortalecendo o movimento.

Ainda de acordo com Netto (2015), a união desses profissionais que colocavam em xeque o Serviço Social Tradicional não era homogêneo e a heterogeneidade no seio do movimento gerou posições e projeções distintas. Entre os que compunham o movimento, havia ao menos dois blocos centrais.

[...] um deles apostava numa espécie de atualização do Serviço Social, capaz de modernizá-lo a ponto de torná-lo compatível com as demandas macrossocietárias, vinculando-o aos projetos desenvolvimentistas de planejamentos social; outro, constituído por setores mais jovens e radicalizados, jogava numa inteira ruptura com o passado profissional, de modo a sintonizar a profissão com os projetos de ultrapassagem das estruturas sociais de exploração e dominação (NETTO, 2005, p.10).

Conforme a categoria profissional vai apropriando-se das tradições marxistas, mais distingue-se as fronteiras entre os profissionais que defendem a modernização e os que buscam a ruptura com as práticas e representações do Serviço Social Tradicional. Tal apropriação com a teoria social marxista ocorrerá em conformidade com as realidades de cada país e se efetivará, como no caso brasileiro, por um processo tortuoso e denso de ecletismos.

Desse modo, o Movimento de Reconceituação caracterizou-se pela tentativa de apreensão de consciência crítica e política dos assistentes sociais latino-americanos, que propôs a ruptura com o tradicionalismo profissional e a busca por transformações na estrutura capitalista. Não obstante, no nosso país as condições políticas em que processou a dinâmica

da reconceituação, pleno auge da Ditadura Militar, favoreceram ao surgimento de distintos traços característicos da realidade societária de outros países, e estas influenciaram diretamente a Renovação do Serviço Social Brasileiro.

Nesse aspecto, Netto (2015) compreende que a Renovação, foi um processo interno brasileiro que apresentou fundamentações e teorias distintas para a profissão, é anterior, concomitante e posterior a reconceituação, comportando a Perspectiva Modernizadora, a Reatualização do Conservadorismo e a Intenção de Ruptura.

As primeiras expressões da renovação do Serviço Social no Brasil estão nos Documentos de Araxá (1967) e Teresópolis (1970), ambos vinculados as ideologias políticas de desenvolvimento e comportam a *perspectiva modernizadora*. Nessa, a categoria profissional aceita a Ditadura Militar sem questionamentos e tem como núcleo central a “[...] tematização do Serviço Social como interveniente, dinamizador e integrador no processo de desenvolvimento” (NETTO, 2015, p.201).

Reveem o Serviço Social de Caso, Grupo e Comunidade incorporando métodos funcionais à mudança e ao desenvolvimento capitalista. Tratando-se de “[...] um esforço no sentido de adequar o Serviço Social, enquanto instrumento de intervenção inserido no arsenal de técnicas sociais a ser operacionalizado no marco de estratégias de desenvolvimento capitalista [...]” (NETTO, 2015, p.200). Ao repor traços históricos da prática profissional mesmo buscando modernizá-los não rompe ao tradicional. Esta perspectiva é “[...] caracterizada pela incorporação de abordagens funcionalistas, estruturalistas e mais tarde sistêmicas (matriz positivista), voltadas a uma modernização conservadora” (YAZBEK, 2009b, p.149).

Os Seminários de Sumaré (1978) e Alto da Boa Vista (1984) explicitaram a perspectiva da *reatualização do conservadorismo*. Surge da existência de núcleos restauradores que se opõem a perspectiva modernizadora e aponta saída via inspiração fenomenológica. Apresentam uma visão de mundo vinculada ao pensamento católico tradicional, sob nova roupagem e com traços de modernidade, não dialogando com o marxismo. Nesta perspectiva há uma exigência e valorização da elaboração teórica.

Essa valorização é estranha ao tradicionalismo profissional, o que leva a críticas e recusa dos padrões teóricos metodológicos do positivismo e reclamam a substituição causal por não causal, deslocando a explicação para compreensão. Quanto à intervenção profissional, esta se baseia na ajuda psicossocial. Ao recorrer à fenomenologia seus expositores não se apropriaram de fontes originais, o que ocasionou empobrecimento e simplificação, na qual o

método fenomenológico aparece sem contestação, mostrando uma aproximação impressionista, aleatória e eclética (NETTO, 2015).

Desse modo, o contexto histórico, político, econômico, social e cultural desencadeado por volta da década de 1930, como o processo de desenvolvimento capitalista pautado na modernização conservadora ofereceram terreno fértil para a profissionalização do Serviço social, por sua vez:

O aprofundamento da sociedade burguesa monopolista, sua forma particular brasileira [...], seu modelo urbano-industrial nitidamente delineado no Brasil desenvolvimentista da segunda metade dos anos 1950 e suas inerentes tensões sociais adensadas e visíveis no início dos anos 1960 impuseram fortes desafios ao Serviço Social como profissão (SILVA, 2013, p.91).

Tais desafios, aliados ao emergente Movimento de Reconceituação geraram a necessidade da revisão do Serviço Social Tradicional. E como visto no processo de Renovação do Serviço Social as tendências da perspectiva modernizadora e a reatualização do conservadorismo desenvolvidas dentro da profissão foram marcadas pelo conservadorismo profissional. Essas, por sua vez, têm em comum o fato de não tecerem críticas à ordem monopólica e sua face totalitária.

Consoante Iamamoto (2011), a forma como o assistente social constrói sua intervenção, o significado e as finalidades que atribui, levam uma direção social podendo ser de manutenção da ordem vigente ou na busca de sua superação. Desse modo, as perspectivas elencadas anteriormente foram funcionais ao capitalismo e a manutenção da ordem vigente, entretanto, importa ressaltar que a atuação profissional, enquanto uma atividade socialmente determinada pelas circunstâncias sociais objetivas, também conferem a atividade profissional um caráter que ultrapassa o desejo e as consciências individuais dos profissionais.

Como as classes sociais fundamentais e seus personagens só existem em relação, pela mútua mediação entre elas, a atuação do Assistente social é necessariamente polarizada pelos interesses de tais classes, tendendo a ser cooptada por aqueles que têm uma posição dominante (IAMAMOTO, 2011, p.81).

Nesse sentido, dentre as tendências de renovação do Serviço Social, a perspectiva modernizadora foi a tendência “[...] que melhor se identificou e formulou ações funcionais a administração das tensões geradas pela autocracia burguesa com seu ímpeto radical em reforçar – reformar a ordem monopólica” (SILVA, 2013, p.92). Percebemos que as

perspectivas modernizadoras e de reatualização do conservadorismo, ambas com vigência no período ditatorial, embora contestando o “Serviço Social tradicional”, são tendências que se conectam ao viés desenvolvimentista-modernizador assumido pelo Estado ditatorial e havendo uma neutralização da vertente crítica no período.

O período ditatorial brasileiro corresponde ao tempo em que a nível internacional vivia-se um contexto de reação burguesa, crise capitalista e reestruturação produtiva, entretanto, nacionalmente vivia-se o chamado “fordismo a brasileira” por meio do “Milagre econômico Brasileiro” e ao mesmo tempo em que se restringiam os direitos civis e políticos, expandia-se por outro lado, mesmo que de forma não universal, a cobertura das políticas sociais. Estas atendidas de forma burocrática, autoritária e centralizadora, bem como, sem perder de vista o seu caráter mercantil e de benefício ao capitalismo, a exemplo dos serviços de medicina previdenciária e seu caráter contributivo. A “questão social” é nesse período tratada por meio do binômio repressão/assistência. Note-se, porém que:

A crescente centralização das políticas sociais pelo Estado capitalista, no processo de modernização conservadora no Brasil, gera o aumento da demanda pela execução de programas e serviços sociais, impulsionando a conexão entre política social e Serviço Social no Brasil e a consequente expansão e diversificação do mercado profissional. (RAICHELIS, 2009, p.379).

Assim, dada a centralidade das políticas sociais, os assistentes sociais neste período são absorvidos pelo Estado para atuarem na implementação de políticas sociais, como executores. No contexto do Milagre Brasileiro, internacionalmente já se desencadeava a crise sistêmica²⁵ de 1970 e no ano de 1978 seus reflexos põem fim ao chamado “milagre”. O Brasil diante da queda do crescimento econômico que havia experimentado e da exacerbação da inflação, bem como sob pressão dos movimentos sociais, sindicais e de partidos políticos começa a promover processos de abertura do regime.

O Serviço Social, nesse contexto (década de 1980) necessita acompanhar o curso das transformações sociais, políticas e econômicas que perpassam a realidade brasileira e a perspectiva de intenção de ruptura que nascera na virada dos anos 1950 e 1960, começa a se hegemonizar ao longo dos anos oitenta. É a partir desta perspectiva que o Serviço Social paulatinamente vai se apropriando das fontes originárias de Marx e passa a pensar a sociedade

²⁵ Netto (2012) conceitua como *crise sistêmica*, aquela que “[...] não é uma mera crise que se manifesta quando a acumulação capitalista se vê obstaculizada ou impedida. A crise sistêmica se manifesta envolvendo *toda a estrutura* da ordem do capital” (NETTO, 2012, p.415).

como um conjunto das relações sociais discutindo a relação entre o Serviço Social e a sociedade capitalista.

[...] nesta matriz o ponto de partida é aceitar fatos, dados como indicadores, como sinais, mas não como fundamentos últimos do horizonte analítico. Trata-se, portanto, de um conhecimento que não é manipulador e que apreende dialeticamente a realidade em seu movimento contraditório. Movimento no qual e através do qual se engendram, como totalidade, as relações sociais que configuram a sociedade capitalista (YAZBEK, 2009b, p.151).

Pertencem a esta perspectiva o surgimento do método de Belo Horizonte (BH), considerado como um trabalho de crítica teórico-prática ao tradicionalismo profissional e que propôs uma alternativa global que rompesse o tradicionalismo no plano teórico metodológico, de concepção e intervenção profissional e de formação. Foi ainda nesta perspectiva que as universidades através da pós-graduação apresentaram resultados de pesquisas que tematizavam a intenção de ruptura e por último, tem-se o debate estendido para o conjunto dos profissionais. O que Netto (2015) apreendeu como sendo momentos de emersão, consolidação e espraiamento desta perspectiva.

Importa mencionar que no período de início para a transição democrática brasileira ocorreu o III Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais (CBAS), realizado em São Paulo, em 1979, ficando conhecido como o “Congresso da Virada”, este decisivo para a constituição de um Serviço Social crítico. Foi neste congresso que se realizaram críticas tanto ao conservadorismo presente nos fundamentos teórico-prático da profissão, quanto à sociabilidade do capitalismo e o Estado autocrático burguês e contribuiu para processos que culminaram no que designamos de Projeto Ético Político Profissional.

Assim, a perspectiva de intenção de ruptura materializa-se na década de 1980 através dos instrumentos normativos da profissão (Currículo Mínimo, 1982 e o Código de Ética, 1986). Esse código significou o rompimento com o conservadorismo e explicitou o compromisso profissional com as classes trabalhadoras. No entanto, outras dimensões éticas e profissionais necessitavam ser clarificadas e este código foi revisto e substituído pelo código de 1993. Assim, Iamamoto (2009, p.18) destaca:

[...] O Serviço Social brasileiro construiu um projeto profissional radicalmente inovador e crítico, com fundamentos históricos e teórico-metodológicos hauridos na tradição marxista, apoiado em valores e

princípios éticos radicalmente humanistas e nas particularidades da formação histórica do país.

O Projeto Ético-Político do Serviço Social se caracteriza como um projeto radicalmente democrático, o qual defende que a ampliação e consolidação da cidadania são condições necessárias para a garantia dos direitos civis, políticos e sociais das classes subalternas. A defesa é da universalização do acesso a bens e serviços, da socialização da riqueza socialmente produzida, bem como, a socialização da participação política, ou seja, o Projeto Ético-Político caminha na direção de uma sociedade sem classes, na direção de uma sociedade socialista.

Esses posicionamentos claramente defendidos no Projeto Ético-Político fundamentados teórica e metodologicamente conquistaram hegemonia no seio da profissão na década de 1990 e estão presentes na contemporaneidade do Serviço Social, entretanto, tal hegemonia não significa que deixaram de existir práticas conservadoras ou neoconservadoras na profissão, sobretudo no campo da prática profissional. Importa ainda ressaltar que,

A busca de rompimento com práticas conservadoras é um processo, o que significa que não há rompimento *a priori* com a reprodução social: isso seria optar por enfrentar a realidade com ideias e não com ações. Não é possível enfrentar a realidade fora dela mesma, fora do seu movimento. Uma prática conservadora produz e reproduz, conservando as formas de dominação presentes na sociedade; uma prática progressista produz e reproduz, construindo condições de ruptura. No movimento contraditório da sociedade capitalista é que se põe a possibilidade de participar na produção de uma nova ordem social sob novas bases, colidindo com a ordem capitalista: sendo total sem promover o totalitarismo, incorporando a contradição sem ser contraditório (VASCONCELOS, 2012, p.103).

A consolidação e aprofundamento desse projeto profissional depende, obviamente da adesão da maioria da categoria profissional, mas não apenas, pois, como dito, o Serviço Social tem um projeto profissional que é questionador do projeto societário hegemônico (capitalista) e como projeto de profissão este possui possibilidades e limites, sobretudo, expressos nas condições institucionais do mercado de trabalho. E se a conjuntura de 1980 foi propícia a construção de um projeto avançado para a profissão, a década de 1990 (período da sua hegemonização) corresponde ao período de ameaça real a sua materialização. Isso porque enquanto no Brasil o movimento democrático e popular avançava e junto a ele o Serviço Social construía seu projeto progressista concomitante a este processo uma crise sistêmica se alastrava na transição dos anos 1980 aos 1990.

Na conjuntura do século XXI, verifica-se o aguçamento de uma dinâmica tensa e contraditória no estágio atual do capitalismo sob a égide da financeirização, frente as incidências de *ciclos ininterruptos de crises*²⁶, as quais configuram-se na concretude das metamorfoses do mundo do trabalho, assim expressas, nas múltiplas expressões da velha “questão social”.

No cenário de crise estrutural econômica e política, o Estado redesenha novos arranjos de políticas públicas, via alianças e pactos com o grande capital financeiro, entre iniciativas públicas e privadas, as quais constituem alternativas a reestruturação de práticas de inspiração neoliberal que trazem impactos para o mundo do trabalho bem como refletem tanto no conjunto das políticas sociais quanto das práticas profissionais, como é o caso do projeto profissional dos assistentes sociais na contemporaneidade, conforme veremos a seguir.

2.1.2 – Trabalho profissional: a tensa agenda neoliberal e o compromisso com a Perspectiva do Projeto Ético-Político do Serviço Social

A profissão de Serviço Social no Brasil assume na atualidade um projeto profissional, o qual conforme sinalizamos neste capítulo teve suas raízes e desenvolvimento nos fins dos anos 1960 e 1970 e emerge com força vindo a se consolidar nos anos 1980 e 1990. Para além da construção do seu projeto profissional, o período da redemocratização brasileira também significou a expansão das requisições profissionais.

Importa rememorar que, os assistentes sociais no período da redemocratização brasileira extrapolaram o campo da execução das políticas sociais para o da formulação, gestão, avaliação e assessoria das referidas políticas, sobretudo a partir da nova lógica federativa, as quais assumem o caráter descentralizado (em oposição a centralização da ditadura) e municipalizado, conforme Carta Constitucional de 1988, cujo artigo de nº 23 prevê a distribuição de competências comuns a estados, municípios e Distrito Federal, bem como,

²⁶ De acordo com Marx, as crises cíclicas são próprias do sistema capitalista e sem as quais o capitalismo não sobreviveria isto porque “ultrapassada a fase de crise, cada ciclo se renova através de fases sucessivas de depressão, reanimação e auge, que desemboca na crise seguinte, a partir da qual se origina novo ciclo. Esta natureza cíclica do movimento da reprodução tem a causa fundamental no impulso inelutável do capital à sua valorização (de outra maneira, não seria capital), o que o leva a chocar-se numa frente geral, periodicamente, com as barreiras que a própria valorização cria para o desenvolvimento das forças produtivas. Tais barreiras inexisteriam se o capital não precisasse valorizar-se e conduzir a acumulação ilimitada a colidir com a forma capitalista de sua concretização” (MARX - CAPITAL I, TOMO I, 1996, p.55-56).

prevê no seu parágrafo único que as leis complementares que vierem a ser redigidas fixarão normas para a cooperação entre os entes federados, tendo em vista o equilíbrio do desenvolvimento e do bem-estar em âmbito nacional (BRASIL, 1988a).

É relevante aludir que dentre as principais conquistas da Constituição Federal de 1988 está o Sistema de Seguridade Social, inscrito por meio do artigo 194, o qual estabelece que o poder público deve organizar a proteção social mediante os seguintes objetivos:

I - universalidade da cobertura e do atendimento; II - uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais; III - seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços; IV - irredutibilidade do valor dos benefícios; V - equidade na forma de participação no custeio; VI - diversidade da base de financiamento; VII - caráter democrático e descentralizado da administração, mediante gestão quadripartite, com participação dos trabalhadores, dos empregadores, dos aposentados e do Governo nos órgãos colegiados. (BRASIL, 1988a)

O Sistema de Seguridade abrange a Saúde (arts. 196 a 200, CF), a Assistência Social (arts. 203 e 204, CF) e a Previdência Social (arts. 201 e 202, CF). As duas primeiras de caráter não contributivo, de inspiração Beveridgiana²⁷, sendo a saúde universal e a assistência para os que dela necessitar; já a previdência social, de inspiração Bismarckiana²⁸, vai se preocupar exclusivamente com os trabalhadores (leia-se contribuintes da previdência) e com os seus dependentes econômicos. A conjugação do modelo Beveridgiano e Bismarckiano no Sistema de Seguridade Social brasileiro caracteriza-o como um sistema híbrido.

A novidade da redemocratização brasileira foi a promulgação de uma constituinte que institucionaliza políticas públicas e sociais orientadas pela lógica da universalização de direitos e sob a responsabilidade do Estado, entretanto, tais conquistas não ocorrem espontaneamente, mas como resultados de uma luta árdua por direitos. Luta empreendida pela articulação de movimentos sociais, entidades representativas de categorias profissionais, partidos políticos, etc.

Muitos foram os movimentos reivindicatórios que ganharam força no período da redemocratização, a exemplo das mobilizações dos operários metalúrgicos do cinturão industrial de São Paulo, popular, “ABC paulista” nos fins da década de 1970 e do Movimento

²⁷ O modelo Beveridgiano, de origem inglesa, tem dentre os seus princípios: a responsabilidade estatal na manutenção da vida dos cidadãos e a universalização dos serviços sociais, destinados a todos os cidadãos incondicionalmente. (BEHRING; BOSCHETTI, 2011)

²⁸ No modelo Bismarckiano, de origem alemã, o acesso a direitos e benefícios se destina a trabalhadores contribuintes e suas famílias. “O acesso é condicionado a uma contribuição direta anterior e o montante das prestações é proporcional à contribuição efetuada” (BEHRING; BOSCHETTI, 2011, p.66).

de Reforma Sanitária da Saúde, com maior expressão na década de 1980, sendo este último resultado de mobilizações e unificações gradativas de variados movimentos e setores da sociedade. O movimento de Reforma Sanitária foi expressivo por agregar mobilizações de movimentos que possuíam o objetivo comum à luta por direitos civis e sociais entendidos enquanto dimensões imanentes à democracia. Este movimento vai se opor ao modelo de privilegiamento do setor privado e avançar na elaboração de uma proposta de fortalecimento do setor público.

O movimento de Reforma Sanitária propunha transformações nas relações sociais no que se refere à participação da sociedade civil nas tomadas de decisões, em que o Estado não mais poderia gerir por si só, mas a sociedade deveria participar deste processo na fiscalização e controle. As principais defesas do movimento de reforma sanitária, “[...] não se restringiam à construção do novo sistema de saúde, mas ressaltavam prioritariamente a necessidade e urgência de criação de políticas econômicas e sociais que impactassem efetivamente os determinantes da saúde” (TAVARES, 2009, p.186).

O movimento sanitário é apenas um exemplo das lutas empreendidas no processo da redemocratização. Desse modo, foi por meio da luta e da correlação de forças que a ordem dominante foi tensionada a negociar e se construiu pactos políticos revolucionários, materializados na Carta Magna de 1988.

As relevantes conquistas das lutas sociais, expressas na legislação Magna de 1988, têm nesse lapso temporal da redemocratização do Brasil, a força da centralidade na pauta da agenda de direitos sociais, referenciando novas perspectivas de participação, controle social e cidadania. Esse embrionamento de bem-estar social²⁹ favoreceu largamente a aproximação e interlocução dos profissionais de Serviço Social, não só na execução das políticas sociais, mas também uma ampliação de suas funções e requisições cujo projeto de formação e exercício profissional em suas revisões curriculares procurou requalificá-los de maneira a instrumentalizar as competências e habilidades para outras funções demandadas no interior dessas políticas. Visto que, no marco destas importantes conquistas legais, os assistentes sociais:

²⁹ Referimos no texto que em 1988 o que houve foi um embrionamento do Estado de Bem-Estar social no Brasil porque “embora a arquitetura da seguridade social brasileira pós 1988 tenha a orientação e o conteúdo daquelas que conformaram o estado de bem-estar nos países desenvolvidos, as características excludentes do mercado de trabalho, o grau de pauperização da população, o nível de concentração de renda e as fragilidades do processo de publicização do Estado permitem afirmar que no Brasil a adoção da concepção de seguridade social não se traduziu objetivamente numa universalização do acesso aos benefícios sociais” (MOTA, 2001, p.42).

Ampliam seu espaço ocupacional para atividades relacionadas ao controle social à implantação e orientação de conselhos de políticas públicas, à capacitação de conselheiros, à elaboração de planos e projetos sociais, ao acompanhamento e avaliação de políticas, programas e projetos. [...] domínio de conhecimentos pra realizar diagnósticos socioeconômicos de municípios, para a leitura e análise da leitura dos orçamentos públicos identificando recursos disponíveis para projetar ações; o domínio do processo de planejamento; a competência no gerenciamento e avaliação de programas e projetos sociais; a capacidade de negociação, o conhecimento e *know-how* na área de recursos humanos e relações no trabalho, entre outros. Soma-se possibilidades de trabalho nos níveis de assessoria e consultoria para profissionais mais experientes e altamente qualificados em determinadas áreas de especialização. Registram-se ainda requisições no campo da pesquisa, de estudos e planejamentos, dentre inúmeras outras funções (IAMAMOTO, 2000, p.64).

Assim, o Serviço Social enquanto profissão que está inserida na divisão social e técnica do trabalho (a qual no Brasil foi regulamentada a princípio pela Lei 3.252/1957 e atualmente referendado através da Lei nº 8.669, de 17 de junho de 1993) atua no âmbito das políticas sócio-assistenciais, tanto na esfera pública quanto na privada, podendo exercer suas atividades tanto com a abordagem direta a população usuária dos serviços, como indireta, a exemplo das assessorias a órgãos e a outros profissionais. Como visto, a ampliação dos direitos sociais na CF resultou na necessidade do aumento das políticas sociais e, conseqüentemente, maiores possibilidades de absorção dos assistentes sociais nestas políticas.

Note-se que, dos acontecimentos que sucederam à Constituinte, está a realização da primeira eleição presidencial com voto direto após o período ditatorial. Mais do que um processo de escolha presidencial, as eleições de 1989 representaram a disputa entre dois projetos societários, sendo eles o de Democracia de Massas e o de Democracia Restrita. O primeiro propõe a ampliação da participação social em que haveria uma articulação entre a democracia direta e a representativa na qual o Estado democrático de direito teria a atribuição de dar respostas às expressões da “questão social”. Quanto ao Projeto de Democracia Restrita, este limita os direitos políticos e sociais e defende a concepção de um Estado Mínimo.

O vencedor das eleições de 1989 foi Fernando Collor de Melo e o mesmo adotou medidas de caráter neoliberal, voltadas para a Democracia Restrita. A adoção da agenda neoliberal, ganha expressividade no governo de Fernando Henrique Cardoso (FHC) em 1996, este promoveu uma emergente onda de políticas minimalistas, logo, impactou abruptamente sobre o incipiente estado de bem-estar social com os rebatimentos, conforme Behring e Boschetti (2011), contrarreformistas que refratou o conjunto das políticas voltadas para enfrentar as expressões “questão social”. Os efeitos provocados pelo desmonte das conquistas

sociais comprometidas em assegurar a proteção social foi o de redirecionar as ações dos programas e das políticas a soluções pontuais, fragmentadas, setorializadas e seletivistas.

Lembremos que no estágio emergente do capitalismo monopolista, de caráter tardio no Brasil, sob a era da globalização, o processo de reestruturação produtiva e de mundialização do capital tem reflexos ainda mais perversos em países periféricos. Os rebatimentos destes processos podem ser sentidos na vida da população pobre da América Latina e, nas particularidades do Brasil verificam-se a reificação de velhas expressões da “questão social” e reedição de novas mazelas que hegemonizam as desigualdades sociais entre as classes sociais herdeiras da burguesia industrial e agrária reestruturadas sob a direção do agronegócio.

Sob a direção das agendas de políticas internacionais, cujas diretrizes vêm orientando o redesenho do Estado sob a lógica da pactuação como grande capital, Montaño (1997) compreende que, esse panorama traz como um dos reflexos da mundialização do capital.

O processo de globalização política, produzido paralelamente à mundialização da economia, deriva na perda da autonomia e do poder político dos Estados nacionais. A presença, no cenário político mundial, de organizações transnacionais (OEA, ONU, Gatt, Nafta etc.) de instituições financeiras (FMI, BM) e de empresas multinacionais, muitas delas com um PIB ou movimentos financeiros maiores que a maioria dos Estados nacionais minimiza o impacto das decisões destes últimos, não só nos temas que afetam o globo ou a certas regiões, senão em questões de interesse apenas para uma determinada nação (MONTAÑO, 1997, p.06).

Montaño (1997) acrescenta que a perda de autonomia dos Estados Nacionais promovida pela *globalização política* tem mais impacto nos países periféricos, visto que nestes, as bases democráticas perdem espaço e legitimação e as decisões emanadas por meio de processos democráticos nacionais passam a ser subordinadas às decisões unilaterais tomadas por organismos transnacionais.

Desta maneira, o Brasil no pós 1988 seguindo os ditames dos organismos internacionais aderiu ao receituário neoliberal, o qual se opõe aos preceitos constitucionais e desmonta as políticas protetivas de direito ao tempo que mercantiliza serviços públicos essenciais, atendendo a lógica da financeirização. Assim, se no Brasil até a década de 1980 do século passado, as reformas implantadas foram de modernização conservadora e “pelo alto” a partir da década de 1990 estas são de contrarreforma do Estado (que não se caracteriza como uma “revolução passiva”) e vem sob a lógica do aniquilamento dos direitos sociais constitucionalmente previstos. Segundo Yazbek (2009b, p.153) “[...] o consenso de

Washington, as reformas neoliberais e a redução da autonomia nacional, a adoção de medidas econômicas e o ajuste fiscal vão se expressar no crescimento dos índices de pobreza e indigência”.

Isto porque, o projeto neoliberal restaurador “[...] viu-se resumido no tríplice mote da ‘flexibilização’ (da produção, das relações de trabalho), da ‘desregulamentação’ (das relações comerciais e dos circuitos financeiros) e da ‘privatização’ (do patrimônio estatal)” (NETTO, 2012, p.417). E as ações para revitalizar a dinâmica do sistema capitalista culminaram em medidas interventivas que se colocam a favor da classe dominante e no corte de medidas direcionadas a garantia de direitos sociais, voltando-se a concepção de um Estado mínimo para o social.

As medidas implementadas, tiveram efeitos destrutivos para as condições de vida da classe trabalhadora, pois provocaram aumento do desemprego, destruição de postos de trabalho não-qualificados, redução dos salários devido ao aumento da oferta de mão-de-obra e redução de gastos com políticas sociais (BEHRING; BOSCHETTI, 2011, p. 127).

Exacerba-se as expressões da “questão social” e como contra-resposta, as políticas sociais passam a ter um caráter seletivo e focalista em substituição a concepção de proteção social universal, o que representa perda e/ou delimitação de direitos sociais, aumento das assimetrias sociais, restrição da concepção de cidadania, legislações trabalhistas frágeis e inoperantes, entre outros.

As orientações e funcionalidades das políticas sociais nesse contexto (neoliberal) tem por um lado suas privatizações ou re-filantropização, as quais são retiradas gradativamente da órbita do Estado e repassadas para o âmbito da sociedade civil, por meio das Igrejas, Organizações Não Governamentais (ONGs), Instituições de Apoio, entre outros. Por outro lado, o Estado, sob argumento de crise fiscal, reduz o financiamento destas políticas sociais ocasionando prejuízos, tanto na quantidade como na qualidade da oferta de tais políticas e serviços assistenciais. Há, portanto, uma reconfiguração nas relações do capital/trabalho, Estado e também a maneira de responder a “questão social”, que volta a ser naturalizada.

A tendência de naturalizar a questão social é acompanhada da transformação de suas manifestações em objeto de programas assistenciais focalizados de “combate a pobreza” ou em expressões da violência dos pobres, cuja resposta é a segurança e a repressão oficiais. [...]. Na atualidade, as propostas imediatas para enfrentar a questão social no país atualizam a articulação assistência focalizada/repressão, com o reforço do braço coercitivo do

Estado em detrimento da construção do consenso necessário ao regime democrático, o que é motivo de inquietação (IAMAMOTO, 2001, p.17).

No estágio atual do Estado capitalista financeiro, o Serviço Social encontra elementos conjunturais que demandam rever o sentido e o significado profissional na dinâmica societária da produção e reprodução das relações sociais. À luz da “orquestra” dirigida pelos organismos internacionais por meio da mundialização do capital, conjuntamente com todos aqueles que vendem sua força de trabalho, “[...] os assistentes sociais são cada vez mais, contratados como ‘empresas unipessoais’ por serviços prestados” (MONTAÑO, 1997, p. 12) conforme tendência à terceirização, bem como “[...] também redimensiona as requisições dirigidas aos assistentes sociais, as bases materiais e organizacionais de suas atividades, e as condições e relações de trabalho por meio das quais se realiza o consumo dessa força de trabalho especializada” (IAMAMOTO, 2009, p.14).

Nesse cenário, erguem-se processos e dinâmicas que condicionam para a profissão, novas (e obsoletas) problemáticas, novos (e mesmos) sujeitos sociais. Os assistentes sociais, como trabalhadores inseridos neste processo, especialmente no que se refere às mudanças ocorridas no mundo do trabalho e nos processos que desestruturam nosso sistema de proteção social, pelo posicionamento assumido no seu Projeto Ético-Político (oposto ao projeto societário neoliberal) tem sido requisitado a fazer enfrentamento à conjuntura posta, o que demanda decifrar e intervir nas novas refrações da "questão social".

[...] este projeto tem em seu núcleo o reconhecimento da liberdade como valor central – a liberdade concebida historicamente, como possibilidade de escolha entre alternativas concretas; daí um compromisso com a autonomia, a emancipação e a plena expansão dos indivíduos sociais. Consequentemente, este projeto profissional se vincula a um projeto societário que propõe a construção de uma nova ordem social, sem exploração/dominação de classe, etnia e gênero. A partir destas opções que o fundamentam, tal projeto afirma a defesa intransigente dos direitos humanos e o repúdio do arbítrio e dos preconceitos, contemplando positivamente o pluralismo, tanto na sociedade como no exercício profissional (NETTO, 1999, p.104-105).

Por possuir um projeto profissional, cuja direção social tem por referência a relação orgânica com o projeto das classes subalternas, que contrariamente as forças que aceitam e/ou reforçam as investidas do capital, os assistentes sociais hegemonicamente, tem continuado na contra-corrente do projeto societário e permanecido na defesa e na reafirmação de direitos e

políticas sociais “[...] num processo que não se esgota na garantia da cidadania burguesa”(BEHRING; BOSCHETTI, 2011, p.195-196).

Nesse sentido, a cidadania defendida “[...] envolve a socialização da riqueza, que pressupõe a universalização dos direitos sociais, políticos, econômicos e culturais, concebe a cidadania como via de acesso, como caminho para instituir as bases de uma sociedade socialista [...]” (BEHRING; BOSCHETTI, 2011, p.196-197).

Essa concepção de cidadania vem sendo defendida pelos assistentes sociais em diferentes dimensões. Segundo Behring e Boschetti (2011, p.194) “do ponto de vista teórico, vários intelectuais, pesquisadores, professores e estudantes vem realizando pesquisas e produções que sustentam um padrão de direitos, cujos princípios se coadunam e reforçam aqueles expressos no Projeto Ético-Político.” No que se refere ao âmbito Político-Profissional, as entidades representativas da categoria vêm imprimindo esforços na difusão de uma concepção de direitos que dialoga com o projeto profissional.

Nesse sentido, vem desenvolvendo debates e socialização de informações através da sua inserção nos espaços coletivos de controle democrático das políticas sociais que materializam direitos ou através do acompanhamento e qualificação da intervenção profissional nos espaços sócio-ocupacionais (BEHRING; BOSCHETTI, 2011).

Na atual conjuntura, a estratégia para viabilização do Projeto Ético-Político perpassa algumas perspectivas que estão presentes na categoria desde o processo de formulação do seu projeto profissional. Dentre as perspectivas, Behring e Boschetti (2011) alertam para a necessidade de termos uma visão histórico-processual da realidade, o que significa dizer que devemos reconhecer os limites dados pela estrutura econômica capitalista, entretanto, além de reconhecer tais limites, devemos acreditar que todas as coisas e ideias se movem, transformam e desenvolvem-se visto que estas são processos.

Processos estes que fazem parte de uma totalidade que é concreta e em movimento, na qual os homens tomam consciência das mudanças ocorridas nas condições materiais de produção de vida material, bem como, através desta, são gestadas e recriadas as lutas sociais e, por meio da qual os homens pensam e se posicionam na sociedade. Entretanto, é também por meio desta totalidade que “[...] se reproduzem, concomitantemente, as ideias e representações que expressam estas relações e as condições materiais em que se reproduzem, encobrendo o antagonismo que as permeia” (IAMAMOTO, 2011, p.36).

Nesse sentido, lembremos que o assistente social é partícipe do processo de reprodução das relações sociais e da valorização capitalista (como uma atividade auxiliar e subsidiária) atuando no exercício do controle social e difusão da ideologia da classe

dominante junto à classe trabalhadora. Entretanto, esse profissional atua também ao lado de outras instituições sociais, das respostas legítimas de sobrevivência da classe trabalhadora. Yamamoto (2011) destaca que tal profissional ao desenvolver na sua prática atividades de prestação de serviços sócio- assistenciais e atividades de cunho sócio-educativo pode propiciar condições favoráveis ao domínio de classe, e de igual modo fortalecer projetos e lutas das classes trabalhadoras e suas famílias, principais alvos do exercício profissional.

A verossimilhança dos profissionais colocarem-se na perspectiva dos interesses de seus usuários decorre, dentre outros aspectos, do fortalecimento do seu Projeto Ético-Político, o qual exige contínuas rupturas de ordem teóricas, ideológicas e práticas com o conservadorismo voltada ao conhecimento e transformação da realidade. Tais rupturas, por sua vez, dependem da forma como os assistentes sociais apropriam-se da massa crítica disponível o que os leva ao campo da formação profissional.

A profissão, desde os anos 1980, vem impulsionando e solidificando uma formação profissional crítica e propositiva, cuja matriz teórica versa por uma atividade profissional engendrada como uma totalidade social, dadas as plurais dimensões envolvidas na ação profissional e não apenas as produtivas. Tal perspectiva teórica opõe-se aos requerimentos do mercado que tem reforçado uma concepção de educação que se constitui numa “[...] ‘redução epistemológica’ funcional à formação da subjetividade pragmática, polivalente, competitiva, empreendedora, adaptativa e individualista [...]” (KOIKE, 2009, p.211).

Para o Serviço Social manter um referencial teórico-metodológico que permita uma análise crítica da realidade, pelo quadro descrito, não só tem sido essencial para promover práticas e pesquisas profissionais que vão contra a ideologia neoliberal conservadora como tem sido um desafio. Visto que, é uma das profissões que pode estar tanto vulnerável à incorporação de relações e práticas conservadoras quanto ao seu enfrentamento. Como advoga Barroco (2009, p.180).

[...] por sua histórica vinculação ao conservadorismo moral, pode estar vulnerável à sua reatualização por sua inserção em campos institucionais propícios ao estabelecimento de relações hierarquizadas, tais como as prisões, o sistema judiciário, etc. pode enfrentar ou assimilar tais relações.

Não percamos de vista que o conservadorismo é constitutivo da trajetória profissional do Serviço Social e que na atualidade, com a denominada "crise"³⁰ de paradigmas, “no mundo do conhecimento começam as interferências, não sem conflitos, do denominado pensamento pós-moderno³¹, ‘notadamente em sua versão neoconservadora’ que questiona e nivela os paradigmas marxista e positivista” Netto (1996, p. 114 apud YAZBEK, 2009b, p.161).

Nessa perspectiva, abandona-se também o uso da razão moderna na sua forma “pura” para apropriar-se da razão “instrumental”. Abre-se neste momento um parêntese para situarmos a razão que estamos falando. A razão moderna, segundo Guerra (2005, p.41) “indica ao homem seu horizonte e seus limites e porta a capacidade de explicitar os processos que constituem e são constitutivos e constituinte da estrutura social, iluminando suas condições e possibilidades de autonomia” (como defendido pela teoria social crítica, a qual o Serviço Social se apropria).

No entanto, a razão moderna tem sido objeto de diferentes abordagens e sua apreensão vai desde a sua concepção “pura” (dialética) até a instrumental/analítica (esta não apreende a razão na sua totalidade e o saber se volta à utilização de técnicas de dominação da natureza e mobiliza o conjunto de procedimentos próprios da inteligência, não carrega em si o sentido ontológico da razão dialética), funcional ao capitalismo.

Um dos fatores que favoreceu a emergência da pós-modernidade foram às transformações societárias de 1970, e nesta há uma negação da modernidade e acusação de que os conceitos elaborados pelos clássicos não se aplicam a nova realidade e havendo mudanças na sociedade, também há necessidade de novas formas de explicá-la.

³⁰ No final do século XX um grupo de cientistas pertencentes às ciências sociais, humanas e “ciências duras” (naturais) empreendeu esforços para diagnosticar a gênese da crise das ciências sociais num trabalho intitulado Informe Gulbenkian. Tal informe apontou para uma crise epistemológica no modelo newtoniano/cartesiano (um paradigma das ciências duras sobre o qual se sustentou o desenvolvimento das ciências sociais no século XVIII). Essa contestação do paradigma “contribuiu para a erosão de certos princípios fundamentais da organização das ciências sociais, principalmente para a sua fragmentação em disciplinas independentes e compartmentadas” (BORON, 2001, p.365). Tal crise ocasionou o abandono de teorizar a sociedade em seu conjunto e a sociologia passa a valorizar a ultra-especialização, o pragmatismo, o produtivismo, a fragmentação em detrimento do universal e da totalidade, o que vai permitir, no sentido análogo, “estudar a árvore ignorando a presença do bosque” (WALLERSTEIN 1998, p. 50-51 apud BORON, 2001, p. 362).

³¹ Para Jameson (1996, p.30) o “pós-modernismo é pouco mais do que um estágio do próprio modernismo” e que é possível afirmar que as características pós-modernas podem ser detectadas no modernismo atual ou no modernismo que o precedeu. Isto porque o pós-modernismo pode ser pontuado com rupturas e continuidades em relação ao moderno. Caracteriza a pós-modernidade como sendo a lógica cultural do capitalismo tardio e argumenta que esta não se limita a teoria, mas também como “Uma nova falta de profundidade, que se vê prolongada tanto na ‘teoria’ contemporânea quanto em toda essa cultura da imagem e do simulacro; um consequente enfraquecimento da historicidade tanto em nossas relações com a história pública quanto em nossas novas formas de temporalidade privada” (JAMESON, 1996, p. 32).

[...] recusa a abrangência das teorias sociais com suas análises totalizadoras e ontológicas sustentadas pela razão e reitera a importância do fragmento, do intuitivo, do efêmero e do microsocial (em si mesmos) restaurando o pensamento conservador e antimoderno (YAZBEK, 2009b, p.157).

Dessa forma, era necessário criar mecanismos novos, quer fosse com a elaboração de novas propostas metodológicas ou com cruzamento delas, mas precisava-se aumentar o seu poder de explicação, uma vez, que as teorias de totalidade já não serviam mais. É dentro dessa concepção que o marxismo, a exemplo, é questionado por algumas perspectivas teóricas e proposto a sua complementação por outras vertentes. Ressaltamos, ainda, que a mistura de diversas correntes teóricas, quando não se verifica a compatibilidade de suas ideias pode resultar em ecletismo, sendo essa mistura muitas vezes confundida com pluralismo.

Tonet (1995, p.36) relata que o “pluralismo metodológico, pretende não ser nem dogmático, nem eclético, nem relativista”. O referido autor segue argumentando que buscar as soluções para a crise nas ciências sociais no pluralismo metodológico é um percurso equivocado, haja vista que mesmo esse apresentando-se enquanto antidogmático tem seus fundamentos na subjetividade e não na objetividade “isto significa que toda problemática é examinada de um ponto de vista do sujeito e não da integralidade do processo de conhecimento” (TONET, 1995, p. 45). O que de alguma forma o torna eclético ou relativista.

O autor conclui essa negação ao pluralismo metodológico dizendo que “na sua forma atual, representa o mais complexo extravio da razão, a forma mais refinada de impedir a correta interpretação do mundo (teoria) que funde a radical superação da sociabilidade regida pelo capital (prática)” (TONET, 1995, p.56).

No Serviço Social essas discussões também são suscitadas no meio profissional tendo rebatimentos expressivos na pesquisa, na elaboração de interpretações sobre a realidade e na definição de meios para a ação, colocando-se, dentre outros aspectos, [...] nos desdobramentos e nas polêmicas em torno dos paradigmas clássicos e na busca de construção de novos paradigmas; se colocam pela apropriação do pensamento de autores contemporâneos de diversas tendências teórico-metodológicas (YAZBEK, 2009b, p.158).

Tais discussões permeiam a polêmica profissional da atualidade e, se exteriorizam pelos embates com o conservadorismo que se recicla em tempos pós-modernos. Entretanto, a mistura eclética de diferentes correntes teóricas para ampliar o poder de esclarecimento da teoria sobre a realidade não é algo originário da pós-modernidade. A esse respeito, Santos (2007, p.59) sinaliza que um dos traços da dimensão ideo-teórica do Serviço Social é o

sincretismo que “[...] no desenrolar do desenvolvimento profissional, os seus agentes incorporam ecleticamente ‘novas’ teorias para subsidiar não apenas o exercício profissional, mas também a produção teórica”.

Nesse sentido, manter hegemônica a matriz teórica marxista e a reafirmação do Projeto Ético-Político na contemporaneidade exige um esforço contínuo de ruptura com o conservadorismo que caracterizou a trajetória do Serviço Social no país, bem como é uma ferramenta de luta contra o projeto societário atual. Iamamoto (2009) ressalta, ainda, que para fazer enfrentamento dos desafios profissionais e acadêmicos que apresentam-se ao Serviço Social na atualidade perpassa a formação e prática social crítica.

Um caminho fértil nessa direção é recuperar para a análise de nosso tempo o profícuo estilo de trabalho de Marx: uma forte interlocução crítica com o pensamento de diferentes extrações teóricas elaborado em sua época; e uma efetiva integração com as forças vivas que animam o movimento da classe trabalhadora em suas distintas frações e segmentos (IAMAMOTO, 2009, p.44).

Entendemos que, embora o cenário atual imponha, ainda, maiores desafios e limites às possibilidades do Projeto Profissional dos assistentes sociais em processo de materialização, o compromisso Ético-Político pela constante busca em romper com práticas (neo) conservadoras no cotidiano é parte da luta no dia a dia profissional. Além disso, o compromisso afirmado no advento da constituição cidadã é retroalimentado, sob a bandeira de “nenhum direito a menos”, parte intransigente do seu compromisso com estado democrático de direito.

Em vista da conjuntura de crise do mundo do trabalho e das respostas alternativas do Estado brasileiro, sob o viés da lógica de mercado, os assistentes sociais que atuam historicamente e majoritariamente no espaço das políticas públicas, reafirmam seu compromisso Ético-Político com as lutas da sociedade civil em defesa do estado democrático. Para isso, o profissional de Serviço Social vem enfrentando os ajustes e impactos negativos da atual conjuntura com o instrumental da teoria crítica da totalidade social e, portanto, reafirmando a pertinência do Projeto Ético-Político Profissional no cotidiano do exercício profissional, em vista a potencializar o enfrentamento as expressões da questão social à luz das políticas públicas no âmbito do direito, especialmente, na política de saúde que tendencialmente sofre contrarreformas que mercantilizam, desfinanceirizam e desuniversalizam, conforme reveremos mais adiante.

2.2 - Política de saúde no Brasil - da reforma sanitária ao desmonte do SUS: assistentes sociais tecendo fios e desafios

2.2.1 Assistente Social no SUS: situando o campo dos limites e possibilidades, demandas e respostas socioprofissionais

Encerramos o tópico anterior apontando para um panorama desfavorável à implementação dos direitos sociais conquistados na Constituição Federal de 1988, bem como, sinalizamos que as mudanças ocorridas, sobretudo, a partir da década de 1990 com os processos reestruturadores neoliberais e suas perspectivas desregulamentadoras do mercado, configuraram para a profissão de Serviço Social novas demandas e atribuições. Essas exigem da categoria profissional a revisão de suas práticas e o fortalecimento do seu Projeto Ético-Político frente à contemporaneidade.

As novas inflexões (discutidas no item anterior) rebatem e alteram a conotação das políticas sociais de modo geral. Configuram, também, algumas particularidades no contexto de cada política e o que, conseqüentemente, atribui peculiaridades aos processos de trabalho nos quais os assistentes sociais se inserem.

Com essa afirmação não estamos dizendo que os assistentes sociais possuam um fazer profissional específico para cada política, mas que há particularidades que variam de políticas para políticas e de instituições para instituições e essas “em circunstâncias diversas, vão atribuindo feições, limites e possibilidades ao exercício da profissão” Iamamoto (2001, p.106 apud VASCONCELOS, 2013, p.144). Como nosso interesse é o exercício profissional do Serviço Social, na área da saúde, adentraremos nesse universo e faremos apontamentos sobre a particularidade do exercício profissional nessa política, situando limites e possibilidades, demandas e respostas socioprofissionais.

Como dito anteriormente, os assistentes sociais historicamente têm-se vinculado ao setor saúde, tendo inclusive no início da profissionalização disciplinas voltadas para a prática em saúde. É relevante mencionar que até a criação do SUS, o Brasil possuía dois subsistemas de saúde: o de saúde pública e o de medicina previdenciária. No primeiro, as medidas adotadas buscaram instituir requisitos que estabelecessem o mínimo de condições de saúde e de higiene da população das grandes cidades, bem como, ações de controle de endemias das zonas rurais e urbanas; já o segundo era baseado na lógica da mercantilização da saúde, cujo sistema funcionava na perspectiva do seguro social e de cidadania regulada.

Dentre os dois subsistemas, o de medicina previdenciária é o que vai demandar majoritariamente os assistentes sociais, no qual essa modalidade de assistência, por não ser universal, apresentava discrepâncias entre a demanda e seu caráter excludente e seletivo. Nesse ínterim, “o assistente social vai atuar nos hospitais, colocando-se entre a instituição e a população, a fim de viabilizar o acesso dos usuários aos serviços e benefícios” (BRAVO; MATOS, 2009, p.199).

O Sistema de Medicina Previdenciária teve como marco a criação dos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs), os quais substituíram as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs) criadas nos marcos dos anos de 1923. Os IAPs foram criados em virtude da forte pressão dos trabalhadores por atenção à saúde e, à medida que a medicina previdenciária foi incorporando cada vez mais seguimentos de trabalhadores segurados, paralelamente foi fazendo-se uma redução da oferta de serviços prestados. Isso porque os referidos institutos trabalharam sob a ótica da contenção de gastos.

Por conseguinte, o mesmo padrão foi seguido após a reforma do sistema previdenciário, a qual promoveu a fusão dos IAPs e criou o Instituto Nacional da Previdência Social (INPS), ocorrendo no período ampliação do mercado de trabalho dos assistentes sociais. Segundo Bravo (2007), essa ampliação deu-se como uma resposta ao aviltamento das condições de vida das classes trabalhadoras e seus rebatimentos nas suas condições de saúde.

Com a ampliação do mercado de trabalho “o Serviço Social precisou capacitar-se para atender aos novos desafios, entre eles, o de dar conta dos beneficiários incorporados à previdência, sem alteração na forma de financiamento da instituição e da melhoria das condições de saúde” (BRAVO, 2007, p.104). Nesse sentido, os profissionais operacionalizam uma prática voltada para a racionalização dos recursos institucionais limitando o acesso e uso dos segurados de seus dependentes aos benefícios.

Os assistentes sociais no campo da saúde até 1980 operacionalizaram uma prática conservadora, sem questionamento da ordem sociopolítica, mesmo a profissão já possuindo uma vertente crítica. A década de 1980 é um marco para o Serviço Social, em virtude do aprofundamento dos questionamentos do conservadorismo profissional, além disso, representa um período de intensas lutas e grandes mobilizações políticas no país, dentre as quais as lutas do já mencionado Movimento Sanitário.

Esse também é o período em que ocorre a Assembleia Nacional Constituinte e por seu turno, a questão de saúde foi debatida em torno de dois blocos de interesses: de um lado estavam os defensores do modelo privatista, com o claro objetivo de enquadrar a saúde na perspectiva da mercantilização e do outro lado, os reformistas sanitários representados por

meio da Plenária Nacional e pela Saúde na Constituinte, defensores da saúde gratuita e universal. O resultado foi à vitória dos reformistas, que foi possível em virtude da eficácia da Plenária e por sua capacidade técnica, sobretudo, pela pressão sobre os constituintes e mobilização da sociedade civil que resultou na criação do SUS, assegurando a saúde como direito de cidadania e dever do Estado. Enquanto ocorrem esses processos, o Serviço Social está passando por um processo de revisão interna da profissão, conforme analisamos nos itens precedentes, e de acordo com Bravo e Matos (2009), o Serviço Social não realiza um nexo direto com os debates do Movimento de Reforma Sanitária, havendo um descompasso da profissão com a luta pela saúde pública.

Consoante Bravo e Matos (2009) argumentam que na década de 1980 foi possível identificar no Serviço Social algumas mudanças para uma posição crítica quando analisados os trabalhos apresentados nos CBAS's de 1985 e 1989 bem como se levarmos em consideração que foi nesse período que órgãos como a Associação Brasileira de Ensino de Serviço Social (ABESS), Associação Nacional de Assistentes Sociais (ANAS) e o Conselho Federal de Assistentes Sociais (CFAS) elaboraram uma proposta de intervenção para a atuação dos assistentes sociais vinculados ao Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). Entretanto, julgam os avanços apontados como insuficientes para o período, visto que a influência da perspectiva de intenção de ruptura trouxe poucas alterações no exercício profissional dos assistentes sociais na saúde.

Levando em conta os aspectos acima apresentados, esse fato pode ser justificado em virtude de que, a perspectiva de intenção de ruptura e a apreensão da teoria crítica marxista tiveram de início grande influência na academia e nas entidades representativas da categoria profissional e seu espraiamento nos serviços de atendimento só ocorreram posteriormente. Desse modo, os assistentes sociais só assumem a “bandeira” do Projeto de Reforma Sanitária, a partir da década de 1990, quando seu Projeto Ético Político Profissional é hegemonizado no seio da categoria profissional.

Matos (2013) chama a atenção para a relação de proximidade entre os princípios fundamentais do Código de Ética Profissional do Assistente Social (um dos pilares do Projeto Ético Político) e os princípios do SUS. O primeiro baseado na liberdade, cidadania, democracia, equidade, justiça social e pluralismo. O segundo baseado na universalidade, descentralização, integralidade, hierarquização, regionalização e participação popular. Esses projetos, por sua vez, têm em comum “a defesa dos direitos inalienáveis do homem, defesa do público, do Estado laico e democrático” (MATOS, 2013, p.105).

A defesa dos princípios de Reforma Sanitária por parte dos assistentes sociais pode ser observada nos documentos e legislações que amparam o fazer profissional nessa política, a exemplo dos Parâmetros para Atuação do Assistente Social na Saúde. A vinculação histórica desse profissional a essa política resultou, em 1997, no reconhecimento da profissão como integrante da área de saúde, por meio da Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 218/1997.

O reconhecimento do Serviço Social como profissão da saúde, também, está legislado por meio da Resolução CFESS n.º 383/1999, a qual entre outras considera que:

Atribui-se ao assistente social, enquanto profissional de saúde, a intervenção junto aos fenômenos socioculturais e econômicos que reduzam a eficácia dos programas de prestação de serviços nos níveis de promoção, proteção e/ou recuperação da saúde [...] contribui para o atendimento das demandas imediatas da população, além de facilitar o seu acesso às informações e ações educativas para que a saúde possa ser percebida como produto das condições gerais de vida e da dinâmica das relações sociais, econômicas e políticas do País.

É importa dizer que a criação do SUS possibilitou uma ampliação tanto do espaço sócio ocupacional quanto da atuação dos assistentes sociais e aqui destacamos dois aspectos deste processo. O primeiro refere-se ao conceito de saúde que foi sistematizado durante a VIII Conferência Nacional de Saúde (realizada em 1986) e incorporado na legislação, ampliando a concepção sobre o processo saúde-doença, deixando de restringir-se apenas aos aspectos biológicos e passando a incluir as condições de vida da população. Nesse sentido, de acordo com o artigo 3º da Lei nº 8.080/1990 a saúde passa a ter como fatores “determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais” (BRASIL, 1990).

E o segundo aspecto é que o SUS ao constituir-se enquanto um sistema descentralizado, hierarquizado, regionalizado e integralizado, culminou na necessidade da criação e organização de novos serviços e instituições, com a nova rede de saúde, que começou a ser implantada após 1988, “a prática profissional do Serviço Social se volta para a reorganização dos serviços de saúde, nas ações de integralidade, intersetorialidade e no controle social, em que busca fortalecer e legitimar a concepção de saúde ampliada e da universalização do acesso” (CASTRO; ANDRADE, 2014, p.115).

Ainda no tocante à ampliação dos espaços sócio ocupacionais, dos assistentes sociais, em virtude dos processos de organização dos serviços do SUS ocorridos na década de 1990, Tavares (2009) cita como marco significativo à reorganização da Atenção Básica e a implantação do PSF, o qual nos dias atuais continua a ser um espaço que absorve assistentes sociais, inclusive, estando em tramitação o Projeto de Lei 428/2015 para tornar obrigatória a presença desses profissionais na Estratégia de Saúde da Família (ESF), tendo em vista que, em 2006, o Programa de Saúde da Família (PSF) deixou de ser um programa e tornou-se estratégia, em virtude que os programas têm tempo determinado e a estratégia é algo permanente e contínuo, como tem sido a ESF.

Entretanto, faz-se necessário lembrar que o panorama brasileiro de 1990, período em que se começa a legislar o SUS, coaduna com o período de êxito ideológico do projeto neoliberal, conforme discutido anteriormente, e a política de saúde não é indene a esse processo, bem como as adversidades que recaem sobre o SUS passam a apresentar-se enquanto demandas e limites da atuação dos assistentes sociais inseridos nessa política. Veremos, no decorrer dessa seção, algumas medidas administrativas que foram sendo adotadas pelos governantes brasileiros, ao longo dos anos, que resultaram tanto em prejuízos para a consolidação do SUS, como em limites para a atuação profissional dos assistentes sociais, sobretudo, medidas relativas ao financiamento.

O interesse em começar essa discussão pelo financiamento justifica-se na tentativa de desmitificar a ideia de que os problemas do SUS são provenientes de questões de âmbito puramente administrativo/gerencial e de gestão “[...] num discurso que justifica as Parcerias Público-Privadas (PPP) na gestão do setor, gerando possibilidades de destinação direta do fundo público para o setor privado” (VASCONCELOS, 2013, p.163). E advertir que os problemas do SUS possuem raízes mais profundas, que perpassam os nossos esquemas de arrecadação e alimentação do superávit primário³².

No SUS, o princípio da equidade refere-se à forma de participação e custeio (financiamento) e esse tem sido norteador de algumas mudanças, principalmente, nas alterações que foram realizadas nas NOBs/SUS. Tais mudanças, dizem respeito tanto à ordem do financiamento, com a reorientação dos fluxos de investimentos para o

³² “O resultado primário é a diferença, podendo ser positiva ou negativa, entre as receitas não-financeiras arrecadadas no exercício fiscal e as despesas não-financeiras arrecadadas no mesmo período. As receitas não-financeiras incluem principalmente, os tributos, as contribuições sociais e econômicas, as receitas diretamente arrecadadas por órgãos e entidades da administração indireta, as receitas patrimoniais etc. As despesas não-financeiras referem-se ao conjunto de gastos com pessoal, previdência, políticas sociais, manutenção da máquina administrativa e investimentos. Se a diferença for positiva, ocorre um superávit primário, e se negativa, haverá um déficit primário. Portanto, no lado das receitas estão excluídas as receitas de juros; no lado das despesas, não são computados os encargos da dívida pública” (BOSCHETTI; SALVADOR, 2009, p.50).

desenvolvimento dos serviços nos estados e municípios e, das ações a serem realizadas, desenvolvendo ações de acordo com o perfil de necessidades e problemas de cada população. A forma como é realizada a redistribuição financeira pode favorecer a equidade como pode ser um aprofundador das desigualdades, isso varia de acordo com os critérios dessa redistribuição e muitas têm sido as normatizações formuladas com vistas a estruturar o processo de organização e funcionamento do SUS.

A primeira legislação com esse objetivo foi a Lei Orgânica da Saúde (LOS)³³ - (Lei nº 8.080/1990), a qual tem por objetivo definir as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, ainda, a organização e o funcionamento dos serviços. A referida Lei foi instituída no Governo Collor sofrendo vinte e cinco vetos em relação à proposta inicial, sendo alterado questões relativas à participação social e o financiamento do SUS, necessitando ser complementada por meio da Lei nº 8.142/1990. A LOS no seu artigo, de nº 35, prevê a combinação dos critérios de repasses financeiros para funcionamento dos serviços de saúde nos Estados, Distrito Federal e Municípios sendo esses:

I - perfil demográfico da região; II - perfil epidemiológico da população a ser coberta; III - características quantitativas e qualitativas da rede de saúde na área; IV - desempenho técnico, econômico e financeiro no período anterior; V - níveis de participação do setor saúde nos orçamentos estaduais e municipais; VI - previsão do plano quinquenal de investimentos da rede; VII - ressarcimento do atendimento a serviços prestados para outras esferas de governo (BRASIL, 1990).

É válido ponderar que dos critérios mencionados, o perfil demográfico da região e o perfil epidemiológico da população são considerados de maior potencial redistributivo. Isso porque o primeiro leva em conta o número de habitantes e, conseqüentemente, aloca mais investimentos nos lugares onde existem maiores aglomerados de pessoas com faixas etárias menores ou mais velhas e consideradas de maior risco. No entanto o segundo, seu potencial está em valorizar a série histórica das doenças de cada região alocando mais recursos nos locais onde é mais grave a situação sanitária. Os demais critérios (III, IV, V, VI, VII) tendem a privilegiar os locais com melhores graus de desenvolvimento socioeconômico, pois “esses valores variam para os Estados, segundo as características da população, capacidade instalada,

³³ A Lei nº 8.080/1990 da sua criação aos dias atuais já passou por algumas revisões com vistas a atender as mudanças na organização do SUS e a ampliação do conceito de saúde. A exemplo de alguma legislações que alteram a LOS temos a Lei nº 12.466, de 2011, a Lei nº 12.864, de 2013 e recentemente a Lei nº 13.427, de 2017.

complexidade da rede, desempenho financeiro e desempenho de auditoria estadual [...]” (DUARTE, 2000, p.449).

A forma de redistribuição de recursos tem sido objeto de inúmeras legislações, das quais se citam as quatro Normas Operacionais Básicas - NOBs/SUS, que sucederam os anos de 1991, 1992, 1993 e a última em 1996, além do financiamento essas tratavam da forma de operacionalização do SUS e do seu funcionamento. No que concerne ao financiamento Duarte (2000, p.462) ao analisar as NOBs conclui que: “[...] os mecanismos instituídos pelas Normas Operacionais Básicas de 1991 e 1993 ficaram longe dos critérios previstos no artigo 35 da lei 8.080. [...] A NOB 96 por sua vez, representou um avanço em alguns aspectos do repasse de verbas para os municípios”.

Pensando sobre a perspectiva de que os repasses financeiros para o setor de saúde podem promover ou não (a depender de como estes são redistribuídos) a equidade nos atendimentos a diferentes populações de diferentes regiões, após os avanços da NOB 96, outros mecanismos foram agregados nas Normas Operacionais de Assistência à Saúde NOAS/SUS 01/2001 e NOAS/SUS 01/2002 criadas pelo Ministério da Saúde, posteriormente, ainda outros compromissos foram firmados, em 2006, com a criação do Pacto pela Saúde, pela necessidade de qualificar e fortalecer a descentralização do sistema de saúde.

Entretanto, os problemas na redistribuição dos recursos são agravados por outros fatores que também são de ordem de financiamento. Vejamos uma breve síntese de alguns desses problemas correlacionando-os com nossos governos.

No governo de Fernando Henrique Cardoso - FHC o desfinanciamento/subfinanciamento é reconhecidamente um dos fatores que ocasionaram sérios prejuízos à materialização tanto do SUS quanto das demais políticas que compõe a seguridade social. O desfinanciamento/subfinanciamento fez parte da sua política macroeconômica e seus ajustes fiscais, tendo importante destaque a Desvinculação de Recursos da União – DRU³⁴.

A DRU que foi aprovada a *priori* como um mecanismo provisório de defesa dos equilíbrios das contas públicas do país (seguindo orientação dos organismos multilaterais), embora criada em FHC, vem sendo prorrogada até os dias atuais. O problema da DRU, por seu turno, é que permite a desvinculação de 20% dos recursos provenientes da arrecadação

³⁴ Desde a sua aprovação, nossos governantes por meio de diferentes Emendas Constitucionais (EC) foram modificando suas nomenclaturas e fazendo mínimas alterações no seu formato. Quando instituída, em 1994, foi denominada de Fundo Social de Emergência – FSE. No ano de 1996, por meio da EC nº 10 foi renomeada para Fundo de Estabilização Fiscal – FEF e, finalmente no ano 2000, através da EC nº 27 denominou-se Desvinculação de Recursos da União – DRU, nomenclatura atual.

com impostos e contribuições sociais (dentre os quais, recursos que constam as receitas destinadas à garantia de direitos sociais) para utilização em pagamentos de amortização da dívida pública.

Essa medida afeta drasticamente o financiamento das políticas sociais, particularmente as políticas de seguridade social, pois o orçamento da seguridade passa a ser parte da âncora de sustentação da política econômica, que vai sugando os recursos sociais para pagamento dos juros da dívida (BOSCHETTI; SALVADOR, 2009). Ou seja, investem-se os mínimos em políticas sociais para utilizar os recursos “que sobram” em outros fins.

Outro fator que merece destaque é a proposta da Emenda Constitucional (EC) 29/2000, cuja regulamentação passou por três governos, essa foi criada visando garantir o financiamento da saúde por meio da vinculação de percentuais mínimos onde a união, estados e municípios deveriam atingir até 2004. Dessa forma, a União deveria no ano 2000 empenhar o montante do valor do exercício financeiro, do ano de 1999, acrescido de no mínimo cinco por cento (5%) em ações e serviços públicos de saúde e a partir do ano 2001 ao ano 2004, deveria alocar o valor apurado no ano anterior, corrigido pela variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB). Quanto aos estados e o Distrito Federal, esses além dos valores repassados pela União deveriam aplicar o mínimo de doze por cento (12%) de suas receitas com gastos em saúde. Já os municípios deveriam alocar com recursos próprios, o mínimo de quinze por cento (15%) de sua receita, além dos repassados pela União e pelo estado.

A essa proposta seguiu-se a discussão do que seria gasto com saúde e após ampla discussão para homogeneizar-se as interpretações sobre a matéria e assegurar os objetivos dessa EC, foi regulamentada no governo Lula, pelo Conselho Nacional de Saúde a Resolução nº 322, de 2003, que definia os critérios dos gastos. Entretanto, essa resolução foi objeto de ADI, nº 2.999 – RJ, e isso gerou a necessidade de uma lei complementar prevista em Constituição e, somente em 2012 foi sancionada a Lei Complementar nº141/2012, no governo Dilma, por meio da qual foi factível assegurar o financiamento das despesas imprescindíveis para a manutenção do SUS.

Citados os processos da criação da DRU e os percalços da EC 29/2000 que tiveram início no governo FHC, detenhamo-nos ao governo de Luís Inácio Lula da Silva. O qual tem início num momento de inseguranças decorrentes dos mecanismos de ajustes econômicos que vinham ocorrendo desde a década de 1990 e, que resultaram num claro desmonte das políticas sociais, inclusive ocasionando a difícil materialização do SUS. A eleição de Lula, no ano de 2002, significou a renovação das esperanças de uma mudança de política econômica, haja

vista o seu histórico na luta sindical e na defesa da equidade e justiça social. A expectativa era de que seu governo pudesse:

[...] enfrentar, sem acanhamento ou tolerância, o projeto conservador dominante em nossa história, fatalmente imobilizador das energias transformadoras e democráticas [...] romper com as modificações restritivas no espaço público da proteção social, sob forte impacto das políticas neoliberais [...] garantir o amplo financiamento público para as políticas sociais, que suplantasse a lógica da restrição orçamentária [...] superar de vez a lógica financista, que subordina as decisões em termos de direitos sociais à disponibilidade de caixa (PAIVA, 2006, p. 2 apud FREITAS, 2007, p.66).

As expectativas eram de que o novo governo fortalecesse o tripé da seguridade social brasileira e assumisse o compromisso com as demais políticas sociais, contemplando áreas educacionais, habitacionais e culturais. A perspectiva em suma, era que o governo Lula promovesse encaminhamentos que solucionasse os graves problemas em que estavam submetidas à população brasileira. Como resultado, apesar dos avanços que foram sentidos nas políticas sociais, o governo Lula manteve a mesma política econômica dos governos anteriores e seu esforço na geração de *superávit* primário para pagamento do serviço da dívida ocasionou na restrição de direitos sociais. De acordo com Marques e Mendes (2007), o governo Lula processou-se “servindo a dois senhores”. Em outras palavras, ao mesmo tempo em que sua política econômica favoreceu amplamente os interesses do capital financeiro nacional e internacional, esta também desenvolveu programas e projetos direcionados aos segmentos mais vulneráveis do país.

No setor saúde é possível perceber essa dualidade quando analisamos que no seu governo houve uma preocupação com a implementação de uma série de programas e iniciativas, das quais se citam a ampliação da rede básica de atendimento, bem como, a criação da Farmácia Popular do Brasil, a implantação da Política de Atenção às Urgências e Emergências, sendo o atendimento pré-hospitalar móvel implementado em todo país por meio da Rede Nacional dos SAMU 192 (FREITAS, 2007).

Entretanto, também investiu negativamente no setor saúde, a exemplo da tentativa de maquiar os gastos obrigatórios, previsto na EC 29/2000, no qual seu governo propôs, sem sucesso, serem considerados gastos com ações e serviços públicos de saúde “[...] as despesas realizadas com Encargos Previdenciários da União (EPU) e com o serviço da dívida, bem como, a dotação dos recursos do Fundo de Combate e Erradicação da Pobreza” (MARQUES; MENDES, 2007, p.19).

Outro exemplo das tentativas do governo em diminuir os investimentos com a saúde pública foi ter encaminhamento na Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO), de 2006, a proposta de se incluir as “despesas com assistência médica hospitalar dos militares e seus dependentes (sistema fechado) [...] no cálculo de ações e serviços de saúde, o que diminuiria em R\$ 500 milhões o orçamento do MS” (MARQUES; MENDES, 2007, p. 19). Sendo esse, por seu turno, repudiado e rejeitado pelo Conselho Nacional de Saúde. O empenho no corte dos gastos ocorreu porque o governo na tentativa de pagar montantes da dívida pública aumentou as importações e efetivou cortar gastos, retirando orçamentos das políticas de seguridade e, por meio da DRU, canalizando para o *superávit* primário, ou seja, refuncionalizando os recursos.

Embora Lula, no seu programa de governo, tenha defendido o fortalecimento da política de saúde e comprometendo-se em garantir acesso universal, integral e equânime. Seu esforço em fortalecer os níveis de atenção à saúde, sobretudo, a atenção básica e ao mesmo tempo conciliar esses processos com os interesses do capital nacional e internacional resultou na manutenção de políticas sociais fragmentadas e restritas à disponibilidade do caixa, reflexos de uma política macroeconômica que seguiu os ditames dos governos que o precederam.

De acordo com Vasconcelos (2013, p.162) na década de 2000 “[...] há menções do governo à defesa do SUS, porém são inseridos conteúdos inconciliáveis com o projeto da reforma sanitária: tem havido uma refuncionalização dos princípios do SUS, sendo-lhes atribuído um significado condizente com a lógica da contrarreforma”. Para a autora, neste período, “[...] a saúde é tida não apenas como um campo de direito, porém, também como espaço econômico estratégico, como se pode perceber no Programa Mais Saúde” (VASCONCELOS, 2013, p.162). Nesse sentido, embora sejam indubitáveis os avanços auferidos nas políticas sociais, a lógica utilizada para essas, seguiram as necessidades da agenda neoliberal e a disponibilidade de serviços e benefícios ficaram aquém da necessidade da população.

Conforme Soares e Santos (2014) a mesma tendência de subfinanciamento do SUS ocorreu no governo Dilma Rousseff, cujo perfil dos gastos em saúde não conseguiu atender ao sonho da reforma sanitária. De modo que essa tem sido implantada, em grande medida, do ponto de vista legal, mas não se materializando do ponto de vista prático, sobretudo quando observado que os gastos com saúde do governo federal praticamente não cresceram em relação ao PIB e, portanto, não acompanhando o previsto na EC 29/2000. Havendo um descompasso no projeto de reforma sanitária pensado e o processo realizado.

Com o impeachment de Dilma Rousseff e sua substituição pelo vice-presidente Michel Miguel Elias Temer Lulia (no ano de 2016), os rumos das políticas sociais no país tem seguido um percurso ainda mais “perverso”, visto que o atual representante da nação na presidência (o qual conta com o repúdio e reprovação dos movimentos sociais democráticos do país) vem adotando medidas que se não barradas, em longo prazo, tornarão o SUS inviável no país.

Dentre as medidas já adotadas, tem-se o aumento da DRU para 30% das receitas até o ano de 2023, e apoiado pela maioria dos deputados e senadores, aprovou-se a PEC55/2016, a qual tendo por justificativa o equilíbrio das contas públicas introduz um rígido mecanismo de controle de gastos, que por meio do novo regime fiscal limita os gastos públicos “congelando” os recursos da saúde por vinte (20) exercícios financeiros. Ressaltamos sem o menor resquício de dúvida que essa foi a mais drástica medida administrativa tomada contra o SUS desde a sua criação em 1988.

Essas reflexões sinalizam que os projetos (projeto de reforma sanitária e o projeto privatista) confrontaram-se no momento da Constituinte e continuam em disputa na atualidade. O projeto privatista é o modelo que melhor tem se aproximado da política macroeconômica que o Brasil tem adotado, o qual se volta para o grande capital, em particular o capital financeiro, numa clara concepção que o Estado tem servido de “comitê executivo da burguesia”, nos dizeres de Netto (2009), criando as condições gerais de produção e (re) produção capitalista ao mesmo tempo ampliando as mazelas oriundas da “questão social”.

Desse modo, o desfinanciamento/subfinanciamento do SUS, e seus critérios excludentes de alocação de recursos, são fatos concretos nas dificuldades da oferta de serviços públicos, gratuitos e de qualidade e, o que se tem percebido no cotidiano dos serviços de saúde é que a descentralização sem responsabilidades com o financiamento tem tornado ineficaz a lógica hierárquica dos serviços, fazendo persistir problemas como:

[...] a fragmentação da atenção, baixa resolutividade dos primeiros níveis de atenção e a dificuldade de acesso aos níveis de maior complexidade. A estruturação da assistência à saúde em especialidades e serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, efetivada por meio de procedimentos de média e de alta complexidade, possibilita a ocorrência de estrangulamentos na rede de serviços de saúde (OLIVEIRA, 2009, p.98).

Percebemos, então, que o SUS vem ampliando-se, entretanto, seu crescimento tem se dado de maneira focal, refratada e precarizada, num crescimento desproporcional às demandas, as quais historicamente têm sido superior a estrutura e a capacidade da rede de serviços, ocasionando, assim, um volume muito grande de demanda reprimida, ou seja, de pessoas não atendidas nas suas necessidades de saúde.

Os problemas gerados pela difícil materialização do SUS, como os mencionados, tem se apresentado enquanto demandas aos assistentes sociais, e esses, no fazer profissional vem buscando dar respostas qualificadas, por meio de ações que fomentem a promoção da saúde e a garantia do acesso, tornando-se matéria prima do exercício profissional, haja vista que “é nas lacunas geradas pela não implantação efetiva do SUS que o assistente social vem sendo demandado a intervir. Por meio de sua atuação profissional, o assistente social tem sido o profissional que vem constituindo o elo invisível no SUS” (MATOS, 2013, p.64).

Com a precariedade dos serviços de saúde, quer seja por falta de recursos estruturais ou profissionais, os assistentes sociais são os profissionais que, por ter uma formação generalista e agregar conhecimentos de diversas áreas no atendimento aos usuários na busca pela materialização do direito à saúde, vem buscando fazer articulação entre as fragmentadas políticas sociais, orientando e encaminhando os usuários para diversas instituições e serviços, quer seja dentro da política ou mesmo para os serviços e instituições de outras políticas. Consoante Matos (2013, p.64), “[...] cabendo aos assistentes sociais buscarem, ou tentarem, diferentes recursos – para além dos ofertados pelos serviços de saúde – com vistas a garantir ao usuário os seus direitos”.

Os limites estruturais do SUS tem imposto que os assistentes sociais deem respostas criativas para as mais diversas formas de expressões da “questão social”, exigido, assim, cada vez mais que os profissionais qualifiquem suas ações e construam relações com outros profissionais. Exige-se, atualmente, não apenas profissionais especializados, mas também polivalentes capazes de articular uma série de conhecimentos e isso não é uma marca exclusiva dos processos de trabalho do SUS, mas é característico do processo neoliberal e das suas formas de organização e relações de trabalho. E nesse contexto, temos:

O trabalho do assistente social na saúde deve ter como eixo central a busca criativa e incessante da incorporação dos conhecimentos e das novas requisições à profissão, articulados aos princípios dos projetos da reforma sanitária e ético-político do Serviço Social. É sempre na referência a estes dois projetos que se poderá ter a compreensão se o profissional está de fato dando respostas qualificadas às necessidades apresentadas pelos usuários. (BRAVO; MATOS, 2009, p.213)

No atual contexto de subfinanciamento do SUS, as demandas requeridas pelas instituições ao assistente social relacionam-se, majoritariamente, com a racionalização de recursos e seleção de usuários, que farão jus aos benefícios e/ou serviços, por outro lado, têm crescido exponencialmente as necessidades sociais dos usuários e essas ao assumirem a roupagem de demandas chegam até o Serviço Social, quer seja de maneira direta aos profissionais ou por meio do Estado, por via dos aparatos institucionais e reclamam respostas.

São pessoas que procuram o Serviço Social solicitando intervenção junto a setores responsáveis por acesso a medicamentos, a agendamentos de exames, consultas e cirurgias, ou mesmo requisitando meios de acesso para realizá-los, como é o caso de solicitações de intervenção junto a setores e/ou benefícios que possam viabilizar transporte, alimentação, hospedagem, dentre outros passando a compor o quadro das necessidades de saúde populacional.

A esse respeito Vasconcelos (2013) ressalta que, em nossa sociedade, em virtude dos processos ideológicos, as demandas das classes populares, como as acima mencionadas, apresentam-se nos serviços de saúde sob a aparência de problemáticas individuais. Contudo, geralmente, expressam necessidades que são coletivas e isto exige que os profissionais apropriem-se de um arsenal heurístico possibilitando apreender as necessidades sociais que, estão subjacentes as demandas, chegando ao cotidiano profissional atentando para as reais necessidades que as motivam.

Embora inseridos em espaços institucionais que refratam a “questão social”, cortando-a das suas causalidades econômicas e tornando-as objeto de intervenção técnica, os assistentes sociais, devem compreender o sentido social das atividades que exercem a significância da política que atuam e, relacioná-las ao conjunto macro da problemática social. A intervenção profissional deve instrumentalizar-se imbricando no seu pensar-fazer as dimensões teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa. É somente fazendo essa articulação e tendo como norte o projeto de reforma sanitária e o projeto ético-político profissional que os assistentes sociais desenvolvem um exercício profissional comprometido com a perspectiva do direito e de enfrentamento ao projeto privatista.

Os assistentes sociais, por sua vez, vêm atuando em diferentes esferas do SUS, tendo demandas e demandantes que não são homogêneos, ao contrário, são contraditórios e o caráter que vai assumir seu exercício profissional (que pode ser uma postura crítica ou conservadora) relacionam-se com essas demandas e seus demandantes. Ou seja, pela sua relativa autonomia e pelo projeto societário que defende. E vale dizer que o assistente social no campo da saúde

também não está imune a reações conservadoras e/ou (neo) conservadoras, as quais nesse campo tem tido como algumas das suas expressões:

A proposta do Serviço Social clínico, com defesa da realização de atendimentos terapêuticos nos serviços de saúde; a defesa de um suposto saber específico do Serviço Social por especialidade clínica da medicina e a reatualização de uma crise de identidade da profissão quando, em nome da função profissional sanitária, os assistentes sociais não se identificam mais como tal (MATOS, 2013, p.106).

As entidades representativas profissionais, sobretudo o CFESS, têm discutido (respeitando o pluralismo no seio da profissão) e enfrentado as novas modalidades de conservadorismo profissional, bem como, tem feito debates e posicionando-se contra uma série de pautas que restringem os direitos conquistados na CF de 1988, a exemplo das propostas de reforma trabalhista e previdenciária.

Na atualidade, o desafio profissional não se limita ao olhar endógeno profissional, mas articular as particularidades profissionais ao contexto macro societário, regional e local e, então, construir mediações para a ação. Sem essa articulação, o profissional corre o risco de desenvolver uma prática utilitarista e tecnicista, limitando-se a executar programas e políticas nos moldes criteriosos e seletivistas em que são criados, orientados e legislados sem, perceber que as incongruências regionais e locais do Brasil particularizam o acesso a bens, serviços, atribuem outras exigências e reclamam novas feições ao exercício profissional.

O Estado brasileiro tem enquanto um traço histórico característico, a produção de iniquidades, tanto em termos de oportunidades quanto de condições de vida e de acesso aos serviços públicos, nesse caso o de saúde. E conforme discutimos os critérios de repasse de financiamento da LOS, atualmente é um dos requisitos que prejudicam principalmente as populações residentes nas pequenas localidades e municípios que tendem a ser menos privilegiadas nas estruturas institucionais e de acesso a direitos sociais.

O reconhecimento é de que há diferenças sociais no nascer, viver, adoecer e morrer e, portanto, diferentes estratégias devem ser tomadas para atender pessoas e grupos populacionais excluídos em situação de maior vulnerabilidade. No entanto, tais diferenças não podem ser vistas apenas do ponto de vista econômico quando tratamos de equidade no SUS, mas da necessária identificação de diversas situações e exclusão que ultrapassam as situações decorrentes de classe, a exemplo, a questão de gênero, etnia, raça, dentre outros. Nesse sentido, os assistentes sociais estão entre os profissionais, que diante das adversidades do SUS

e na busca da garantia da universalidade do acesso, estão entre as profissões que, dentre outras ações, tem atuado no controle do processo de formulação, implementação, gestão, avaliação e regulação da rede pública de saúde. Como bem evidencia Bravo e Matos (2001, p.2013) o que requer além do olhar crítico:

[...] numa ação necessariamente articulada com outros segmentos que defendem o aprofundamento do Sistema Único de Saúde (SUS) – formular estratégias que busquem reforçar ou criar experiência nos serviços de saúde que efetivem o direito social à saúde, atentando que o trabalho do assistente social que queira ter como norte o projeto ético-político profissional tem que necessariamente, estar articulado ao projeto de reforma sanitária.

A atuação dos assistentes sociais no SUS não ocorre de maneira isolada, fazendo-se necessário a construção dessa interface com outros profissionais (psicólogos, fisioterapeutas e demais profissionais da saúde) que assim como os assistentes conectados a luta da reforma sanitária busque a viabilização do SUS. Desse modo, os assistentes sociais vêm inserindo-se em processos de trabalhos coletivos na área da saúde e dentre os programas que esses profissionais têm ingressado está o PTFD, o qual consoante Azevêdo (2015, p.38) “é a materialização de uma das tentativas de superação desse desafio ao promover o acesso das camadas mais carentes da população aos serviços médicos disponibilizados pela Rede Assistencial do SUS”. É sobre a atuação do assistente social nesse programa que nos debruçaremos no tópico seguinte.

2.2.2 Programa de Tratamento Fora de Domicílio (PTFD): espaço de atuação do Assistente Social

Nos itens anteriores situamos alguns desafios postos ao SUS na atualidade e destacamos as exigências de posicionamentos críticos por parte dos assistentes sociais que perpassam a compreensão das particularidades e o significado social de suas intervenções. Afirmamos, ainda, que somente tendo como norte o Projeto de Reforma Sanitária e o Projeto Ético-Político seríamos capazes de, coletivamente, produzir propostas inovadoras no SUS e finalizamos chamando a atenção que dentre as propostas de enfrentamento a não materialização do referido sistema temos o reordenamento do PTFD.

A respeito desse programa, gostaríamos de pontuar que as linhas aqui traçadas consistem num esforço de tentar corroborar com as escassas discussões, já suscitadas, sobre o TFD e a atuação do assistente social neste programa. O PTFD possibilita o acesso à saúde, para tanto, requisita o assistente social para a sua execução, quer seja diretamente com a inserção de assistentes sociais na sua equipe de composição ou mesmo de maneira indireta, quando os usuários desse benefício são encaminhados para atendimento no Serviço Social.

O que depreende-se na prática quando abordamos questões relativas a esse programa é que fora dos limites institucionais onde são desenvolvidos pouco se sabe da sua existência, objetivos e operacionalização, inclusive no próprio campo do Serviço Social. No que tange, necessariamente, a intervenção dos assistentes sociais não encontramos na literatura uma produção sistematizando a prática profissional do assistente social nesse benefício, podendo essa inserção ser percebida quando lemos, ouvimos ou assistimos matérias nos meios de comunicação apontando o TFD como sendo um dos recursos que os assistentes sociais têm mobilizado no atendimento ao direito e a saúde dos usuários, o que demonstra a ausência de uma literatura especializada.

O assistente social é um dos profissionais que vem inserindo-se no PTFD e sua inserção nesse programa, entendemos que, decorre primeiro da concepção ampliada de saúde, a qual eleva o campo da saúde a discussões mais progressistas e opostas ao modelo biomédico, passando a contemplar fatores biopsicossociais. Essa mudança na forma de conceber saúde passa a requisitar outros conhecimentos e práticas, dentre os quais, os saberes de profissionais como os assistentes sociais (tal como já discutimos anteriormente). O segundo, aspecto é que a função social do Serviço Social tem se remetido as políticas sociais, sendo seu espaço ocupacional majoritariamente na execução dessas políticas, e como o TFD é um programa de uma política, consideramos ser esse um espaço legítimo para a sua atuação.

O PTFD é uma resposta às iniquidades de acesso ao SUS, mas isso não deixa de caracterizá-lo como mais um recorte das refrações da “questão social”, que tem tido intervenções pautadas na lógica refratada e seletivista. Nesse sentido, tem defendido atendimentos aos usuários, na perspectiva de totalidade e de homogeneização das demandas a ele posto. Entretanto, esse é um benefício que tem se pautado na fenomenalidade, visualizando-se apenas o aparente exposto, persistindo a heterogeneidade e complexidade das situações.

A justificativa para tal ponto está na forma como o Estado burguês concebe as repostas às expressões da “questão social”, como objeto de refração e de departamentalização, e se do ponto de vista da estrutura institucional, o assistente social “[...] é tanto mais

requisitado quanto mais as refrações da ‘questão social’ se tornam objeto de administração, independente da sua modalidade de intervenção” (NETTO, 2009, p.104). Então o TFD é mais um espaço de atuação profissional dos assistentes sociais.

Os assistentes sociais no PTFD podem atuar tanto no reforço das forças progressistas quanto conservadoras do SUS. Do ponto de vista progressista o reforço está na perspectiva das ações desses profissionais propiciarem a equidade no SUS, a defesa e implementação de direitos. Quanto ao ponto de vista da conservação sua intervenção prática, posto o sincretismo profissional, dá-se puramente no atendimento as burocracias e a racionalização de recursos, realizando seleção de usuários que serão cadastrados e beneficiados sem visualizar as múltiplas determinações que estão embutidas no pedido de acesso ao benefício.

De fato, a atuação profissional do assistente social nas políticas e programas é complexa, pois esses profissionais em suas atividades tendem a processar as demandas, definir certas regras de acesso (geralmente as regras se dão por segmentação do público, com a avaliação de prioridades, crianças, idosos, mulheres), seguir os marcos normativos e analisar as circunstâncias particulares de cada sujeito. Devem, ainda, nos seus atendimentos e avaliações conflitar as demandas dos usuários com os objetivos e controle das instituições. As suas intervenções são perpassadas pelos limites institucionais e profissionais, além das necessidades dos usuários e, a forma como o profissional equaliza todas essas implicações é que definem o tipo de prática que defendem.

Dentre as esferas de inserção do assistente social na viabilização do TFD, esse profissional pode atuar no nível municipal ou estadual desenvolvendo atividades na operacionalização do benefício ou podem ainda atuar nos espaços de controle, fiscalização e auditorias. O TFD é um benefício cuja implementação ocorreu quando os serviços de saúde ainda estavam sob a ordem do INAMPS e, desde então, caracteriza-se pelo seu caráter seletivo. A primeira regulamentação do TFD veio por meio da portaria INAMPS, nº 167, de 29 de julho de 1988, que instituiu seus procedimentos. O TFD, segundo essa portaria era definido como:

[...] atendimento médico a ser prestado **ao beneficiário, da Previdência Social**, quando esgotados todos os meios do tratamento na localidade de residência do mesmo e desde que haja possibilidade de cura total ou parcial, limitado ao período estritamente necessário a esse tratamento (BRASIL, 1988b - grifos nossos).

Conforme sinalizado, o benefício do TFD era restrito aos segurados da previdência social e possuía condicionalidades para acesso, assim como todas as políticas sociais do Estado burguês capitalista. O que mudou após a CF de 1988 é que o PTFD perde a conotação de benefício restrito a condição de seguro social e se estende aos demais cidadãos, independente de contribuição à previdência, ou seja, houve um reordenamento nas regras e não a supressão destas.

Isso porque, o Estado para manter as condições econômicas de produção e acumulação capitalista e a reprodução da força de trabalho cria políticas e programas que garantem os mínimos sociais as populações em vulnerabilidade, entretanto, o acesso a esses é mediado por regras. Desse modo, apesar de ser um benefício de uma política universal, destina-se aos que dele necessitarem, tendo em vista que o TFD, além das condicionalidades explicitadas na portaria SAS 55/1999, ainda, outras regras aparecem nas legislações municipais e estaduais que normatizam sua organização, fluxo e rotina. Por meio dessas legislações determinam-se como se dará a triagem para seleção dos possíveis beneficiários/usuários.

O TFD é um benefício que foi criado pelo reconhecimento do acesso não igualitário aos serviços de saúde, dada a sua oferta irregular no território nacional, e “dessa constatação, percebe-se que a abrangência e a necessidade de utilização do TFD são tanto maior quanto menores forem à oferta e a resolutividade dos serviços públicos de saúde presentes, ou não, em cada ponto do território nacional” (AZEVEDO, 2015, p.16).

É sempre válido mencionar que o Estado organiza as políticas sociais de modo a ofertar os mínimos necessários à sobrevivência das classes subalternas e promover a coesão social, de igual modo, ao desenvolver políticas sociais, também preserva os interesses do capitalismo. No caso da política de saúde, na qual a participação do mercado deve ser de maneira suplementar, o Estado ao desfinanciar o SUS e não promover o acesso universal acaba por fortalecer os rentáveis negócios dos segmentos da burguesia que mercantilizam a saúde.

Nesse sentido, a oferta irregular de serviços de saúde no território nacional contribui com a venda de serviços de saúde, tendo como consumidores os que podem arcar com os custos do tratamento e deixa os atendimentos do SUS para aqueles que não podem acessar esse mercado. Como a oferta é irregular e os usuários desprovidos de condições sócio-econômicas também precisam acessar os diversos serviços, então, criam-se mecanismos como o PTFD.

Como as desigualdades tanto socioeconômicas, como as de acesso à rede de serviços do SUS, são diversificadas em todo o território nacional. Então, o TFD foi criado com a perspectiva de fazer abrangência nacional. Nesse sentido, sua operacionalização compreende a participação da União, dos Estados, Distrito Federal e Municípios.

Em suma, ressaltamos que nem todos os municípios brasileiros possuem o programa, tendo em vista que, para que Estados e municípios implantem o PTFD devem seguir critérios, dentre eles é possuir PPI com outros estados e municípios, a fim de garantir que os atendimentos que a rede de saúde não dispõe, seja complementada com os serviços contratualizados. O ideal é que ainda possuam Centrais de Regulação³⁵ em funcionamento para facilitar os agendamentos necessários. Para que os municípios possam implementar o PTFD, também, necessitam estar habilitados em Gestão Plena do Sistema Municipal, ou seja, precisam preencher os requisitos que o habilitam a receber os recursos federais, tanto da atenção básica, como da média e alta complexidade do SUS que são programados para os gastos com saúde no seu território.

Os recursos do PTFD só são repassados diretamente para os municípios que possuem gestão plena em saúde, sendo as transferências realizadas do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde, ou seja, “fundo a fundo”. Os municípios que possuem gestão plena em atenção básica não recebem diretamente os valores, ficando o Estado como receptor dos valores e responsável pela execução do TFD, isso porque os recursos que são da média e alta complexidade, como é o caso do TFD, não entram diretamente no seu fundo municipal, e logicamente, sendo o Estado quem o recebe e quem deve responsabilizar-se pela execução desses serviços e benefícios.

O PTFD possui duas modalidades, sendo elas: intermunicipal ou interestadual. Na primeira, quem assume a responsabilidade pelos gastos são os municípios com gestão plena e pagam com recursos provenientes do SUS alocados nos seus municípios, quando necessário, esses devem complementar os valores com os recursos do Fundo Municipal de Saúde, conforme disponibilidade orçamentária. Quanto ao TFD Interestadual esse é de responsabilidade da Secretaria Estadual da Saúde e seu financiamento é advindo dos recursos do Tesouro do Estado, comportando todos os procedimentos de alta complexidade eletiva que não são realizados no Estado.

³⁵ Para compreender os processos de regulação ver Portaria GM/MS nº 1.559/2008 que trata da Política Nacional de Regulação (BRASIL, 2008).

Embora tenhamos pontuado a essência de como se tem configurado o TFD, é necessário ponderar que esse foi criado com vistas à integralidade e a equidade de condições³⁶ e resultados no SUS. Logo, a focalização na sua lógica de criação tem como substrato a universalização do acesso. Por sua perspectiva, a focalização permite que populações sem condições de acesso a alta complexidade, encontrem nesse benefício a possibilidade de ter o direito a saúde garantido, logo, a focalização é vista numa perspectiva de promoção da equidade, embora entenda-se que é uma equidade dentro dos limites do capital.

Nesse sentido os valores pagos nas diárias variam de acordo com as diferentes necessidades e serve como base para cálculo a Tabela de Procedimentos do Sistema de Informações Ambulatoriais. Assim, a tabela Sistema de Informações Ambulatoriais SIA/SUS ao incluir o TFD previu valores diferenciados, de acordo com critérios previamente estabelecidos, valorizando as diferentes necessidades dos usuários e visando superar as desigualdades que podem ser evitadas no SUS, logo foi construída numa perspectiva equânime.

Pois se “igualdade de acesso é entendida como igualdade de custos pessoais para a obtenção de tratamento, incluindo variáveis como distância dos serviços e tempo de espera para o atendimento” (NUNES, 2011, p.28). Elevando em consideração que se trata de usuários com diferentes patologias e com diferentes possibilidades de acesso, então, a tabela de valores do TFD se seguisse a lógica da igualdade não produziria os mesmos resultados, daí a necessidade da tabela ter sido construído do ponto de vista equânime, pois “a equidade é entendida como a superação de desigualdades evitáveis e consideradas injustas, implicando que necessidades distintas sejam atendidas por ações diferenciadas” (NUNES, 2011, p.28).

Por essa análise, a focalização do TFD serve como uma alternativa para que as populações em extrema desigualdade acessem programas e serviços, visto que estabelece prioridades para esses segmentos. Entretanto, também é válido ponderar que quando formulada uma política, a perspectiva é de que seja operacionalizada conforme seu embasamento conceitual, legal e normativo, mas que “[...] o desenho inicial da efetiva

³⁶ Acredita-se que não é possível falar de igualdade de oportunidades dentro de um sistema capitalista que produz desde o “nascimento” indivíduos com diferentes aparelhamentos para a competição. Portanto, apenas pessoas em condições iguais podem competir em grau de igualdade. Neste sentido, a concepção de *equidade de condições* indica que “apenas pessoas submetidas às mesmas condições de vida podem vir a ser consideradas ‘em igualdade’ para competir com base em habilidades e méritos individuais. Esta é, sem dúvida, uma concepção mais completa e complexa, que possibilita a inclusão de aspectos estruturais na determinação do grau de mobilidade das diferentes classes sociais” (DUARTE, 2000, p.444). Deste modo, “por não terem igualdade de oportunidades as pessoas não atingem a igualdade de condições, não chegando à igualdade de resultados” (NUNES, 2011, p.29). Na tentativa de se chegar a equidade dos resultados são criados mecanismos tanto na legislação como outras medidas políticas para compensar os efeitos das desigualdades de condições sociais, dentre estes o TFD.

implementação sofre mudanças em função da diversidade de atores, interesses e lógicas de racionalidades envolvidos, o que faz da implementação um processo contraditório e não linear” (AZEVEDO, 2015, p.40). Tal qual é o desenho do SUS legal e do SUS real.

Nesse sentido, a focalização das políticas sociais num contexto de acirramento de restrição de direitos, a partir do receituário neoliberal, tem servido para justificar o desenvolvimento de ações e serviços mínimos, selecionando os mais vulneráveis dos vulneráveis. Sob esta perspectiva é necessário ressaltar que o TFD possui enquanto um dos entraves, o fato de que as despesas permitidas para usuários e acompanhantes devem “[...] ser autorizadas de acordo com a disponibilidade orçamentária do município/estado.” (BRASIL, 1999). Logo, é um benefício condicionado a restrição do caixa e nem sempre provendo a equidade que se propõe.

Retomamos assim, um ponto importante, o fato de que na ausência de recursos para atender toda a demanda de usuários aptos a serem incluídos no programa é necessário fazer seleção dos que serão beneficiados e dos que serão excluídos do benefício. Para tentar uma solução ao problema, conforme mencionamos no capítulo I, o MS orientou que os setores do PTFD solicitassem relatórios sociais expedidos por assistentes sociais comprovando a necessidade socioeconômica do benefício.

O assistente social não necessariamente necessitaria fazer parte da equipe de composição do TFD, mas caberia a este profissional fazer relatório da necessidade por meio de avaliação socioeconômica. De acordo com o artigo 4º, alínea X, da Lei 8.662/1993 uma das competências profissionais do assistente social é a realização de “estudos socioeconômicos com os usuários para fins de benefícios e serviços sociais junto a órgãos da administração pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades”.

Dessa forma, consideraríamos adequada a requisição, entretanto sinalizamos que a emissão dos relatórios sociais por meio de avaliação socioeconômica, para fins do PTFD, tem assumido uma dupla vinculação: a primeira funciona conforme defendido pelo CFESS (2009) como um mecanismo que possibilita a mobilização de recursos para a garantia de direitos; e de outro lado, este instrumento tem sido utilizado por gestores como uma forma de limitar o acesso aos serviços e corta gastos públicos com saúde e, nesta perspectiva, contrariando a lei de regulamentação da profissão, os princípios do Código de Ética, do Projeto Ético-Político e da reforma sanitária.

A condição socioeconômica é um dos mecanismos que estados e municípios vem tentando inserir sob a justificativa de que os fluxos de necessidades não condizem com os recursos disponíveis para o PTFD, entretanto, esta condicionalidade não está definida na

portaria ministerial SAS 55/1999. A inserção dessa condicionalidade é mais um reflexo do desmonte do SUS e das investidas no fortalecimento do modelo privatista. No qual, destacamos:

A tarefa do Estado, nesse projeto, consiste em garantir um mínimo aos que não podem pagar, ficando para o setor privado o atendimento aos que têm acesso ao mercado. Suas principais propostas são: caráter focalizado para atender às populações vulneráveis por meio do pacote básico para a saúde, ampliação da privatização, estímulo ao seguro privado, descentralização dos serviços ao nível local e eliminação da vinculação de fonte com relação ao financiamento (CFESS, 2009, p.11).

Nesse sentido haveria dois subsistemas: um destinado aos que podem arcar com os custos do atendimento com a saúde e outro destinado aos que não têm condições de acessar o primeiro. Este último seria o SUS e o PTFD seria parte integrante dos mecanismos do “pacote básico para a saúde”, conforme já pontuamos anteriormente. Aludimos ainda que, os usuários que chegam para atendimento nos serviços de saúde do SUS, de modo geral, e no PTFD em particular, por se tratar de um sistema que atende majoritariamente populações em vulnerabilidade, tendem a apresentar outras dificuldades que não necessariamente decorrem da evolução do problema de saúde, no sentido biológico, mas de fatores que são psicossociais.

Como o conceito de saúde considera as causas sociais como parte do binômio saúde/doença na qual a saúde é produto de uma série de fatores determinantes e condicionantes, então, o enfoque social do processo saúde/doença, deve ser analisado pela equipe multidisciplinar. Entretanto, como os problemas sociais são oriundos do contexto capitalista, as demandas relativas ao enfoque social que chegam aos diversos espaços-sócio ocupacionais da área da saúde, muitas vezes, tendem equivocadamente a serem entendidas como objetos restritos de intervenção dos assistentes sociais.

Estes equívocos, segundo Matos (2013, p.64), expressam duas reduções: “a primeira de pôr para o assistente social a resolução de problemas que são próprios do capitalismo e, a segunda, a crença de que é possível resolver esses problemas estruturais por meio de políticas sociais do capitalismo”. Para o autor, essas demandas, que são de ordem mais ampla e que só serão sanadas com o fim do capitalismo, não têm sido encaradas pela categoria enquanto trabalho e essa negação impossibilita que o profissional apreenda a essência do seu significado e impossibilita o traçado de estratégias dentro do trabalho coletivo em saúde.

Pensando às demandas em saúde e a orientação das respostas profissionais dos assistentes sociais no cotidiano dos serviços, aqui pontuamos algumas das atividades

necessárias à operacionalização do TFD e que vem se impondo a equipe de trabalho, dentre elas:

Intermediar junto a rede de assistência de complexidade diferenciada o atendimento do usuário no município ou estado; tomar as devidas providências necessárias ao pagamento de despesas relativas ao deslocamento do usuário e acompanhante para realização de tratamento fora de seu domicílio; organizar o controle e avaliação do serviço de tratamento fora do domicílio subsidiando o gestor no planejamento das ações de saúde e organizar os comprovantes das despesas relativas ao TFD, mantendo os processos dos usuários disponíveis para os órgãos de controle do SUS (FERNANDES, 2010, p.37).

O PTFD é benefício que articula a comunicação entre os usuários, os complexos reguladores (municipais, estaduais, regionais), as unidades de atendimento (hospitais, centros de saúde, clínicas, etc.) e os profissionais a elas vinculadas (médico assistente, enfermeiros, técnicos, etc) bem como, as fontes de financiamento (municipal, estadual, federal) e, por fim, as unidades gestoras (secretarias estaduais, municipais, diretorias/núcleos regionais, etc.). Desse modo, a equipe que o operacionaliza necessitam definir papéis e atribuições.

Nesse sentido, ressaltamos que mesmo no trabalho coletivo, “as leis que regulamentam as profissões procuram separar em dispositivos diferentes as funções privativas de um profissional e as funções que constituem áreas comuns a várias profissões” (SPINK, 1985, p.34 apud VASCONCELOS, 2013, p.140).

Ressaltamos dessa forma que, os profissionais que realizam trabalhos coletivos, como têm sido os trabalhos desenvolvidos no SUS, o fato de os profissionais se inserirem em equipes não significa o rompimento com suas atribuições privativas, tampouco com seu campo de especialidade, mas que na sua prática, devem preservar os saberes inerentes a sua área profissional e contribuir com a equipe no atendimento da totalidade das demandas postas.

É necessário desmistificar a ideia de que a equipe, ao desenvolver ações coordenadas, cria uma identidade entre seus participantes que leva à diluição de suas particularidades profissionais [...] são as diferenças de especializações que permitem atribuir unidade à equipe, enriquecendo-a e, ao mesmo tempo, preservando aquelas diferenças (IAMAMOTO, 2002, p. 41, apud CFESS, 2009, p.24).

No que diz respeito às equipes do PTFD, é necessário mencionar que a portaria SAS 55/1999 não determinou quais os profissionais as comporiam, tampouco definiu a forma de

organização e trabalho dessas equipes, fazendo alusão apenas à necessidade de um médico assistente e deixando a critério dos estados e municípios nomearem suas comissões de TFD e seus fluxos de organização e funcionamento, o que conseqüentemente, recai na divisão sócio técnica do trabalho.

No caso específico do Serviço Social, além da Lei de Regulamentação da Profissão, do Código de Ética, dentre outras legislações que orientam o exercício profissional, o CFESS publicou os Parâmetros para Atuação do Assistente Social na Saúde, e esse documento, no que se refere à atuação do assistente social nesse benefício, esclareceu que não são competências profissionais do assistente social a “montagem de processo e preenchimento de formulários para viabilização de Tratamento Fora de Domicílio (TFD)” (CFESS, 2009, p.25). Entre outras atividades ligadas diretamente ao PTFD, o CFESS no mesmo documento, sinaliza como não sendo de competência do assistente social:

Marcação de consultas e exames, bem como solicitação de autorização para tais procedimentos aos setores competentes; [...] identificação de vagas em outras unidades nas situações de necessidade de transferência hospitalar; [...] emissão de declaração de comparecimento na unidade quando o atendimento for realizado por quaisquer outros profissionais que não o Assistente Social. (CFESS, 2009, p.25)

As competências profissionais dos assistentes sociais no PTFD devem ter como norte as legislações que amparam e orientam o exercício profissional, a respeito dessas, de acordo com o artigo 4º da Lei nº 8.662/1993 são da competência profissional:

I - elaborar, implementar, executar e avaliar políticas sociais junto a órgãos da administração pública, direta ou indireta, empresas, entidades e organizações populares; II - elaborar, coordenar, executar e avaliar planos, programas e projetos que sejam do âmbito de atuação do Serviço Social com participação da sociedade civil; III - encaminhar providências, e prestar orientação social a indivíduos, grupos e à população; [...] V - orientar indivíduos e grupos de diferentes segmentos sociais no sentido de identificar recursos e de fazer uso dos mesmos no atendimento e na defesa de seus direitos; VI - planejar, organizar e administrar benefícios e Serviços Sociais. (BRASIL, 1993)

Logo, o trabalho burocrático-administrativo de preenchimento de formulários e demais ações elencadas não se caracteriza como competências profissionais dos assistentes sociais, entretanto, estes profissionais, conforme competências descritas, devem fornecer as orientações necessárias e mediar o acesso do usuário ao PTFD. Ainda de acordo com o

CFESS as principais ações a serem desenvolvidas pelo assistente social na saúde e no atendimento ao TFD, basicamente são:

Prestar orientações (individuais e coletivas) e /ou encaminhamentos quanto aos direitos sociais da população usuária, no sentido de democratizar as informações; criar mecanismos e rotinas de ação que facilitem e possibilitem o acesso dos usuários aos serviços, bem como a garantia de direitos na esfera da seguridade social (CFESS, 2009, p.42).

Dentre essas, sinalizamos para a importância da democratização das informações, tendo em vista que, conforme apontamos no primeiro capítulo, a ausência de conhecimento do benefício é um dos entraves do acesso à saúde, o que não ocorre de forma ocasional, mas:

É um reflexo da iniquidade das políticas sociais do Estado brasileiro e do seu impacto na consolidação das normas básicas da cidadania que se consubstancia, teoricamente, na garantia do direito à assistência médica prestada pelo poder público. O que se verifica é que esse desconhecimento sintetiza, de forma incontestável, o nível de exclusão que vivem largas parcelas da população, submetidas a condições de profunda injustiça social (COHN et.al, 2002, p.91).

Acreditamos que as reflexões trazidas, nos dão um norte das origens que balizam os limites e desafios do exercício profissional na área da saúde e do PTFD, limites esses que decorrem tanto dos processos de instituição e constituição da profissão, quanto limites estruturais da política e do PTFD. Uma vez reconhecidos esses limites tornam-se mais propenso a construção de estratégias para enfrentá-los, sempre tendo em vista que a definição das estratégias só serão eficazes se tivermos como base o Projeto Profissional e o Projeto de Reforma Sanitária os quais devem orientar as respostas de todas as demandas que chegam a Profissão de Serviço Social na área da saúde.

Subsidiadas por essas reflexões e teorizações anteriores o próximo capítulo traz análises do objeto deste estudo no *locu* da pesquisa, refletindo, assim, sobre determinantes que interferem nas demandas, aos assistentes sociais inseridos no programa e os posicionamentos profissionais nas respostas as demandas apresentadas.

CAPÍTULO III

O ASSISTENTE SOCIAL, TRABALHADOR DA SAÚDE: LIMITES E POSSIBILIDADES FRENTE AO PROGRAMA DE TRATAMENTO FORA DO DOMICÍLIO NA REGIÃO DE SAÚDE DE ALAGOINHAS/BA

“Toda ciência seria supérflua se a forma de manifestação [a aparência] e a essência das coisas coincidissem imediatamente”

(MARX, 1985, III, 2, p. 271).

Abrimos o capítulo com esta citação, a fim de despertar a atenção quanto à perspectiva analítica, cuja tensão delimita-se entre aparência e essência ou nos termos de Kosik (1995), *entre fenômeno e a coisa em si*, pois foi a partir das inquietações para compreender na essência o exercício profissional de assistentes sociais, no PTFD de uma determinada localidade, que se originaram as questões instigadoras deste estudo.

Nesse capítulo trazemos os resultados encontrados no campo empírico da pesquisa, os quais procuramos nos aproximar o mais fielmente da realidade concreta em seu movimento tenso e contraditório, parte indissociável da totalidade da vida social. Com base nas análises da política de saúde, nas particularidades do PTFD e do exercício profissional dos assistentes sociais nas suas dimensões teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa, a investigação acerca das demandas e respostas sócio-profissionais foram norteadas pela direção social do projeto profissional em seu processo de materialidade, verificando os aspectos do cotidiano, mediado pelas dimensões analíticas da particularidade e universalidade.

Para tanto, consideramos necessário investigar o campo empírico, a estrutura e o funcionamento do PTFD na região de saúde, objetivando reproduzir o real concreto e idealmente (teoricamente), sua estrutura e dinâmica, ou seja, a lógica do objeto (NETTO, 2011). A partir daí, apresentamos as tensões entre os objetivos legais do programa e as dificuldades para sua materialização, para enfim, adentrarmos no processo de trabalho na esfera do exercício profissional no cotidiano.

Assim, caracterizamos o perfil dos assistentes sociais inseridos no PTFD; refletimos a condição de trabalhador assalariado, a relativa autonomia e os determinantes sócio-institucionais que impactam no exercício profissional; mapeamos as demandas e ações interventivas dos assistentes sociais na viabilização do acesso a saúde no PTFD. Por fim, destacamos o projeto ético-político e as características do cotidiano, buscando verificar se as

ações interventivas dos assistentes sociais inseridos no referido Programa estão de acordo com os preceitos das legislações que orientam e regulamentam a profissão de Serviço Social.

Do exposto, à luz dessa abordagem, a verdade encontra-se no próprio movimento da realidade, reservando ao pesquisador a tarefa de descobri-la e representá-la idealmente. Vale sinalizar ainda que, a dinâmica do real não se revela por si mesmo, mas carece de uma dimensão racional-intelectual que mira a realidade e reconstrói suas determinações, suas categorias e mediações constitutivas do conhecimento.

3.1- Aspectos característicos gerais do PTFD na região de saúde de Alagoinhas

3.1.1- Caracterização do campo de estudo

Considerando que o exercício profissional é parte da totalidade do processo social, o qual se insere na divisão social do trabalho na dinâmica de complexos maiores como: políticas sociais, Estado, crise estrutural do capital, etc. É imprescindível compreender o espaço onde ocorre a intervenção profissional, como as demandas se apresentam no serviço e como a política social é operacionalizada. Assim, para pensar a profissão iniciamos com uma caracterização do nosso campo empírico.

Nessa caracterização foram utilizados como fontes de informação os planos municipais de saúde (elaborados para a vigência 2014-2017) e os respectivos relatórios anuais de gestão dos municípios que compõe a região de saúde pesquisada, bem como, os relatórios anuais de gestão da SESAB, os quais encontravam-se disponíveis no *site* do Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão (SARGSUS). Serviu também como base a esta caracterização as informações dos relatórios de perfil socioeconômico dos municípios, elaborados e disponibilizados pela Superintendência de Estudos Econômicos e Sociais da Bahia (SEI BAHIA), além de informações disponíveis no *site* do Observatório Baiano de Regionalização e do IBGE.

Para além das fontes de informações documentais extraídas desses *sites*, a caracterização da região de saúde contou com fontes de informações orais, obtidas por meio de entrevistas realizadas com nove assistentes sociais, de nove municípios da região de saúde, as quais foram determinantes na análise qualitativa do *locu* de pesquisa.

O campo onde realizamos a pesquisa empírica tem base territorial que abrange regionalmente dezoito municípios com população total correspondente a 553.470 habitantes, perfazendo um percentual de 3,64% da população do Estado da Bahia (Observatório Baiano de Regionalização, 2017). Ressalta-se, também, que pelas estimativas populacionais do IBGE para o ano de 2017, é possível afirmar que aproximadamente 28% da população dessa região de saúde está localizada na cidade de Alagoinhas (154.495 habitantes), e aproximadamente 10% no município de Catu (55.719 habitantes), sendo esses os municípios que possuem maior porte populacional. Os demais municípios possuem um porte menor, podendo-se inferir que aproximadamente 65% dos municípios dessa região têm populações com menos de 20 mil habitantes, e 29% têm população entre 30 e 40 mil habitantes.

De acordo com os dados levantados, nos relatórios anuais de gestão dos municípios, é possível afirmar que a população dessa região de saúde é majoritariamente parda (SARGSUS, 2017). E na decomposição por gênero, de acordo com os dados do censo demográfico 2010 do IBGE (último censo), os municípios possuem predominantemente população de sexo feminino. Esse quadro perfaz-se um percentual de aproximadamente 51% da população total da região de saúde.

Em todos os municípios observamos um processo de envelhecimento, parte da crescente tendência registrada nas estatísticas das últimas décadas do século XX e início do XXI, a qual se caracteriza pela redução da proporção de pessoas entre zero e quatorze anos de idade em relação ao número populacional total. É importante destacar que, em contrapartida verificamos um crescimento em todos os demais estratos (SEI BAHIA, 2016).

Na distribuição da população por idade observamos que a pirâmide etária dos municípios apresenta-se com características de uma população jovem, percebemos, também, uma maior concentração de pessoas com faixa etária de 20 a 29 anos, seguida das pessoas com 30 a 39 anos de idade. O referido percentual se repetiu em todos os municípios dessa região de saúde e corresponde a faixa etária majoritária da população do Estado da Bahia, como pode ser observado no relatório anual de gestão do ano de 2016 da SESAB (SARGSUS, 2017).

Em relação à situação dos domicílios, o censo de 2010, conforme dados do IBGE, indica que 63% da população dessa região de saúde reside em áreas urbanas e cerca de 37% em áreas rurais. Dentre os municípios que apresentaram menores taxas de urbanização estão os municípios de Itapicuru e Sátiro Dias, cujas populações quase 80% vivem em áreas rurais.

A base econômica dos municípios dessa região é variada, cabendo destacarmos que no ano de 2014, nos municípios de Acajutiba, Inhambupe, Itapicuru, Jandaíra e Rio Real o setor

primário (agropecuária) se sobressaiu no valor agregado bruto. Já os municípios de Alagoinhas, Aporá, Aramari, Catu, Crisópolis, Entre Rios, Ouriçangas, Pedrão e Sátiro Dias a riqueza produzida foi proveniente, sobretudo do setor de comércio e serviços. Quanto aos municípios de Araçás, Cardeal da Silva, Esplanada e Itanagra o destaque foi o setor industrial (SEI BAHIA, 2016).

Em relação ao estoque de emprego formal, conforme com as análises dos relatórios da SEI BAHIA (2016) sobre o perfil socioeconômico dos municípios dessa região de saúde verificamos que a maior empregadora dos munícipes tem sido a administração pública, dado que se repetiu em dezesseis dos dezoito municípios da região. Desses municípios apenas Alagoinhas e Catu não tem a administração pública como o principal responsável pela contratação formal de seus trabalhadores.

Pelas análises dos relatórios socioeconômicos dos municípios publicados pela SEI BAHIA (2016), foi possível observar que, como resultado da educação básica ofertada pelos municípios, à nota do IDEB (Índice de Desenvolvimento da Educação Básica – anos iniciais), em 2015, só foi alcançada e/ou superada às metas estabelecidas apenas nos municípios de Acajutiba, Aramari, Catu, Crisópolis, Inhambupe, Rio Real e Sátiro Dias, perfazendo um percentual de aproximadamente 61% de municípios da região que não atingiram as metas educacionais para os anos iniciais da educação básica. Ainda pelas análises dos mesmos relatórios para as séries finais (IDEB – Séries Finais) desse mesmo ano, dos dezoito municípios apenas o de Crisópolis conseguiu atingir a meta preconizada, onde a nota alcançada foi 3,7 e a meta estabelecida era de 3,7 (SEI BAHIA, 2016).

Com relação a Instituições de Ensino Superior, em 2014, o município de Alagoinhas contava com a Universidade do Estado da Bahia (UNEB) e com o Instituto Federal Baiano (IFBA), este último também presente no município de Catu. Os demais municípios não possuíam instituições públicas de ensino superior (SEI BAHIA, 2016).

Em relação às vulnerabilidades municipais, entre os anos de 2000 e 2010, consoante às análises dos relatórios da SEI BAHIA (2016), a proporção de pessoas abaixo da linha de extrema pobreza diminuiu em todos os municípios. Tal resultado pode ser justificado pela criação do Programa de Transferência de Renda do Governo Federal “Bolsa Família” que beneficiou milhares de baianos, conforme sinalizado no capítulo I.

Ressaltamos, ainda que, embora tenha havida redução do número de pessoas que saíram da extrema pobreza entre os anos de 2000 e 2010, nos municípios de Acajutiba, Crisópolis, Itanagra, Ouriçangas e Sátiro Dias, houve aumento da desigualdade social em termos de rendimentos, visto que o Índice de *Gini* desses municípios aumentou.

No que se refere ao Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), segundo as informações do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), com base nos dados dos censos de 2000 e 2010, o IDH dos municípios da região de saúde de Alagoinhas aumentou em todos os municípios da região no período. É válido mencionar, também, que no índice de *Gini* o valor zero (0) indica total igualdade de renda e o valor um (1) total desigualdade de renda e, nesse sentido quanto mais o valor se aproximar do número um mais alto é o nível da desigualdade, já no IDH é o contrário, e quanto mais próximo de um for o valor do IDH, maior será o nível de desenvolvimento do município.

Quanto ao setor saúde, de acordo com os relatórios anuais de gestão, nos municípios da região de saúde de Alagoinhas, as principais ocorrências de morte dos munícipes são por doenças do aparelho circulatório. O Relatório Anual de Gestão do ano de 2016, do estado da Bahia, confirma esse resultado e acrescenta que as doenças do aparelho circulatório são prevacentes não só na região de saúde de Alagoinhas, como em todos os NRS, exceto o núcleo leste (SARGSUS, 2017).

Depois das doenças do aparelho circulatório, a segunda maior causa de morte da população baiana são as causas externas com destaque para os homicídios e acidentes de trânsito. Em terceiro lugar estão as neoplasias as quais passaram de 9,1% em 2004 para 12,6% dos óbitos em 2014 (SARGSUS, 2017). As neoplasias além de terceira maior causa de mortes do Estado, de acordo com a coleta de dados desta pesquisa empírica, é também o principal motivo de encaminhamento de usuários para cadastramento no PTFD na região de saúde pesquisada.

No que concerne aos quadros de profissionais do SUS, na análise dos relatórios anuais de gestão dos municípios, observamos que em 64% dos municípios há uma discreta tendência do grupo de profissionais contratados serem maior que a de profissionais concursados. O ingresso desses profissionais por meio de contratos, além de descumprirem a prerrogativa constitucional de contratação pela via do concurso público, tem como característica o caráter temporário bem como de geralmente serem crivados pelo tráfico de influências e esses fatores, por sua vez, impactam na execução e continuidade das ações da política pública.

A rede física prestadora de serviços do SUS é composta majoritariamente por estabelecimentos de gestão pública municipal, estruturados para atender, sobretudo, os serviços da atenção primária em saúde, as quais os gestores afirmam possuir coberturas de ESF que variam de 75% a 100%. Por outro lado, possuem baixa capacidade instalada dos serviços de média e alta complexidade, sendo a região que tem a menor distribuição de leitos hospitalares no estado (SARGSUS, 2017).

Nos municípios da região de saúde há predomínio da baixa estrutura de média e alta complexidade do SUS, sendo o município de Alagoinhas, dentre os dezoito da região de saúde, o que possui o maior potencial de ofertar serviços nesses níveis de atenção, por esse motivo é o município que mais possui PPI's firmadas enquanto prestador de serviços. Apesar da importância dos serviços disponibilizados na cidade de Alagoinhas, todos os municípios da região de saúde complementam suas lacunas mediante pactuações com município de Salvador.

Nesse sentido, ressaltamos que os municípios que possuem pactuações com a cidade de Alagoinhas utilizam o Sistema Nacional de Regulação (SISREG)³⁷ para regular seus usuários e os municípios que pactuam com Salvador utilizam o Sistema Vida de Saúde. Ambos os sistemas têm como base a Política Nacional de Informação e Informática em Saúde e foram desenvolvidos para facilitar o processo de regulação de usuários, tendo em vista que a oferta e a procura ocorrem por meio eletrônico, o que possibilita visualizar o número de vagas disponíveis e os prestadores de serviço que ofertam tais serviços em tempo real.

Entretanto, é válido mencionar que na pesquisa realizada nos municípios da região, os profissionais entrevistados chamaram a atenção para as facilidades que os sistemas têm oferecido no sentido de agilizar o atendimento das demandas, assim como, contraditoriamente, apresentam dificuldades para o cumprimento da PPI por parte dos municípios. Verbalizado a seguir, o profissional argumenta que:

[...] nosso sistema funciona baseado em nossa pactuação [...]. De acordo com o que a gente tem pactuado a gente vai fazer a referência do nosso paciente. Então Alagoinhas [...] tem dois meses, a gente está trabalhando com o SISREG [...] sistema que a gente consegue fazer marcação *online*, que antes era feito por malote. A gente fazia o malote, a gente mandava, aí marcavam parte desse malote, aí tinha que mandar o carro buscar aquela quantidade, aí dois dias marcava outro pouquinho. [...] era o maior transtorno, às vezes, a gente não tinha o carro para buscar; perdia as marcações que não dava tempo de avisar às pessoas [...]. Agora melhorou em relação ao acesso, mas em relação às quantidades, ao cumprimento da PPI piorou. Eles só colocam no sistema uma quantidade restrita. Para você ter uma ideia nós temos uma pactuação de trinta e cinco raio X/mês, a gente só consegue marcar dois, no máximo três pelo sistema. Então assim... Facilitou por um lado, mas por outro como tem sistema, os municípios que são pactuados, todo mundo pegou suas senhas, seu acesso... Aí dividiu mais. Ainda tem outro “porém”

³⁷ De acordo com o Departamento de Informática do SUS/MS (DATASUS), o SISREG é um sistema *on-line*, o qual funciona com navegadores (*Internet Explorer*, *Mozilla Firefox*, etc.) instalados em computadores conectados à internet. Trata-se de *software* é disponibilizado pelo MS para o gerenciamento de todo Complexo Regulatório, indo da rede básica à internação hospitalar, visando à humanização dos serviços, maior controle do fluxo e a otimização na utilização dos recursos, além de integrar a regulação com as áreas de avaliação, controle e auditoria (DATASUS, 2017).

quando era malote, muitos municípios não mandavam o malote, então sobrava vaga [...] Quem mandou o malote marcava mais [...] Às vezes, não tinha o carro para mandar na data estipulada, porque tinha as datas de levar o malote. Então quando não levava, sobrava vaga, mas como agora é sistema, todo mundo acessa. Então diminuiu mais [...] Em Salvador, a nossa marcação é pelo Sistema Vida, que é o sistema do município de Salvador, também a gente tem a senha de acesso e faz as marcações pelo sistema. A dificuldade é a mesma: quantitativo de vagas, que nem sempre o que está na PPI é cumprido (ENTREVISTADO, 2017).

Nesse sentido, 78% dos profissionais entrevistados afirmam que com os sistemas de agendamento *online* houve uma melhoria no acesso aos meios de agendamento, não residindo o problema nos meios que foram implementados para garantir que todos os municípios pudessem organizar suas demandas de regulação e oferecer respostas que atendam às necessidades dos usuários. No entanto, a disposição dos sistemas informatizados é apenas um meio e não um fim na efetivação das pactuações sendo necessário que os municípios prestadores assumam o compromisso com o que foi estabelecido em PPI e disponibilizem quantitativos de vagas de acordo com a necessidade, conforme foi estabelecido. Ainda no que diz respeito às pactuações outro profissional argumenta ainda:

Nossa PPI é grande, inclusive teve agora repactuação e nossa PPI ela é vantajosa, nossa PPI é maravilhosa [...] A gente consegue comprar tudo que a gente quer e que a gente precisa. Claro que não vai suprir ainda, mesmo porque como eu falei a demanda hoje é grande, a fila do SUS é extensa, mas nossa PPI é maravilhosa, mas entra no sistema e não tem a vaga [...] A gente manda *e-mail*, cobra e não tem vaga ou então disponibiliza uma vaga e são vários municípios conectados no sistema aí quando chega uma, cinco para cinquenta municípios, entendeu? E a gente fica nessa briga na frente do computador por uma vaga, ou seja, eu acabo o ano não utilizando toda a minha PPI por mais que seja uma luta diária. A gente não consegue o acesso e a demanda continua reprimida (ENTREVISTADO, 2017).

A esse respeito, o profissional citado sinaliza que o problema não está na PPI. Para ele “[...] os municípios que não conseguem efetivar a PPI, ou seja, executá-la”. A esse respeito Cohn et.al (2002, p.81) ressalta que “entre a disponibilidade planejada e a utilização efetiva dos serviços de saúde situam-se as dificuldades que se interpõem entre a presença física dos recursos mesmos e a acessibilidade efetiva para a sua utilização”. Dentre as justificativas relativas as dificuldades de acesso aos serviços para os usuários e a não efetivação/cumprimento da PPI por parte dos municípios, um outro entrevistado revelou-nos que:

Por um lado, a gente até entende os municípios porque o valor da tabela SUS, ele não é reajustado, o valor da tabela. Então hoje, o SUS paga dez reais a uma consulta com especialista. Nós, para contratarmos um especialista, nenhum especialista vem para receber dez reais por consulta [...] O segredo de tudo está no financiamento porque a população aumenta tudo aumenta e o recurso não acompanha e a gente fica nisso. O que você antes tinha trinta vagas, hoje o recurso só paga dez e fica nessa dificuldade (ENTREVISTADO, 2017).

O profissional acima atribui os problemas de não cumprimento das PPI's ao subfinanciamento do SUS, uma vez que a remuneração pelos procedimentos ofertados tem como base os valores de procedimentos ambulatoriais e hospitalares constantes das Tabelas dos Sistemas de Informação Ambulatorial e Hospitalar - SIA e Sistemas de Informação Hospitalar - SIH/SUS fixadas por meio da Portaria MS n° 2.488 de 2007. Os valores repassados aos municípios pelo SUS com base nessa tabela estão em defasagem há dez anos, não havendo reajustes nem em relação a inflação nem ao crescimento e envelhecimento da população, além do Ministério da Saúde já ter sinalizado não haver previsão de reajuste da tabela dos procedimentos pagos pelo SUS.

Destacamos ainda que o (des) financiamento das políticas sociais inserem-se num contexto mais amplo que a problemática de eficiência/ineficiência da gestão pública, pois os recursos do fundo público no âmbito do orçamento estatal é um espaço de disputa entre distintas forças da sociedade. Isto porque o fundo público é essencial na garantia e expansão das políticas sociais, mas igualmente relevante para a sobrevivência do sistema capitalista.

O sistema do capital necessita do fundo público para sobreviver e apropria-se de parcelas crescentes da riqueza pública por meio de subsídios, de desonerações tributárias, por incentivos fiscais; por meio das funções indiretas do Estado que garante orçamento para investimentos em meios de transporte e infraestrutura além dos subsídios e renúncias fiscais para as empresas; por meio da transferência de recursos sob a forma de juros e amortização da dívida pública para o capital financeiro, etc (SALVADOR, 2012).

Desse modo, “a decisão sobre os objetivos de gastos do Estado e a fonte dos recursos para financiá-lo não é somente econômica, mas principalmente são escolhas políticas, refletindo a correlação de forças sociais e políticas atuantes e que têm hegemonia na sociedade” (SALVADOR, 2012, p.08). Sob o mando dos organismos internacionais a política econômica em voga no país tem aumentado exponencialmente o endividamento estatal, como resposta elaboram-se programas de ajustes fiscais sob o argumento de “reduzir o *déficit* nas contas públicas” que na verdade são propostas de redução de direitos sociais.

Dadas as disputas societárias pela manutenção e consolidação das políticas sociais na tentativa de garantir orçamentos para efetivação de direitos, alguns recursos para áreas sociais são vinculados a receitas, os quais geralmente são despesas obrigatórias como é o caso dos percentuais mínimos a serem investidos em saúde e por tal motivo:

[...] provocam a reação conservadora, que reclama do “engessamento” do orçamento público. Pelas despesas obrigatórias, a União é obrigada a executar por determinação constitucional ou de lei, não podem ser contingenciadas para realizar superávit primário. Em geral, são sempre as primeiras das listas de “reformas” [...] (SALVADOR, 2012, p.13).

Diante dessas análises fica claro o posicionamento do nosso governo em relação ao reajuste da tabela da Portaria MS nº 2.488/2007 e do orçamento da saúde pública, em geral, o que nos permite inferir que as políticas sociais estão sendo cada vez mais organizadas mediante os interesses do capital com base nas finanças. Com as atuais propostas de ajuste fiscal, as perspectivas são ainda mais desanimadoras, na qual os percentuais obrigatórios mínimos de recursos a serem alocados para a saúde anualmente tem se tornado valores máximos, visto que se não pode reduzir os gastos, então “congela-se”, conforme proposta aprovada na PEC 55/2016, e os supostos valores “sobrantes” destinam-se ao pagamento da dívida pública por meio DRU, cujo aumento subiu para 30% no atual governo.

Nessa lógica há uma tendência a ampliação do desfinanciamento o que põe em risco parte das conquistas e avanços aportados à sociedade brasileira na CF de 1988. Como afirma Salvador (2012), é no orçamento que são definidas as prioridades de aplicação dos recursos públicos e a composição das receitas não se tratando de uma escolha somente econômica, mas principalmente resultado de opções políticas. Desta maneira, compreendemos que a opção do atual governo é manter as “conquistas” e a hegemonia do capital.

Destarte, com recursos financeiros mínimos os serviços de saúde são operados com insuficiência de recursos humanos e materiais, conseqüentemente, não conseguem garantir a ofertar dos serviços pactuados, impactando diretamente nos processos de regulação dos usuários e no cumprimento da integralidade do atendimento. Assim, na visão do profissional anteriormente citado, o subfinanciamento do custeio seria o principal motivo do descumprimento da PPI, uma vez que influencia diretamente no resultado final que é a oferta dos serviços.

Com o funcionamento do sistema de modo ineficiente e ineficaz, mencionamos:

Um dos princípios da equidade, “o tratamento desigual aos desiguais”, numa relação positiva assume aqui o seu oposto; neste país cabe às populações socialmente condenadas elaborar a sua capacidade de utilização da rede, precária e eternamente insuficiente para ter acesso à assistência à saúde, reiterando a sua condição de desigualdade para ajustar modos próprios de acessibilidade a serviços de difícil acesso, para à sua maneira conquistar o “direito a saúde” (COHN et.al, 2002, p.94).

Entretanto, a elaboração dos mecanismos de acesso que, muitas vezes, fogem as estratégias legisladas não ocorrem apenas por parte dos usuários, mas também por parte dos municípios, a fim suprir as lacunas no atendimento as suas populações, adotando algumas soluções legais, a exemplo, a contratação de serviços em clínicas e/ou hospitais terceirizados para os casos que demandam mais urgência e, também burlam o sistema de regulação conforme pode ser observado na fala a seguir:

[...] os casos mais urgentes, infelizmente ainda recorre à ajuda dos amigos. Então muitas vezes a gente tem pessoas em Salvador que trabalham em alguns departamentos que a gente tem o contato e através desse contato a gente consegue marcar algum exame. Alguma coisa assim mais urgente a gente busca o acesso por outras vias, não a via normal da regulação, infelizmente tem outros caminhos que muitas vezes somos obrigados a seguir (ENTREVISTADO, 2017).

Para além dos problemas relacionados à regulação, os profissionais entrevistados chamam a atenção para as dificuldades da contra-referência. A referência e contra-referência são partes da articulação entre os níveis hierárquicos de atenção à saúde, ainda assim, os profissionais entrevistados relataram que essa não tem funcionado eficazmente e se as dificuldades de regulação da PPI dificultam o fluxo da referência (encaminhamento do usuário do nível de menor complexidade para um mais complexo) a contra-referência (encaminhamento do nível de maior complexidade para um menos complexo) é ainda mais deficitária. A esse respeito, o profissional argumenta em relação à contra-referência da seguinte forma:

A gente não tem, porque a gente não vai ter essa demanda de lá para cá bem descrita, a contra-referência. [...] A gente sabe que o paciente está fazendo o tratamento porque ele precisa do TFD e ele retorna. Então, a gente acaba tendo essa informação. Então, a gente tem esse retorno do próprio usuário, a gente não tem institucional, só seria um fator que prejudicaria um pouco nossas respostas profissionais, mas nada que venha impedir [...] (ENTREVISTADO, 2017).

Como a referência e a contra-referência devem ser facilitadoras da acessibilidade e continuidade da assistência ao usuário, o profissional citado chama a atenção que, embora esse não seja um fator único e determinante na prestação de serviços de qualidade no SUS, mas que a ausência desse fluxo dificulta as possibilidades de respostas concretas e em tempo oportuno. A ausência de contra-referência, por sua vez, pode levar os usuários a descontinuidade de atendimentos que são ofertados em serviços de complexidade menor ou mesmo induzir a procurar os serviços de urgência e emergência como “portas de entrada”³⁸ do SUS, os quais não ofertam serviços de acompanhamento contínuo do usuário em seu território.

A análise depreendida é que os processos de reorganização do Estado ao se pautarem na descentralização administrativa promoveu a separação entre formulação e gestão dos programas, na qual a primeira é de responsabilidade dos três entes federativos, com comando único do governo central, ou seja, esse é responsável pelas orientações normativas, o financiamento e regulação das políticas em âmbito nacional, quanto à execução dos programas, esses são de competência dos municípios.

Assim, os programas são elaborados e regulados seguindo os princípios e a lógica da administração gerencial, cuja lógica financista da restrição orçamentária impõe dificuldades de oferta de serviços do SUS, deslocando-se por meio da descentralização, a responsabilidade das políticas sociais para os municípios e como adverte Draibe (1993, p.34), “a descentralização de responsabilidades e encargos sem os correspondentes recursos é tão somente mais uma forma arbitrária de reduzir o gasto, mesmo quando apresentada sob eufemismo do desmonte”. Logo, a descentralização prevista na CF de 1988, tem sido usada para desresponsabilizar o poder central e promover corte de gastos e racionalização da oferta e prestação de serviços, atendendo aos ditames neoliberais de prover os mínimos sociais.

Assim, com poucos investimentos na área, a quantidade e a qualidade dos serviços são comprometidos e, o princípio da universalidade da cobertura passa a não garantir o direito de todos e, por outro lado se sobressai à seletividade e distributividade na prestação de serviço, princípio esse que “[...] permite tornar seletivos os benefícios das políticas das políticas de saúde e de assistência social, numa clara tensão com o princípio da universalidade” (BEHRING; BOSCHETTI, 2011, p.157).

³⁸ De acordo com o Decreto 7.508/2011 são Portas de Entrada às ações e aos serviços de saúde nas Redes de Atenção à Saúde os serviços: de atenção primária; de atenção de urgência e emergência; de atenção psicossocial; e especiais de acesso aberto, podendo mediante justificativa técnica e de acordo com o pactuado nas Comissões Intergestores, os entes federativos poderão criar novas Portas de Entrada às ações e serviços de saúde, considerando as características da Região de Saúde (BRASIL, 2011).

Esses benefícios orientam-se pela chamada “discriminação positiva”, como é o caso do PTFD, e assumem papel relevante nos municípios em que a política de saúde não conta com a ampla cobertura dos serviços, caracterizando-se enquanto um benefício contraditório, pois ao mesmo tempo que viabiliza o acesso dos usuários também focaliza a ação. Nesse sentido, o atendimento as expressões da “questão social” ocorrem de maneira refratada e seletiva, seguindo a lógica hierárquica e padronização institucional, conforme veremos a seguir.

3.1.2 O Programa Tratamento Fora do Domicílio nos Municípios da Região de Saúde de Alagoinhas

O PTFD, conforme argumentamos nos capítulos anteriores, foi criado com base nos princípios da integralidade e da equidade. Por meio desse não apenas seria garantida a oferta de serviços iguais para todas as pessoas, mas haveria a valorização das diferenças, de modo a dar tratamentos diferentes para grupos com necessidades diversas a fim de alcançar a igualdade de resultados, assim, o TFD representaria a compreensão que há desigualdades evitáveis na saúde e operaria na busca de compensar os efeitos das desigualdades ao acesso e serviços de saúde. Ainda assim, o programa tem encontrado entressas para cumprir os objetivos a que se predispõe, visto que num contexto de restrição e racionalização dos gastos, o TFD enquanto parte da política de saúde também é afetado. Com base nesses pressupostos trazemos a discussão das particularidades do programa no nosso campo empírico.

O arcabouço jurídico que confere legalidade ao PTFD na região de saúde pesquisada, em primeira instância, provem da portaria SAS nº 55/1999³⁹, em segunda instância, os municípios seguem o manual de normatização do TFD do estado⁴⁰, não havendo em nenhum dos municípios pesquisados uma legislação própria para regulamentar o serviço de TFD, existindo apenas portarias que nomeiam as comissões do programa, em cumprimento ao que está estabelecido no manual de normatização estadual.

O PTFD tem como público-alvo usuários que fazem tratamento médico especializado no nível de média e alta complexidade do SUS, cujos atendimentos, além de realizados fora

³⁹ A qual determina as regras gerais para sua operacionalização em termos de critérios para a autorização, vedação e tipos de benefícios que serão concedidos aos usuários.

⁴⁰ Que define, de maneira geral, as responsabilidades das secretarias municipais de saúde, bem como, da secretaria de saúde do Estado nos processos de autorização, além de estabelecer os critérios, rotinas e fluxos operacionais do TFD.

do seu domicílio de origem, ocorrem em unidades de saúde da rede pública, filantrópicas e privadas conveniadas ou contratadas pelo SUS. Nesse sentido, os profissionais entrevistados argumentam que as clínicas e hospitais para onde grande parte dos usuários são encaminhados via TFD, são de natureza pública, ainda, ressaltam que a rede filantrópica e de forma simplória a rede privada tem prestado serviços cumprindo o que está previsto na lei 8.80/1990 e na portaria SAS 55/1999.

O PTFD, a nível intermunicipal, não possui dados informatizados e sistematizados quanto ao perfil epidemiológico e socioeconômico dos usuários cadastrados e nas entrevistas realizadas observamos que, os municípios, apesar de possuírem os mapas de viagens e manterem os registros e documentos dos usuários atendidos, não possuem esses dados sistematizados em relatórios, dificultando assim, uma análise mais profunda sobre esses aspectos.

Todavia, pela própria experiência e observação cotidiana, os profissionais argumentam que, das patologias de maior incidência nos usuários de TFD, em primeiro lugar estão às neoplasias malignas (câncer) dos diversos tipos e; em segundo lugar as doenças renais crônicas. Assim, 89% desses assistentes sociais afirmaram que os municípios têm realizado ações de prevenção, sobretudo para as neoplasias, as quais são desenvolvidas pela atenção básica, mas relatam que essas atividades geralmente são esporádicas e ocorrem nos períodos de campanhas nacionais de prevenção. Observamos, ainda que, em oito municípios pesquisados não existem estudos sobre a relação dessas patologias e o trabalho que esses usuários desenvolvem e por tal motivo os profissionais não puderam responder com precisão questões relacionadas ao tema.

Ainda sobre a questão patológica, Azevêdo (2015, p.57) adverte-nos que “os casos de pacientes submetidos a tratamentos de hemodiálise (terapia renal substitutiva), quimioterapia e radioterapia são considerados como de prioridade máxima para autorização de TFD”. Assim, os entrevistados relataram que a regulação de usuários que possuem patologias que se enquadram na lista do TFD, é menos burocrática do que a regulação de usuários encaminhados para serviços que não constam na tabela do programa, pois para esse tipo de usuários é possível contar no Estado com os serviços de alta complexidade “especiais de acesso aberto”, ou seja, com os serviços de “portas de entradas” do SUS.

Apesar disso, fazem a ressalva de que, garantir o encaminhamento e o cadastramento desse usuário nos locais pactuados para ofertar o atendimento, não garante a disponibilidade do serviço, a esse respeito um dos profissionais verbaliza:

[...] hoje um paciente de TFD ele tem o serviço de “porta aberta” e vai ser cadastrado, mas nem sempre ele vai ter médico disponível e, às vezes, isso atrapalha bastante o andamento do tratamento dele, isso é uma realidade em todo nosso Brasil (ENTREVISTADO, 2017).

No que diz respeito ao perfil dos usuários atendidos, a pesquisa revelou-se tratar majoritariamente de mulheres e idosos, os quais, por unanimidade, foram descritos enquanto pessoas em vulnerabilidade socioeconômica, conforme verbalizações de profissionais entrevistados. Para um dos profissionais entrevistados, um dos fatores contribuintes para que, o público do TFD seja majoritariamente composto por pessoas com baixo poder aquisitivo é baseado nos critérios de acesso ao programa, exemplo: o usuário estar sendo atendido exclusivamente na rede SUS, sendo vedado aos que estão assistidos por plano de saúde privado. Esse profissional adverte que:

[...] geralmente as pessoas que vêm não são pessoas que têm um poder aquisitivo alto. Porque quem tem seu poder aquisitivo alto vai por conta própria e outro detalhe, se tem plano de saúde não vem até aqui porque aqui é SUS (ENTREVISTADO, 2017).

Assim, 89% dos municípios não utilizam critério socioeconômico para conceder o TFD, mas implicitamente o público que acessa o benefício são os destituídos de poder de compra e acesso aos serviços privados.

Rememoremos que as políticas sociais expressam as contradições capitalistas com as contínuas lutas sociais e pactuações as quais nem sempre garantem os interesses da maioria da população. As políticas e programas sociais, geralmente, possuem condicionalidades de acesso, como é o caso do TFD, e isso nos permite inferir que, do ponto de vista legal, a saúde continua a ser universal, mas na dinâmica real a desresponsabilização e desoneração do Estado em relação às necessidades da população e o enfrentamento da “questão social” é possível verificar a tendência dos serviços serem voltados para a população “excluída” ofertadas de forma focalizada.

Assim, no PTFD podemos afirmar que há uma dualidade discriminatória entre aqueles que podem arcar com planos de saúde privados e aqueles não podem pagar por tais serviços. Seus critérios acabam por fazer uma seletividade associada à focalização, resultando num acesso aos comprovadamente vulneráveis economicamente, mesmo sem a condicionalidade estar expressa.

A intervenção do Estado sobre as expressões da “questão social” como afirma Netto (2009, p.32) se dá de maneira tanto fragmentada, quanto parcializada, “e não pode ser de outro modo: tomar a ‘questão social’ como problemática configuradora de uma totalidade social é remetê-la concretamente a relação capital/trabalho – o que significa, liminarmente, colocar em xeque a ordem burguesa”. Assim, o trabalho dos diversos profissionais inseridos nas políticas sociais, inclusive os assistentes sociais, é realizado no domínio da lógica em que se inscrevem as políticas, no âmbito das estruturas técnicas, normativas, burocráticas e formais.

A respeito dessas estruturas, a concessão do benefício do TFD segue uma série de tramites legais e, dentre as fases do processo consta no manual da SESAB que:

O Tratamento Fora do Domicilio será sugerido pelo médico-assistente⁴¹ ou por junta médica do paciente em tratamento no âmbito do SUS da Bahia, mediante Laudo Médico (LM), preenchido em 03 (três) vias (digitadas ou impressas), no qual deverá ficar bem caracterizada a problemática médica do beneficiário, de acordo com o artigo 6º da Portaria SAS / MS no 055/1999. Ao Pedido deverão ser anexadas cópias dos exames diagnósticos comprovando a situação clínica descrita e o esgotamento das possibilidades de resolutividade no âmbito da atenção básica ou de média complexidade e também, cópias dos documentos pessoais do paciente (e acompanhante, quando houver) (SESAB, 2012, p. 7).

A documentação exigida a ser entregue ao órgão gestor torna-se um processo, o qual será avaliado pela comissão de TFD do município que dará seu parecer de deferimento ou indeferimento amparado nos critérios da legislação em vigor (portaria SAS 55/1999 e manual estadual). Após o deferimento, a burocracia estende-se ao acompanhamento do tratamento e viabilização do ressarcimento do valor, pois o recebimento da ajuda de custo ocorre no retorno do deslocamento e está condicionada a comprovação. Assim, conforme está escrito no manual:

Durante o tratamento, a Unidade responsável pela realização do procedimento deverá preencher o Relatório de Acompanhamento, registrando a data de atendimento com carimbo e assinatura. Este deverá ser enviado semanalmente ao TFD de origem para viabilidade do pagamento da ajuda de custo (SESAB, 2012, p.19)

⁴¹ É o profissional devidamente capacitado responsável pelo acompanhamento de um paciente no decurso de uma enfermidade, vinculado a uma unidade da rede assistencial SUS. Tem a competência para emitir o laudo médico que é o documento imprescindível para o início do processo de pedido de TFD (AZEVEDO, 2015, p.63).

Como é perceptível há um processo burocrático envolvendo regras e critérios que devem ser seguidos, o que demanda tempo para o trânsito de informação entre os setores e os usuários. Consoante Draibe (1993), o burocratismo excessivo que tem caracterizado a máquina social pública, responde por parte significativa dos desacertos da política social nacional e, em particular, a ineficiência e ineficácia. Apesar disso, em apenas um dos municípios pesquisados foi relato haver reclamações dos usuários sobre a burocracia para acesso ao benefício.

Quanto aos valores disponibilizados para que o município efetive o pagamento do TFD aos usuários, os profissionais citaram que as transferências intergovernamentais são insuficientes, necessitando de contrapartida municipal para cobrir a demanda da referida esfera. É válido mencionarmos que a autorização de ressarcimento de despesas do TFD, para os usuários, é realizada mediante disponibilidade orçamentária dos municípios. Contudo, apenas em um dos municípios pesquisados, o profissional entrevistado relatou haver demanda reprimida para cadastramento de usuários no PTFD sendo informado pelos demais profissionais que todos os usuários (que estão dentro dos critérios legais) que procuram o setor de TFD são cadastrados.

A ausência de demanda reprimida para um dos profissionais entrevistados, ocorre pelo desconhecimento da existência e funcionamento do Programa de TFD, por parte de alguns órgãos e usuários. Nesse direção, também observou o profissional,

Na verdade, em relação ao TFD, eu vejo ainda um pouco de desconhecimento da população em relação aos critérios e por conta disso, às vezes, as solicitações não são tantas e, conseqüentemente não se tem uma estrutura própria para essas situações. [...] Então, ainda existe um pouco de desconhecimento da população. Esse seria um dos principais entraves [...] se você conhece então você já sabe dos seus direitos, você vai saber procurar. Então, conseqüentemente o secretário vai ver uma sala própria, vai ver os equipamentos necessários para fazer esse tipo de atendimento diferenciado. Então ainda existe essa questão da falta de informação (ENTREVISTADO, 2017).

Quanto aos valores que são disponibilizados pelo TFD para os usuários, por unanimidade, os profissionais sinalizaram tratar-se de um valor que não se dispõe a cobrir integralmente as despesas do usuário. A esse respeito rememoremos que o TFD é um benefício de uma política social, e como bem sinalizam Behring e Boschetti (2011), a política social no capitalismo não se funda tampouco fundou-se, na perspectiva de uma verdadeira

redistribuição de riqueza e renda, logo a perspectiva do programa não é atender a todos em todas as necessidades.

Além disso, o valor do benefício está ultrapassado para atual conjuntura, pois as despesas com TFD são calculadas com por base na Tabela SIA/SUS, a qual recebeu última atualização no ano de 2007, por meio da portaria GM n° 2.488 anteriormente citada. Para os profissionais:

A planilha de pagamento está defasada, os recursos do SIA/SUS não cobrem os custos de valor de transporte, principalmente de hospedagem (ENTREVISTADO 1, 2017).

O SUS paga R\$ 16,80 por paciente, no caso, para ele e para o acompanhante é 8,40 por dia, dá 16,80 para os dois sem pernoite [...] Não dá nem para o almoço (ENTREVISTADO 2, 2017).

Como já dito, as políticas sociais na sociedade capitalista tem dupla função: atender as necessidades sociais mínimas da população e; garantir as condições necessárias à acumulação e valorização do capital. Desse modo, as políticas sociais no capitalismo jamais atenderão a plena cidadania, uma vez que, a própria concepção de política social, sob interferência dos organismos internacionais na dinâmica da financeirização excludente tendencialmente tem reduzido-se a centralidade do combate à pobreza e funcionado como estratégia de regulação dos custos do trabalho e se distanciando cada vez mais da concepção de seguridade.

Além dos problemas de financiamento, os usuários que acessam o TFD enfrentam a dificuldade de ressarcimento visto que, em 25% dos municípios pesquisados há atrasos nos repasses dos valores e, 13% dos municípios não fazem a transferência de recursos para os usuários, utilizando os recursos intergovernamentais recebidos para custear os transportes que realizam o deslocamento dos usuários do município de origem até os locais de atendimento.

Ainda sobre os impasses do TFD, a portaria SAS N° 055/1999 determina a vedação de pagamento de TFD a usuários, cujos deslocamentos até o município de tratamento sejam inferiores a 50 km, considerando esses usuários, enquanto, pessoas inelegíveis ao acesso do PTFD, ou seja, destituídas desse direito. A esse respeito um dos profissionais entrevistados alude que não houve por parte do legislador uma preocupação com os usuários que residem em locais distantes das sedes dos municípios, sobretudo, populações rurais. Adverte o profissional

Que na verdade a gente já questionou isso [...] uma época atrás, porque eles contam de sede para sede, mas a gente tem pacientes que moram [...] em outras localidades que ultrapassam muito mais do que 50 km, mas para o efetivo mesmo da portaria eles não atendem. Só de sede para sede. Então quem faz em Alagoinhas não recebe o TFD [...] esse item de calcular a quilometragem de sede para sede eu acho que deveria ser feita alguma emenda, alterar a lei, para que se considerasse a residência do paciente, [...] o domicílio dele e não a distância de sede para sede do município porque municípios que tem muita zona rural complica, fica muito prejudicado em relação a isso. Na cidade que eu moro tem povoados que são distantes da sede cerca de 70km (ENTREVISTADO, 2017).

A fala do profissional acima sinaliza a necessidade de discussão do financiamento do TFD Intermunicipal, bem como, da revisão dos critérios da legislação em nível de CIR/CIB/CIT. É importa mencionarmos, também, que:

A não existência de recurso disponível do Ministério da Saúde para o atendimento de TFD a menos de 50 km do Município de origem e a impossibilidade de poder cobrar as despesas de TFD, conforme tabela de procedimento SIA/SUS, não exime o Município da responsabilidade da assistência ao paciente carente de recursos para o transporte. Todo Município terá que disponibilizar meios, continuados e ininterruptos, de acesso do paciente ao tratamento fora dos limites do seu Município de residência (SESAB, 2012, p.06).

Assim, os usuários que fazem tratamento em outros municípios, mesmo os que não são cadastrados no PTFD, em geral são assistidos com o transporte municipal, por sua vez, o deslocamento de usuários é realizado em 67% dos municípios por veículos locados, em 22% por veículos, tanto contratados, quanto próprios e, em apenas 11%, utilizam exclusivamente veículos próprios da prefeitura.

A portaria SAS/MS nº 55/1999 ainda lista as despesas que são permitidas pelo TFD para usuários em tratamento e seus acompanhantes. A esse respeito foram identificados na pesquisa empírica que a maior parte dos municípios tem cumprido com o estabelecido na referida portaria, sendo observado, ainda, apenas um município não disponibiliza os benefícios para o acompanhante, deixando de seguir o que está preconizado na portaria SAS 55/1999 e no manual de normatização do Estado da Bahia.

Quanto a possíveis acusações de irregularidades e processos judiciais no TFD, os profissionais relatam que em nenhum dos municípios há acusações de irregularidade no programa, e que não possuem atualmente processos judiciais de usuários, mas quatro profissionais desses municípios relataram conhecer, ou ter ouvido falar, que já houve

movimentação de usuários que procuraram o Ministério Público reivindicando direitos referentes ao TFD.

Segundo profissionais entrevistados, as denúncias que foram ao Ministério Público ocorreram por motivos como: o usuário ter alegado dupla residência, sendo uma no município de origem e outra no município de tratamento, sendo o pedido de manutenção da ajuda de custo negado pelo Ministério Público; em outras situações a demanda ocorreu por questão de transporte para deslocamento, havendo também processos judiciais, de usuários exigindo o repasse de valores do TFD.

Apesar dos casos acima citados, os profissionais citaram que a participação da comunidade (controle social) no TFD tem sido incipiente. Em uma das cidades pesquisadas o profissional afirma que:

O conselho de saúde atua bem pouco no município, mas, inclusive, até essa situação do TFD [...] aquela questão da reorganização do serviço [...] já foi passado [...] para o conselho de saúde para gente está vendo uma forma inclusive de está revendo todos esses erros que a gente tem, que a gente sabe que é um erro do município, a gente não está fazendo repasse, mas até hoje a gente não viu posicionamento nenhum do conselho (ENTREVISTADO, 2017).

Em outros municípios os profissionais observaram que os conselhos mesmo com poucas intervenções têm atuado de forma indireta no programa. Segundo um dos profissionais:

Eles têm acesso às contas gerais da saúde, que está incluso o TFD. Eles fazem a aprovação da prestação de contas, eles fazem aprovação de resolução e tudo [...] Eles têm acesso ao geral da secretaria mesmo, que o TFD está incluso [...] (ENTREVISTADO, 2017).

A respeito das precárias participações do controle social são plausíveis as reflexões de Behring e Boschetti (2011) onde afirmam que as análises referentes ao exercício do controle democrático no Brasil requerem um pouco de otimismo e outro de pessimismo tendo em vista que os conselhos tem a potencialidade de negociar propostas e ações que podem beneficiar milhares de pessoas aprofundando a democracia e, por outro lado, o pessimismo reside nos constrangimentos para efetivar-se o controle democrático numa conjuntura em que a tomada de decisões ocorre dentro de um Estado que ao seguir decisões de organismos internacionais

(neoliberalismo, mundialização), tem sua autonomia limitada e sua soberania afetada desafiando a democracia por meio de corte de gastos com as políticas sociais.

As referidas autoras ressaltam, também, aspectos da particularidade brasileira ao produzir leis que não são implementadas. Poderíamos citar que o histórico de “revoluções pelo alto” atualmente ainda refletem-se na pouca cultura da participação, deixando sempre que “outros” tomem as decisões por “nós”. Assim, de modo geral, percebemos nas visitas *in locu* que embora as instâncias colegiadas existam formalmente, necessitam de qualificações para contribuir mais efetivamente com o processo de democratização do direito à saúde, nele incluso o TFD. Nesse caso, se não há uma aproximação dos conselhos com as problemáticas do PTFD, cabe uma postura provocativa no sentido de aproximá-los, uma vez que, esses são importantes na construção, acompanhamento e fiscalização da política de saúde, nela incluso o PTFD.

No que concerne aos profissionais envolvidos no Programa, de acordo com o manual do estado, a equipe de comissão de PTFD deve ser composta por no mínimo: um médico, um técnico de nível superior e um técnico de nível médio (SESAB, 2012). Quanto à composição mínima da equipe verificamos que apenas em um dos municípios pesquisados a equipe de composição do TFD extrapola o quantitativo mínimo definido no manual, observamos ainda que dentre os técnicos de nível superior nomeados para compor o quadro de profissionais responsáveis pela operacionalização do TFD, destacam-se enfermeiros e assistentes sociais, esse último está presente no PTFD de 67% dos municípios da região de saúde.

Além dos profissionais requeridos no manual de operacionalização do TFD do estado da Bahia outros trabalhadores têm sido necessários à sua organização e execução, a exemplo das equipes de contabilidade que efetuam o pagamento das diárias do PTFD e as equipes de processamentos de dados que alimentam os sistemas de produção ambulatorial enviados para o Ministério da Saúde. Embora o TFD exija articulação entre diversos setores e profissionais nas entrevistas realizadas alguns profissionais relataram haver dificuldades de articulação entre os órgãos e/ou profissionais que são envolvidos no processo de TFD. Para esse profissional:

O TFD [...] é ligado a vários setores. Aqui é ligado a prefeitura, a equipe da questão do repasse da verba, é ligado a Salvador. Então, às vezes tem algumas pedrinhas no caminho, entre aqui e o financeiro. Eu sugiro que eles se organizem de uma forma e no outro mês eles acabam não se organizando aí acabam perdendo dados de pacientes e isso acaba sobrecarregando a gente (ENTREVISTADO, 2017).

Ainda no tocante ao quantitativo de profissionais que trabalham na viabilização do TFD, entre os entrevistados, foi sinalizado que os recursos humanos envolvidos no programa são insuficientes para a atual demanda. A CF de 1988, no artigo 200, preconiza que cabe ao SUS a ordenação de recursos humanos para o setor, no entanto, com bases nos dados apresentados na caracterização do campo empírico e do perfil profissional ressaltamos que para além de baixo quantitativo de profissionais, outros fatores podem contribuir com as dificuldades relacionadas aos recursos humanos no PTFD, a exemplo, os contratos precários e a rotatividade que, conseqüentemente, interfere na qualificação permanente em serviço dos profissionais e na tomada de decisões para atendimento de demandas.

Nesse sentido, materializar o TFD na perspectiva da integralidade é um dos desafios enfrentados na região de saúde. Esses desafios, por seu turno, perpassam as dificuldades do cumprimento da PPI; falta de alinhamento da referência e contra referência; ausência de discussões sobre o financiamento e os critérios de inclusão de usuários do TFD intermunicipal a nível de CIR/CIB/CIT. Também verificamos a persistência do desconhecimento do funcionamento do PTFD, por parte de alguns órgãos, principalmente da população usuária; insuficiência de recursos humanos e dificuldades de articulação entre os órgãos envolvidos no processo de autorização e ressarcimento do TFD; etc.

Em suma, é nesse panorama que o PTFD tem servido como um recurso de integralidade e equidade, embora seja um programa reprimido em sua função frente às condições reais minimizada, pela agenda do Estado neoliberal, além disso, apresenta-se enquanto um mecanismo necessário para o acesso dos usuários da região de saúde. É também nesse tenso e contraditório Programa que profissionais de Serviço Social integram equipes inter ou multiprofissionais e buscam efetivar direitos.

3.2 Aspectos particulares do cotidiano do exercício profissional dos assistentes sociais no PTFD em Alagoinhas/BA

3.2.1 Trabalho Assalariado e Autonomia Relativa: tensões e contradições do exercício profissional de assistentes sociais do PTFD

Discutimos, anteriormente, que o Serviço Social é uma profissão que está inscrita na divisão sócio técnica do trabalho, portanto, afirmamos nosso posicionamento quanto à polêmica do Serviço Social ser ou não trabalho. Não pretendemos, contudo, resgatar as polêmicas, haja vista, o número e a qualidade de produções que tratam da temática.

Tampouco nos deteremos às discussões de trabalho produtivo/improdutivo ou faremos uma análise centrada no aprofundamento da categoria “trabalho”. Os apontamentos que teceremos sobre o tema têm a finalidade de refletir um aspecto específico: as condições do assistente social enquanto trabalhador assalariado que se insere em processos de trabalho e suas implicações frente às tensões presentes na dinâmica do cotidiano no PTFD.

A concepção de que o Serviço Social é trabalho foi abordada na publicação de Marilda Iamamoto e Raul de Carvalho, em 1982, e incorporada no currículo mínimo para os Cursos de Graduação em Serviço Social, em 1996, pela então Associação Brasileira de Ensino em Serviço Social (ABESS), tornando-se a perspectiva de direção hegemônica no coletivo da categoria profissional dos assistentes sociais brasileiros.

Conforme os estudos de Iamamoto (2008), houve um amadurecimento intelectual, com distintos focos quanto ao Serviço Social ser *trabalho concreto*, mencionando a riqueza das produções de José Paulo Netto (gênese da profissão no capitalismo monopolista e sincretismo); Maria Lúcia Martinelli (a identidade e alienação); Vicente de Paula Faleiros (políticas sociais, as relações de força, poder e exploração), etc. Ainda segundo a autora, a análise do processo de trabalho do assistente social não adquiriu centralidade nas suas múltiplas determinações, pois as mesmas enfatizaram os fundamentos da profissão com frágeis associações do trabalho profissional cotidiano. Para Iamamoto (2008, p.214):

Os restritos investimentos no acervo nas determinações atinentes à mercantilização dessa força de trabalho especializada, inscrita na organização do trabalho coletivo nas organizações empregadoras, dificultam a elucidação e seu significado social – *enquanto trabalho concreto e abstrato* – no processo de produção e reprodução das relações sociais, no cenário da sociedade brasileira contemporânea.

Quanto à revisão curricular da ABESS (atualmente Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social - ABEPSS), Iamamoto (2012, p.57) parte do pressuposto de que “*apreender 'prática profissional' como trabalho e o exercício profissional inscrito em um processo de trabalho*” foi um aspecto inovador, entretanto, apresenta uma concepção diferente sobre o tema. Ainda, consoante a autora (2012, p.262) “*o exercício profissional está inscrito em processos de trabalho*”. Ou seja, afirma não haver um processo de trabalho que seja específico do Serviço Social, justificando que o trabalho é uma atividade do indivíduo, e não da profissão como instituição. Logo, não havendo especificidade ou um processo de trabalho próprio, “o assistente social é chamado a desempenhar sua profissão em um *processo*

de trabalho coletivo, organizado dentro de condições dadas [...]” (IAMAMOTO, 2012, p.107).

Sobre o trabalho dos assistentes sociais, Netto (2009) e Iamamoto (2011) partilham do raciocínio de que, esses não desempenham funções produtivas, mas participam ao lado de outras profissões da tarefa de implementar as condições necessárias ao processo de reprodução. Conforme Iamamoto (2011), ao não desempenharem funções preferencialmente produtivas, pode ser caracterizado como trabalho improdutivo.

Iamamoto (2012) atenta que o Serviço Social possui enquanto trabalho os mesmos elementos que estão presentes em qualquer processo de trabalho. Assim, o primeiro elemento é o objeto de trabalho dos assistentes sociais, o qual a autora reconhece como sendo a “questão social” e suas múltiplas expressões. O segundo elemento são os instrumentos, os quais Iamamoto (2012) afirma não se tratar apenas do arsenal de técnicas como meio de trabalho, mas amplia a concepção de que o conhecimento (teórico-metodológico e o acúmulo técnico-operativo) deve ser aprendido como uma forma particular de trabalho.

No terceiro elemento, Iamamoto (2012) convida a pensar a prática como trabalho, onde os sujeitos que trabalham entram em cena com suas características particulares, herança cultural, arsenal teórico e técnico e valores ético-sociais. Considerando-os como sujeitos de classe, cujos traços aparentemente distintos compõem um perfil social-histórico.

No último elemento, a autora afirma que todo trabalho resulta em um produto, pois caso não houvesse produção não haveria demanda para a profissão, concluindo “[...] que o trabalho do assistente social tem um efeito nas condições *materiais e sociais* daqueles, cuja sobrevivência depende do trabalho” (IAMAMOTO, 2012, p.67). Reconhecendo, por sua vez, que a profissão atua na criação de consensos e sua intervenção é polarizada pelos interesses antagônicos das classes. Destacados esses elementos do processo de trabalho, apresentamos o exercício profissional dos assistentes sociais na região de saúde pesquisada, cujas particularidades universalizam-se com as considerações já tecidas e a universalidade particularizam-se no cotidiano desses profissionais.

Atuam no PTFD da região de saúde de Alagoinhas treze (13) assistentes sociais, distribuídos em doze (12) municípios. Embora a pesquisa não tenha sido realizada nos doze municípios, observamos nos levantamentos iniciais da pesquisa que dos treze profissionais que atuam, no PTFD desses municípios, doze são do sexo feminino. A incidência feminina na profissão não é uma particularidade dessa região de saúde, ao contrário, representa a confirmação de uma tendência histórica da categoria, cuja trajetória da profissão, das suas protoformas aos dias atuais, tem apresentado, predominantemente, participação feminina.

A esse respeito, o CFESS, no ano de 2005, publicou uma pesquisa denominada “Assistentes Sociais no Brasil: Elementos para o Estudo do Perfil Profissional” na qual afirmou que 97% dos assistentes sociais que foram submetidos à pesquisa eram do sexo feminino.

De acordo com Montaña (2009, p. 98-99) a profissão ser “[...] *eminente* *feminina*, tem neste fato, o seu primeiro *elemento de subalternidade*, na medida em que se insere em sociedades marcadas e regidas por padrões patriarcais e ‘machistas’”). Iamamoto (2012, p.104), também, atenta que o recorte de gênero incorpora à profissão várias peculiaridades que são reservadas à mulher. Para a referida autora:

A condição feminina é um dos selos da identidade desse profissional [...] Com tal perfil, o assistente social absorve tanto a imagem social da mulher, quanto as discriminações a ela impostas no mercado de trabalho (com diferenciais de remuneração e renda em relação aos homens, de níveis de formação em relação às exigências tecnológicas, maior índice de desemprego, exercício de funções menos qualificadas etc).

Enquanto profissão majoritariamente feminina, inserida numa sociedade com características patriarcais e conservadoras, o Serviço Social não é apenas parte da divisão sócio técnica do trabalho, mas também da divisão sexual do trabalho. O Serviço Social sofre os reflexos negativos que permeiam o universo feminino, de forma que na hierarquia das profissões a tendência tem sido da desvalorização e subalternidade das profissões socialmente associadas à mulher (concentradas no âmbito da reprodução social, como é o caso do Serviço Social), e valorização das profissões consideradas masculinas (concentram geralmente na esfera da produção direta do valor, como é o caso das engenharias).

Apesar das lutas empreendidas contra o preconceito e as constatações do aumento do número de mulheres no mercado de trabalho as condições laborais e de remuneração das profissões “femininas”, ainda, estão aquém das profissões associadas ao sexo masculino. No caso do Serviço Social Montaña (2009, p. 100) argumenta que “[...] se o Serviço Social se constituiu num espaço de inserção social e ocupacional para as mulheres (tal como outras profissões), ele não foi suficiente para colocar a mulher numa posição de igualdade (social, ocupacional e política)”.

Acreditamos que essa reflexão, dentre tantos outros elementos, obviamente sem a pretensão de fazer uma discussão de gênero, contribuem para pensar os resultados encontrados no campo empírico, cuja aplicação de entrevistas contou com a participação de oito (08) assistentes sociais do sexo feminino e um do sexo masculino. Tomando como

referência esses nove profissionais inferimos que além de ser um “perfil profissional” exponencialmente feminino, onde a faixa etária varia entre 29 e 58 anos, sobressaiu-se o percentual de 45% de profissionais com idades entre 31 e 40 anos; 33% entre 41 e 50 anos e; respectivamente, percentuais de 11% para profissionais até 30 anos e entre 51 e 60 anos de idade.

Nesta pesquisa identificamos que, em média, os profissionais formaram-se há cerca de seis a dez anos, perfazendo um percentual de 45%. Dos profissionais que se formaram entre dois e cinco anos, contabilizaram-se 22% e, o mesmo percentual repetiu-se nos formados entre 11 e 18 anos, sendo que dos profissionais entrevistados apenas 11% teve formação concluída no ano de 1982. Ou seja, a formação ocorreu no período de discussão e construção das bases para o currículo mínimo de 1982. Logo, é possível afirmarmos que 89% dos entrevistados tiveram formação profissional baseada no currículo mínimo de 1996, o qual preconiza a lógica indissociável de núcleos dos fundamentos teóricos metodológicos da vida social; núcleo da formação sócio histórica do Brasil e núcleo dos fundamentos trabalho e exercício profissional, que possibilitam o entendimento dos fundamentos da sociedade em seus aspectos genéricos universais, particulares e singular (ABESS, 1996a, 1996b).

Por outro lado, a pesquisa empírica constatou que 100% dos profissionais formaram-se em universidades particulares, sendo que 44% dos entrevistados graduaram na modalidade de educação à distância e 56% na modalidade presencial. Importa ressaltarmos que dos municípios pesquisados apenas o de Alagoinhas possui universidade pública e essa não possui curso de Serviço Social, havendo dentro e/ou próximo dos limites dos municípios pesquisados uma proliferação de faculdades privadas, as quais expressivamente são de modalidade à distância, ofertando o referido curso, justificando assim tal percentual.

É plausível ponderar que para além de uma formação profissional com base nas Diretrizes Curriculares da ABEPSS, esses profissionais também passaram pelo crivo dos processos da educação mercantilizada que é parte da reforma do ensino superior. Ressaltamos que a aprovação das Diretrizes Curriculares da ABEPSS, ocorre em um momento de contrarreforma do Estado, e nesse sentido sob influências das diretrizes dos organismos internacionais (Banco Mundial, FMI, etc.), o Estado brasileiro adota medidas para a política de educação que intensificaram o processo de mercantilização do ensino superior. Adotando medidas que visivelmente são contrárias as perspectivas defendidas pela ABEPSS. Na década de 1990, a exemplo, as ações do Governo FHC pautaram-se no desmonte da indissociabilidade do ensino, pesquisa e extensão em que as Instituições de Ensino Superior-IES foram sendo reduzidas a:

“escolões de terceiro grau”, em que não há espaço para a crítica, questionamento, reflexão e que reduz a formação profissional a atividades de treinamento, formando profissionais de manual, que não são capazes de ter compreensão crítica para além da atividade específica que realizam. (MORAES, 2016, p.109).

De acordo Silva (2013, p.125) a atual racionalidade burguesa nas suas variadas e heterogêneas formas de manifestação tem reduzido a formação profissional a um conjunto de “[...] informações imediatamente úteis à intervenção profissional que reduzem a teoria a um congelamento caótico e eclético de referenciais [...] e a prática a um conjunto de intervenções pontuais e cirúrgicas capazes de produzir mudanças igualmente localizadas”.

Nos anos 2000, o governo Lula, sob o discurso da ampliação e democratização do ensino ao nível superior, dá continuidade às ações do governo anterior com o fortalecimento da concepção de educação como serviço, além do processo de certificação de discentes e não de formação profissional de qualidade. Assim, as estratégias versaram sobre a diversificação das IES públicas, privadas e instituições não universitárias, cursos politécnicos, de educação à distância e curta duração, além da diversificação das fontes de financiamento com maior mobilização de fundos privados (MORAES, 2016).

Conforme Simões (2016) houve um vertiginoso aumento no número de instituições privadas que têm ofertado o curso de Serviço Social, sobretudo na modalidade de educação à distância, a respeito dessa última destacam-se as vantagens que proporcionam às empresas educacionais em vista dos altos índices de lucratividade e, por lado representa um processo de precarização do ensino, visto que ocorre por meio tutorial e não contempla as dimensões fundamentais da pesquisa e extensão, além da ausência de articulação dos discentes com movimentos coletivos, como é o caso do movimento estudantil. Para Chauí (1999, p.08):

Essa universidade não forma e não cria pensamento, despoja a linguagem de sentido, densidade e mistério, destrói a curiosidade e a admiração que levam à descoberta do novo, anula toda pretensão de transformação histórica como ação consciente dos seres humanos em condições materialmente determinadas.

Desse modo, embora a ABEPSS tenha elaborado um currículo assumindo o compromisso com a contínua qualificação é inegável que o processo de mercantilização do ensino tem impactado na qualidade da formação e, conseqüentemente, do trabalho profissional.

Destacamos, ainda que, as críticas dirigidas à expansão dos cursos privados e nos moldes presenciais de educação à distância inserem-se na perspectiva da reforma do ensino superior, não sendo negado as potencialidades dos avanços tecnológicos, tampouco retirado o mérito dos discentes que buscam por qualificação profissional, nem mesmo o comprometimento dos docentes que enfrentam quadros precários de condições de trabalho no seu cotidiano.

A respeito do interesse dos profissionais em busca pela qualificação profissional, observamos massivamente que 78% dos entrevistados possuem uma ou mais especializações (todas na modalidade *lato sensu*) e 67% relatam participar de jornadas, congressos, simpósios ou encontros de Serviço Social, além de capacitações relacionadas à política de saúde.

Atentamos que, para além das questões relativas ao processo de formação, outros fatores impactam o exercício profissional do assistente social, esse “é um trabalhador especializado, que vende a sua capacidade de trabalho para algumas entidades empregadoras, predominantemente de caráter patronal, empresarial ou estatal que demandam essa força de trabalho” (IAMAMOTO, 2012, 23-24). Dessa forma, tem sofrido os reflexos do processo de reestruturação do capital, como discutido no capítulo II.

Constatamos que 44% dos entrevistados possuem mais de um vínculo empregatício e em todos os casos as atividades dos vínculos trabalhistas são desenvolvidas em municípios diferentes. É relevante mencionarmos que o acúmulo de funções implica na ampliação e/ou sobrecarga de trabalho e relacionam-se diretamente com os desgastes provenientes das atividades que impactam nas condições de saúde do trabalhador, na qualidade e continuidade dos serviços que são ofertados.

Podemos inferir que a manutenção de diferentes vínculos empregatícios relacionam-se diretamente com a questão salarial, expressando-se, dessa maneira, uma estratégia de sobrevivência por parte dos assistentes sociais, cujas remunerações provenientes das instituições em que trabalham têm variado entre um e dois salários mínimos, ou seja, proventos que variam entre R\$ 937,00 e R\$ 1.874,00 reais (40% dos profissionais) e acima de dois e até três salários mínimos, com proventos acima de 1.874,01 e até R\$ 2.811,00 reais (50% dos profissionais) e, apenas 10% dos profissionais recebem valores acima de quatro salários mínimos.

Percebemos que os percentuais mais expressivos não perfazem uma remuneração que garanta o atendimento das condições mínimas de sobrevivência, tendo em vista que, de acordo com o Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos - DIEESE (2017) o salário mínimo necessário à sobrevivência (com base na pesquisa de

Valores da Cesta Básica) nos meses de setembro, outubro e novembro do ano de 2017 (meses de realização das entrevistas) eram, respectivamente, R\$ 3.668,55; R\$ 3.754,16; e R\$ 3.731,39. Em linhas gerais, o provento salarial faz com que o profissional mantenha diferentes vínculos empregatícios na tentativa de garantir condições dignas de sobrevivência.

Com os aspectos citados, ressaltamos, além de remunerações de baixo valor há uma tendência a precarização dos vínculos empregatícios, pois dentre os entrevistados, verificamos que o percentual de concursados era de 40%, comissionados 30%, contratados 20% e terceirizados 10%. Somando os tipos de vínculos é possível notarmos que 60% dos profissionais não possuem estabilidade na administração pública.

Notamos que todos os profissionais executam suas atividades no espaço público e possuem relações contratuais baseadas em salário, entretanto, as diferenciações apresentadas nos tipos de vínculos contratuais apontam para a tendência e precarização dos vínculos, a qual é parte do processo de flexibilização das relações de trabalho, cujas características fazem parte da atual forma de regulação capitalista.

A substituição do concurso público por contratos de trabalho flexibilizados possibilita uma maior rotatividade e realocação de trabalhadores nos serviços. A esse respeito, observamos discrepâncias entre o tempo de trabalho como assistentes sociais e o tempo de trabalho no PTFD. Quanto ao tempo de trabalho como assistentes sociais, embora os resultados tenham sido bem diversificados, apresentando tempo de serviços que variaram entre menos de um ano até em média de 30 anos de serviço, a maioria está em atuação entre dois e cinco anos.

Quanto a variável tempo de atuação profissional no PTFD, possui inserção recente no programa, dos quais 45% não apresentam nem um ano completo de experiência profissional no programa, sobretudo, os assistentes sociais que ingressaram por meio de cargos comissionados e contratos, ou seja, a maioria dos profissionais já atuaram como assistentes sociais há mais de dois anos, mas a inserção no PTFD além de recente ocorreu por meio de contrato precário.

Quanto à jornada de trabalho, vale observar que as instituições empregadoras, exponencialmente, têm observado a Lei nº 12.317/2010, que altera o artigo 5º da Lei de Regulamentação da Profissão (Lei nº 8.662/1993), a qual define que a carga horária máxima de trabalho de assistentes sociais deve ser de 30 horas semanais. Nesse sentido, 60% dos profissionais têm desempenhado suas funções numa carga horária semanal nos municípios pesquisados de 30 horas, outros 30% cumprem 20 horas e apenas 10% dos entrevistados têm desempenhado atividades de 40 horas semanais tendo sido justificado que o acréscimo de

horas dá-se em virtude de o profissional exercer cargo de chefia. Ressaltamos, no entanto, que o cumprimento de carga horária apresentada pelos profissionais refere-se ao município pesquisado e não ao total de horas de trabalhados nos diferentes vínculos empregatícios nos casos dos profissionais que possuem mais de um vínculo.

Os dados sinalizam aspectos voltados a precarização das condições de trabalho, diferentes modalidades de contratos, vínculos empregatícios instáveis e precários gerando insegurança e vulnerabilidade em virtude dos salários baixos, etc. As análises realizadas corroboram com as reflexões de Antunes (2015), que alude serem esses aspectos parte das transformações geradas pela nova divisão internacional do trabalho que no caso de um país periférico como o Brasil ampliam-se em virtude de partirem de uma dinâmica interna, característica de países de industrialização dependente e fundada na super exploração da força de trabalho.

Em verdade, os dados anteriores revelam o quanto às transformações societárias (discutidas no capítulo II) que afetaram o mundo do trabalho têm rebatido no cotidiano dos assistentes sociais, os quais ao venderem sua força de trabalho para garantir sua sobrevivência, assim como qualquer trabalhador está submetido ao regime econômico capitalista, sofrendo tanto com os efeitos da precarização vínculo empregatício, quanto às condições em que seu trabalho se realiza. Como afirma Yazbek (2009a), embora o Serviço Social seja regulamentado como profissão liberal, o assistente social não tem se apresentado como profissional autônomo no exercício de suas atividades, visto que não possui o controle das condições materiais, organizacionais e técnicas para o desempenho de seu trabalho, instrumentos esses que são disponibilizados pelas instituições as quais estão inseridos.

Depreende-se que, ao se inserir em processos de trabalho, o assistente social fica na linha que determina sua ação profissional baseada nas prerrogativas profissionais e as atividades que são específicas de cada instituição. Simões (2016,) esclarece-nos que, de fato, o assistente social tem que observar no regime jurídico a que está subordinado (estatutário, trabalhista ou prestador de serviços) seus direitos e deveres, entretanto, ressalta que na hipótese de haver contradição normativa com as prerrogativas profissionais sempre prevalecem a Lei de Regulamentação da Profissão e o Código de Ética Profissional. A autonomia técnico-profissional é que confere a relativa autonomia à profissão e permite fazer frente à sua condição de trabalhador assalariado.

Simões (2016) argumenta que a autonomia técnica ao basear-se num aparato normativo é tanto um dever, quanto um direito do profissional e a compreende como a *expertise* do assistente social, ou seja, seu conhecimento especializado, envolve três

dimensões do exercício profissional (competências teóricas, técnica e política), as quais devem estar interligadas. No entanto a autora, atenta que o efetivo exercício da autonomia relativa enfrenta problemas relacionados à formação profissional precária por via da mercantilização do ensino; a histórica subalternidade técnica do assistente social; além dos processos de racionalização do trabalho nas organizações e os rebatimentos da ideologia neoliberal sobre os assalariados. Esses fatores, objetivamente, repercutem na materialização de sua autonomia técnica e das estratégias político-interventivas voltadas ao projeto profissional.

Diante disso Simões (2016) faz alusão ao empenho do Conjunto CFESS-CRESS de criar instrumentos normativos como resoluções referentes ao desagravo público (1994), condições de trabalho (2006), emissão de pareceres e laudos conjuntos (2009) etc, que respaldem as ações profissionais e expressem os princípios e valores adotados pela categoria buscando assegurar as competências e atribuições privativas profissionais e, conseqüentemente, a autonomia técnico-profissional. Contudo, ressaltamos por um lado que as resoluções constituem avanços significativos para a categoria profissional, por outro demonstram a crescente necessidade de reafirmação da sua autonomia técnico-profissional.

A respeito das condições de trabalho do assistente social, nesta pesquisa, observamos que a estrutura administrativa das instituições não tem favorecido o cumprimento da Resolução nº 493/2006 do CFESS, a qual dispõe das condições éticas e técnicas para o exercício profissional, sendo mencionadas pelos profissionais algumas inadequações de elementos essenciais ao exercício profissional.

Quanto à disponibilidade de sala privativa para atendimentos, apenas 33% dos entrevistados afirmaram dispor e com exclusividade desse espaço, porém o tipo e a qualidade das salas variaram, inclusive alguns profissionais não reconhecem tais espaços como sendo privativos de atendimentos. A exemplo vejamos a fala seguinte:

No caso a privativa para o atendimento que é aquele atendimento privado de outras pessoas ouvirem, participarem. Como você percebeu que a gente está atendendo, chega outra pessoa, quer informação ou mesmo com a porta fechada: “fulano, está aí?”. Aí pra gente não... Eu não me sinto em atendimento privativo (ENTREVISTADO, 2017).

O profissional refere-se à acústica do local, cuja estrutura do atendimento possibilita outras pessoas que estão fora do espaço de atendimento consigam captar o som e acompanhar na sala ao lado os atendimentos que estão sendo realizados. Quanto aos outros 67% de

entrevistados, esses relataram não dispor de espaço físico para atendimentos privativos ou quando possuem são compartilhados com outros funcionários, geralmente do setor administrativo.

Quanto às instituições possuem equipamentos necessários que ficam disponíveis para o uso dos profissionais, a exemplo de computadores, telefone, *internet*, entre outros; 22% dos pesquisados afirmam que dispõem desses e outros meios, 11% relataram não possuir e outros 67% afirmam possuir os recursos de forma parcial, pois geralmente são compartilhados com outros profissionais ou não atendem plenamente a necessidade. Como explica o profissional:

[...] na sala em que eu trabalho não, mas a gente tem acesso, no caso do telefone eu uso da recepção, a gente não tem na sala [...] Outro dia chegou uma urgência, uma gestante de HIV, aí pra gente é constrangedor está no telefone [...] aí você fica com códigos pra pessoa que está ali próximo não está entendendo o que é que você está falando (ENTREVISTADO, 2017).

Ainda no que tange à estrutura das instituições, 78% dos entrevistados relataram não possuir um setor específico para atendimento de TFD, sendo as atividades do programa desenvolvidas nos espaços físicos que são designados para atendimentos gerais do Serviço Social e, cujos setores geralmente estão no mesmo espaço físico das centrais de regulação, apenas 22% dos entrevistados não executam suas atividades nos prédios das centrais de regulação. Observamos ainda situações em que profissionais estão lotados em diversos setores e precisam organizar-se administrativamente para atender a todas as demandas que lhes são atribuídas.

A respeito das condições institucionais e o que está previsto na Resolução nº 493/2006 do CFESS, 22% dos entrevistados, ressaltaram a importância e a necessidade da fiscalização do Conselho Regional de Serviço Social da Bahia (CRESS-BA).

[...] a gente está tendo a parceria do conselho que ele vai retornar e a gente está nessa expectativa aí da gestão fazer a mudança e a gente ter uma sala mais privativa. Espero que lá no futuro a gente dê uma resposta [...] Nós conseguimos uma condição mais técnica e mais ética porque até o momento a gente tem lutado (ENTREVISTADO, 2017).

Quanto aos demais profissionais em condições não condizentes com a referida resolução, os mesmos argumentaram que tem tensionado a gestão por melhorias e não fizeram

alusão quanto às fiscalizações do CRESS/BA. Pelas condições descritas 67% dos assistentes sociais do PTFD, da região de saúde, acreditam não ser possível o cumprimento das condições éticas e técnicas do exercício profissional do assistente social. Inferimos, então, que o descumprimento da Resolução, nº 493/2006, possivelmente pode ser justificada pelo desconhecimento dos empregadores quanto à mesma, embora não excluimos também a conjuntura de precarização do trabalho, mas observamos ainda que mesmo alguns assistentes sociais esboçando um discurso de que o ambiente é um fator essencial na qualidade dos serviços oferecidos demonstram desconhecer prerrogativas da referida resolução.

Quanto à inviolabilidade do local de trabalho, dos arquivos e documentos que preservam o sigilo profissional, observamos preocupação por parte dos assistentes sociais em relação ao mesmo, sobretudo porque na maioria dos casos o ambiente de trabalho é compartilhado com outros trabalhadores de nível superior e médio. Os discursos a seguir demonstram que os profissionais estão atentos a essa prerrogativa.

Eu tenho o armário que ele tem a chave, ele tranca então eu tenho garantido [...] a informação do usuário, informação sigilosa, aqui no meu arquivo, mas infelizmente a gente não tem um computador próprio pra o setor [...] os relatórios ficam salvo no meu notebook, mesmo porque a gente sabe que tem a questão do sigilo profissional. Então fica no meu arquivo pessoal (ENTREVISTADO 1, 2017).

[...] nós temos a vida dos nossos usuários aqui. Que ela está aberta porque nós não temos como ter esse sigilo, qualquer pessoa entra, qualquer pessoa mexe, entendeu? E isso não pode acontecer porque é sigilo. Nosso livro é sigiloso, ninguém tem direito de abrir, nem ler e aqui não, aqui é tudo aberto (ENTREVISTADO 2, 2017).

No que diz respeito ao trabalho desenvolvido com outros profissionais de Serviço Social na instituição, 67% dos entrevistados afirmaram trabalhar sozinhos. Tal fato tem acarretado a estes profissionais o atendimento a públicos e demandas diferenciadas as quais são afirmadas pelas crescentes e complexas expressões da “questão social”. Os profissionais (78%) afirmam que para além do PTFD atuam em outros programas ou dão suporte a outros serviços dentro da instituição.

Eu atuo no TFD, mas também sou responsável pela central de marcação de exames e consultas aqui do município (ENTREVISTADO 1, 2017).

Eu respondo pela coordenação de regulação, eu respondo pela ouvidoria da saúde. Eu também respondo pela... Existe um programa aqui que a gente faz

com a farmacêutica pra medicação de alto custo [...] e outros programas que é do próprio serviço social. A questão do acompanhamento com albinos, a gente faz o acompanhamento, o cadastro, pra dispensação de filtro (ENTREVISTADO 2, 2017).

Eu distribuo minha carga horária em alguns momentos: no período da manhã eu dou suporte exclusivo ao TFD e no período da tarde aos internos (ENTREVISTADO 3, 2017).

Assim, a multifuncionalidade e polivalência, enquanto reflexos dos impactos da reestruturação produtiva, esteve presente de uma forma ou de outra em 89% dos municípios pesquisados, sendo evidente que os profissionais desdobram-se para executarem sozinhos atividades que deveria ser realizadas por mais trabalhadores.

Em relação ao corpo técnico, 67% dos profissionais entrevistados, são membros da equipe do PTFD e apenas 33% dão suporte, sendo perceptível que os assistentes sociais nos espaços sócio-ocupacionais desenvolvem suas atividades ao lado de diversos profissionais compondo equipes multiprofissionais ou interprofissionais. Quanto ao trabalho em equipe os profissionais relatam:

Eu creio que seja multidisciplinar cada um faz o seu trabalho, cada um no seu quadrado e a gente só fazendo a rede, a gente faz aquela rede, mas eu não interfiro no trabalho deles, eles não interferem no meu, então não tem uma interdisciplinaridade. Não discute caso, é multidisciplinar mesmo, a não ser que ocorra algum problema. Quando ocorre algum problema eles solicitam, mas não sentamos em grupo pra discutir caso não (ENTREVISTADO 1, 2017).

São multidisciplinares [...] você acaba se envolvendo com vários profissionais, que acaba não interagindo. Cada um vai com a sua parte e não tem aquela interação (ENTREVISTADO 2, 2017).

Eu acho que é multi porque a gente sempre age, todo mundo num consenso. [...] nós discutimos sobre os processos, [...] e a gente faz a parte administrativa catalogando em relação aos hospitais que vão, aos tipos de procedimento que se faz, entendeu? É isso aí. [...] todo mês, todo mês a gente tem uma hora, uma hora e meia pra fazer isso (ENTREVISTADO 3, 2017).

Observamos a partir da última fala que alguns profissionais têm dificuldades de compreender a distinção entre os termos multi e interdisciplinar, no entanto, aproximadamente 78% dos profissionais, acreditam que as ações desenvolvidas com outros profissionais têm sido de natureza multidisciplinar e 22% interdisciplinar. Para Silva (2010, p.27):

[...] a atuação pode ser interdisciplinar, ou seja, os profissionais se reúnem para discutir sobre o caso do paciente, a fim de melhor tratá-lo; ou a atuação pode ser multidisciplinar, ou seja, o paciente é atendido por vários profissionais, entretanto eles não se comunicam, não se reúnem para discutir o caso do paciente, aumentando o risco do paciente ser abordado de forma fragmentada e não em sua totalidade.

Entendemos por trabalho multidisciplinar aquele desenvolvido de acordo com cada área de conhecimento, cujos profissionais trabalham sem interação, não ocorrendo discussões sobre as demandas apresentadas pelos seus usuários. Assim, cada profissão faz o que lhe compete, sem buscar saber das medidas adotadas por outros profissionais.

No que concerne ao trabalho interdisciplinar, o processo ocorre mediante diálogo das profissões, as quais se reúnem para discutir sobre as demandas dos usuários objetivando, assim, encontrar a melhor forma de conduzir as respostas profissionais. No primeiro caso, as respostas ocorrem de forma fragmentada, o usuário é atendido em partes separadas, no segundo caso, o mesmo é visto na totalidade dos seus aspectos.

Para Rodrigues ON (1998, p. 156):

A perspectiva interdisciplinar não fere a especificidade das profissões e tampouco seus campos de especialidade. Muito pelo contrário, requer originalidade e a diversidade dos conhecimentos que produzem e sistematizam acerca de determinada objeto, de determinada prática, permitindo a pluralidade de contribuições para compreensões mais consistentes deste mesmo objeto, desta mesma prática.

Logo, o trabalho interdisciplinar não dilui limites e especificidades profissionais na avaliação conjunta a emissão de pareceres, laudos, opiniões técnicas entre o assistente social e outros profissionais devem observar a Resolução CFESS 557/2009. A esse respeito, por unanimidade os profissionais afirmaram manter suas autonomias profissionais, sendo sinalizado por 89% desses que a atuação de outros profissionais na viabilização do TFD, contribuiram para a execução do programa.

A partir das análises já tecidas percebemos que o cotidiano dos espaços sócio-ocupacionais dos assistentes sociais e a condição de trabalhador assalariado têm inflexionado algumas dificuldades nas possibilidades de materialização do Projeto Profissional uma vez que apresentam condições objetivas de trabalho, comprometendo a qualidade dos serviços prestados. Entretanto, mesmo considerando as condições objetivas que rebatem no trabalho profissional, Iamamoto (2008) ressalta que a autonomia relativa do assistente social abre a

possibilidade para conduzir uma direção social e operá-la no seu exercício profissional, porque o profissional é resguardado, juridicamente, por sua legislação.

Apresentadas as condições de trabalho do assistente social na dimensão da realidade concreta, a qual confere materialidade ao exercício profissional, no próximo item visamos compreender as ações estratégicas em vista da percepção dos assistentes sociais acerca do significado do seu trabalho, buscando dar visibilidade as tensões entre o direcionamento ético-político que o profissional pretende imprimir ao seu exercício profissional e as exigências institucionais.

3.2.2 Cotidiano e exercício profissional: Competências exigidas e respostas profissionais

Partimos da premissa que a intervenção do assistente social é constituída por dimensões: teórico-metodológica; ético-política e técnico-operativa. Essas dimensões mantêm uma relação de unidade mesmo com suas particularidades. A dimensão teórico-metodológica diz respeito à capacidade de apreender o método, as teorias e sua relação com a prática profissional. Consoante Guerra (2012, p.54) ela “[...] nos capacita para operar a passagem das características singulares de uma situação que se manifesta no cotidiano profissional do assistente social para uma interpretação à luz da universalidade da teoria e o retorno a ela”.

A dimensão ético-política direciona os objetivos e finalidades das ações profissionais, os princípios e valores que os norteiam, posto “toda intervenção profissional é uma ação teleológica que implica uma escolha consciente das alternativas objetivamente dadas [...]” (GUERRA, 2012, p.54). A dimensão técnico-operativa faz alusão à capacidade de o profissional articular meios e instrumentos para materializar os objetivos, com base nos valores concebidos. Guerra (2012, p.40) revela-nos “é a dimensão que dá visibilidade social à profissão, já que dela depende a resolutividade da situação, que, às vezes é mera reprodução do instituído, e em outras constitui a dimensão do novo”.

Dessa maneira, o exercício profissional na sua dimensão técnico-operativa reflete as concepções da dimensão ético-política as quais fundamentam-se na dimensão teórico-metodológica demonstrando sua indissociabilidade. Com essas considerações tecemos as análises das demandas e respostas profissionais dos assistentes sociais do PTFD da região de saúde de Alagoinhas.

Na análise das atividades desenvolvidas pelos assistentes sociais, do PTFD, identificamos que estão relacionadas à gestão das contradições do SUS, as quais perpassam o

processo de racionalização e/ou reorganização do sistema com seu infundável *déficit* de oferta de serviços, tendo como resultado a interferência no processo saúde/doença e constitui-se como o principal mecanismo de geração e demandas aos profissionais de Serviço Social requerendo ações assistenciais, socioeducativas, de planejamento e gestão, participação e controle social.

Entre as demandas de usuários apresentadas no cotidiano dos serviços que requerem ações assistenciais temos: pedidos de viabilização de agendamentos de exames, consultas e cirurgias (essas demandas foram mencionadas por 78% dos entrevistados); pedidos de transportes para deslocamento a outros municípios em virtude de tratamento de saúde (mencionados por 89% dos assistentes sociais); pedidos de medicação (relatado por 78% dos profissionais). De modo geral são demandas relacionadas a meios que lhes garantam o acesso aos serviços de saúde, de igual modo os assistentes sociais pesquisados mencionaram a existência de outras demandas como: solicitação de fraldas e outros insumos, sobretudo para usuários oncológicos (33%); viabilização de cesta básica (22%) e etc.

Verifica-se, portanto, que a problemática que demanda a intervenção operativa do assistente social se apresenta, em si mesma, como um conjunto sincrético; a sua fenomenalidade e o sincretismo – deixando a sombra a sua estrutura profunda daquela que é a categoria ontológica central da própria realidade social, a totalidade (NETTO, 2009, p.95).

A análise permite-nos inferirmos que a diversidade de demandas chegadas aos assistentes sociais têm se apresentado imediatizadas, fragmentadas e heterogêneas fazendo-se necessário que os profissionais reflitam sobre as mesmas para ultrapassar sua visão fenomênica, refletindo assim sobre suas determinações e conexões sob o risco das respostas profissionais basearem-se numa visão limitada do real, enxergando apenas os fenômenos em sua aparência. Nesse âmbito, o profissional percebe a vulnerabilidade social e econômica, mas não o movimento histórico e econômico que as ocasiona; conhece a demanda pelas ações, mas não a dinâmica que a constitui no processo de reprodução das contradições sociais e etc.

Nesse sentido, concordamos com Costa (2009, p.318) ao afirmar que as respostas dos assistentes sociais a essas demandas ocorrem por meio do agenciamento de medidas de caráter emergencial em vista que “[...] constituem emergências sociais que interferem no processo saúde doença, bem como, relacionam-se à demanda reprimida/*déficit* da oferta de serviços de saúde e demais políticas sociais públicas [...]”. São demandas que requerem mobilizações de recursos tanto da política de saúde, como articulação com outras políticas

externas ao SUS, mas também são demandas que expressam o nível de desigualdade econômica, social, política e cultural que estão submetidos os usuários do SUS dessa região de saúde.

Em verdade essas demandas expressam a validade do conceito ampliado de saúde, pois permite visualizar que as necessidades de saúde não decorrem exclusivamente do aspecto biológico, mas que são produtos das relações sociais e destas com o meio cultural, social e físico. Assim,

[...] a adoção dos determinantes sociais como estruturantes dos processos saúde-doença, é que as ações profissionais dos assistentes sociais podem ter maior centralidade, assinalando um novo estatuto ao Serviço Social no campo da saúde. Confirmando essa afirmação pode-se apresentar como evidência a exigência do uso e indicadores sociais, além de epidemiológicos, para o planejamento [...] (NOGUEIRA; MIOTO, 2009, p.231)

Diante desses fatos, as respostas às demandas requerem uma forma de intervenção que supere a práxis utilitária, a qual só é possível com a destruição da pseudoconcreticidade e para tanto, o assistente social necessita esforçar-se para compreender o real, *a coisa em si*. Assim, a dialética é o pensamento crítico que permite a destruição da pseudoconcreticidade e possibilita atingir a concreticidade.

Propor intervenções que ultrapassem a visão fenomênica e imprima uma direção social com vistas à emancipação humana, tal como preconizado no Projeto Profissional da categoria não se constitui uma tarefa simples, pois o exercício profissional ocorre dentro de um Estado que nos termos gramsciano configura-se “Estado comitê da burguesia”, funcional a ordem dominante. Assim, respostas profissionais críticas requerem mobilização não apenas da dimensão técnico-operativa, mas que essa se articule as demais dimensões indissociavelmente. A dimensão teórico-metodológica permite analisar o real; a ético-política imprime a direção (finalidades) que pretende seguir e a técnico-operativa direciona os meios que para a consecução dos objetivos.

Quanto aos meios para responder as demandas, os assistentes sociais, do PTFD, da região de saúde de Alagoinhas têm lançado mão de instrumentais, os quais são utilizados enquanto mediações que colaboram com a concretização das atividades. Dos principais instrumentais utilizados, a entrevista, atendimento individual e a visita domiciliar foram mencionados por todos os profissionais em menor proporção os estudos socioeconômicos (44%), pareceres (22%) e reuniões (33%).

Assim, as principais respostas dos profissionais às demandas de usuários são: encaminhamentos individuais e/ou coletivos para acesso a direitos sociais (afirmado por 100% dos entrevistados); ações de articulação intersetorial dialogando com setores internos e externos a rede saúde municipal, bem como, outros setores que não compõem a rede de saúde de forma a dar respostas as mais diversas demandas que chegam por parte dos usuários do TFD (89% dos entrevistados) A este respeito Nogueira e Miotto (2009, p.230) ressaltam que “[...] atender as necessidades de saúde da população requer salto qualitativo nas condições de vida que não é automático e nem garantido ao longo dos anos, mas depende da interlocução de um conjunto de fatores, dentre os quais a educação para a saúde associada a integralidade”.

Ainda segundo as autoras, respostas profissionais que articulam ações interssetoriais com vistas a integralidade da saúde além de favorecem a consciência de que a saúde é um direito também potencializam intervenções profissionais e/ou coletivas que reconhecem o indivíduo enquanto um todo indivisível.

Entre outras respostas profissionais 33% dos entrevistados relataram realizar atendimentos individuais ou coletivos objetivando compreender e trabalhar os determinantes sociais da saúde dos usuários, familiares e acompanhantes (33% dos entrevistados). Acerca dos pedidos por ações assistenciais os profissionais explicam:

A gente não realiza marcação nem consulta nem exame, mas pedido existe (ENTREVISTADO 1, 2017).

Marcação de exames, consultas é demais [...] Hoje transporte diminuiu mais aqui porque já tem o departamento lá. [...] mas ainda tem pessoas que quando vai pra lá que não consegue, ainda vem aqui [...]. Medicação bastante, muita gente que, às vezes, não encontra na farmácia a medicação, procura o Serviço Social pra poder ver se tem como dar um “jeitinho”, se tem como encaminhar. [...] Passou na farmácia e não tem vem pra o Serviço Social (ENTREVISTADO 2, 2017).

É questão de regulação, mas de tudo chega um pouco. Tem tanto de transporte, quanto de medicação, quanto tem de marcação. Aí a gente já vai fazendo os encaminhamentos necessários (ENTREVISTADO 3, 2017).

Da fala dos profissionais depreendemos que as demandas assistenciais têm sido rotineiras no cotidiano dos serviços e, os profissionais vêm assumindo uma postura condizente com os “Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Saúde”, afirmando que as demandas citadas não se constituem enquanto atribuições profissionais dos assistentes sociais. No entanto, os mesmos Parâmetros chamam a atenção que além do profissional

conhecer suas atribuições e competências, precisam estabelecer prioridades, visto que “o conjunto de demandas emergenciais, se não forem reencaminhadas para os setores competentes por meio do planejamento coletivo elaborado na unidade, vai impossibilitar ao assistente social o enfoque nas suas ações profissionais” (CFESS, 2009, p.23), ou seja, precisam de planejamento.

Quanto às demandas que requerem ações de natureza socioeducativas, todos os pesquisados relatam haver solicitações de informação sobre o benefício do PTFD, e em proporções menores questionamentos e pedidos de inclusão em outros benefícios como é o caso do Benefício da Prestação Continuada. Como respostas para atendimento a essas demandas dos usuários, 100% dos entrevistados, relataram democratizar informações a usuários, inclusive sobre possíveis impedimentos que venha na ficha de inscrição ou planilha de pagamento para que os mesmos não deixem de acessar o benefício por falta de instruções relacionadas à documentação.

De acordo com Costa (2009) as ações socioeducativas dos assistentes sociais ocorrem por meio da interpretação das normas e rotinas, na qual o profissional transmite as normas de funcionamentos dos programas e dos serviços. Dessa forma a referida autora (2009, p. 325) advoga:

[...] transita entre o controle, o disciplinamento e a ação informativa/educativa, revelando-se igualmente como uma atividade “supridora” da inflexibilidade das normas diante da realidade da população, ou ainda como uma ação cujo conteúdo é trabalhar a cultura do usuário e da instituição (COSTA, 2009, p.325).

As atividades socioeducativas podem contribuir para assegurar o disciplinamento dos usuários no trânsito, entre os diversos processos de atendimento, de modo a seguir as normas e fluxos previamente estabelecidos ou contribuírem com a ampliação da cidadania. Para o CFESS (2009) as ações socioeducativas ao invés de pautarem-se no fornecimento de informações que assegurem à mera adesão dos usuários, as normas estabelecidas, reforçam a perspectiva de subalternização e controle dos mesmos devendo ter por intenção a construção da cultura de participação dos usuários, a construção do conhecimento crítico da sua realidade e potencializando os sujeitos para a construção de estratégias coletivas. De modo geral, as respostas profissionais indicam para ações voltadas a informações sobre as regras, critérios de inclusão/exclusão e funcionamento, tanto do PTFD, quanto de outros programas e serviços. A

avaliação que os profissionais fazem das suas ações é que contribuem com o acesso ao programa e ampliam a cidadania.

Ainda sobre a democratização de informações do PTFD, 22% dos entrevistados, verbalizaram informar aos usuários sobre órgãos e instâncias de controle e fiscalização das políticas sociais que podem ser acionados para a garantia de direitos, a exemplo dos conselhos e do Ministério Público. Entretanto, observamos, também, ser um percentual muito baixo de profissionais que afirmam assumir essa postura. Dessa forma, entendemos que possivelmente essas informações são individualizadas e pontuais. A este respeito, os profissionais verbalizam:

Eu busco efetivar os direitos no momento onde os recursos são insuficientes, como por exemplo, a hospedagem que o TFD, o recurso é pouco e não cobre. Então, eu informo a eles o direito que eles têm de buscar via ministério público para que seja efetivado esse direito e ser cumprido. O município não tem lá pousada, casa de apoio e se o único recurso que ele tem para este serviço é o do TFD e ele não cobre, então eu informo a eles, explico e eles buscam e na medida que garante-se este direito, o município cumpre (ENTREVISTADO 1, 2017).

Às vezes a gente fica assim entre a cruz e a espada. Porque muitas vezes a gestão prega uma coisa. A gestão lhe cobra uma coisa e você na sua prática você sabe que não pode está omitindo certos direitos as pessoa. Porque pra mim é chato chegar pra uma pessoa e dizer: olhe, vá pra o Ministério Público! [...] mas, às vezes, tem casos que a gente tem que orientar porque é direito da pessoa (ENTREVISTADO 2, 2017).

Observamos além de respostas profissionais que potencializam as orientações com vistas à ampliação do acesso dos usuários aos direitos sociais, como é o caso da democratização de informações, respostas profissionais com tendências a perspectivas conservadoras, pois como afirma Iamamoto (2012), o Serviço Social é herdeiro de traços culturais de sua formação histórica que carrega de forma atualizada marcas confessionais de sua origem ainda que sob discurso profissional laico. “[...] Pode-se fazer referência por exemplo, à presença, em alguns segmentos profissionais, de fortes traços messiânicos e voluntaristas no trato da profissão e da questão social; aos resquícios de um humanismo abstrato das relações humanas” (IAMAMOTO, 2012, p.105).

Sobre possíveis intervenções (neo) conservadoras identificamos respostas profissionais com possíveis tendências à compreensão da intervenção profissional como ajuda psicossocial ou mesmo de responsabilização e ajustamento de indivíduos sem considerar as mediações conjunturais e histórico-sociais necessárias. Dentre as falas destacamos:

Nós iniciamos o acompanhamento, mas teve um momento que eles já não queriam mais por conta de questões mais voltadas pra política [...] Ele parou de fazer o acompanhamento pela unidade e aí iniciou um tratamento por conta própria [...] a gente não estava na verdade tendo o controle desse acompanhamento e aí houve um momento que ela voltou a nos procurar. [...] Até aí tudo bem. Quando eu fui entrar em contato com a instituição tinha meses que a criança não fazia acompanhamento, sendo que ele tem que ir toda semana. [...] e aí quando a gente conversou com o Serviço Social foi passado que se naquela data que nós estávamos programando, se ele não fosse o cadastro dele seria bloqueado. Uma forma assim... de tipo: punir. Porque assim, passou meses sem ir e a gente tenta uma segunda chance, vai. E aí na data prevista ele não comparece aí é dar oportunidade a outro porque teve todo aquele período de espera e o usuário não buscou o serviço, então aí já não precisa, porque você está cadastrado num programa, está fazendo acompanhamento e de repente você para de ir. Então, subentende-se que você já não precisa mais do acompanhamento (ENTREVISTADO 1, 2017).

Você gostaria de contribuir mais e você não tem meios pra isso. E tem uma complexidade maior porque você está lidando com a vida e aquela pessoa está fazendo um tratamento que já está abalada psicologicamente, já está no sofrimento, [...] ele acha que não vai sobreviver a aquilo. [...] Você vai além das atribuições do assistente social, da profissão de Serviço Social, porque [...] eu digo que o assistente social, ele é de tudo um pouco (ENTREVISTADO 2, 2017)

[...] eu tenho pós-graduação em terapia familiar e aí eu digo que não vou fazer terapia, mas quando você vê o paciente chegar até você e está ali com tanta angústia e conversa [...] você acaba fazendo um pouco, dando um suporte terapêutico daquela situação [...] você acaba fazendo (ENTREVISTADO 2, 2017).

A respeito da primeira fala notadamente a postura profissional é de culpabilização do usuário por suas “agruras”, postura esta assumida, provavelmente, pela ausência de leitura das determinações da realidade concreta presente na demanda. A leitura da realidade possibilitaria perceber o usuário não como o algoz de sua condição e enquanto sujeito que precisa ser reeducado, reajustado por meio da “punição”, tampouco como “vítima” da situação dada, numa perspectiva fatalista que coloca o usuário numa situação de completa falta de autonomia, mas como um sujeito que é parte do contexto histórico, social e cultural o qual está inserido e que suas escolhas se pautam nesses aspectos. Nesse sentido, entendemos que a ação profissional conservadora ocorre sem que o profissional recorra às mediações para entendimento da realidade posta.

Dentre outros aspectos, a leitura da realidade permitiria avaliar que as regras e critérios de acesso aos serviços definidos pela instituição a qual fez contato, é parte dos percalços que assolam nossas políticas sociais que tão somente não satisfazem as necessidades da classe trabalhadora, como impõem limites ao seu acesso. Ainda em relação à postura do referido

profissional Yamamoto (2012, p.105) ressalta que “[...] é frequente a presença de um sentimento de auto-culpabilização na abordagem dos limites da ação profissional, metamorfoseados em responsabilidade do indivíduo, como se fossem expressão de falhas pessoais no enfrentamento dos ‘males sociais’”.

Sobre a segunda fala que faz alusão a abordagem psicoterapêutica, pondera-se que esta não está no rol das atribuições e competências profissionais expressas no Código de Ética Profissional, na Lei de Regulamentação da Profissão, tampouco, no âmbito da formação conforme as Curriculares para o Curso de Serviço Social. De acordo com os Parâmetros para Atuação do Assistente Social Saúde e a Resolução nº 569/2010 o CFESS não reconhece a realização de terapias familiares e individuais enquanto competência ou habilidade do assistente social e veda a associação de tais práticas ao título e/ou ao exercício profissional do assistente social, pois essas atividades não estão prevista na legislação profissional, nem no âmbito da formação profissional estabelecida nas diretrizes curriculares do curso de graduação em Serviço Social. Para o CFESS (2009) a abordagem é considerada como uma ressignificação do Serviço Social de Casos e apoia-se numa visão “holística do ser humano”.

De modo geral, depreendemos que as demandas de usuários para o Serviço Social têm sido, majoritariamente, por ações assistenciais, as quais não condizem com as competências e atribuições profissionais, embora tenhamos apontado algumas respostas profissionais que não condizem com os preceitos éticos profissionais, a maioria das respostas ainda sinaliza para um conhecimento das legislações profissionais. Observamos, também, que essas respostas são dadas através de uma ação imediata e pontual, já que, “o horizonte que baliza a intervenção profissional do assistente social é o *cotidiano*” (NETTO, 2009, p.95). E esse tem enquanto prioridade solucionar os fenômenos na sua extensividade e não na sua intensividade.

A heterogeneidade característica do cotidiano faz com que o profissional apreenda as contradições existentes nele, entretanto não vislumbra a apreensão da totalidade das relações, o que não propicia o acesso à consciência humano-genérica. Importa dizer que na dinâmica institucional, as demandas e as condições objetivas onde processam-se as respostas profissionais não são as mais propícias à reflexão e como resultado muitos profissionais limitam-se a apenas realizar tarefas. Nesse sentido, o cotidiano pode levar a uma prática burocratizada e reiterativa muitas vezes não fazendo a articulação entre as dimensões profissionais.

Das demandas institucionais dirigidas aos assistentes sociais, sobressaíram-se as análises dos processos de usuários para acesso ao PTFD (78%); solicitações de realização de visitas domiciliares a usuários do PTFD (100%); preenchimento de documentações e

formulários para viabilização do benefício do PTFD (67%) e em menor número apareceu ações de fiscalização dos usuários (22%), desempenho de funções administrativas (33%).

A análise dos processos de usuários, de acordo com o manual de normatização do TFD/BA deve ser feito pela comissão autorizadora e obedecendo as regras estabelecidas na portaria SAS 55/1999 e no manual do Estado, no entanto, os profissionais também sinalizaram como sendo um momento de atendimento das “excepcionalidades”. A esse respeito, 78% dos assistentes sociais afirmam que os casos que demandam individualização e medidas especiais são debatidas em equipe e abertas as “exceções as regras e normas pré-estabelecidas”, como é o caso de cadastramento de acompanhantes para usuários de TFD que não tenham sido sugeridos por ordem médica. Entretanto, entendemos que a necessidade dessa ação não se configura como uma individualidade, mas como uma regra dada a regularidade em que ocorrem.

Os profissionais relataram haver solicitações de realização de visitas domiciliares a usuários do PTFD, por conseguinte, as solicitações tiveram objetivos distintos, os quais variaram entre verificar a necessidade do TFD para validar a inclusão ou exclusão de usuários no programa (11%), fazer o acompanhamento dos usuários cadastrados (100%), conhecer a questão da vulnerabilidade para poder orientar e encaminhar ao acesso a outros direitos (100%). Entre outras demandas 22% das instituições, solicitam a emissão de relatórios ou pareceres técnicos em prol da garantia dos direitos de acesso ao PTFD.

Observamos, ainda que, entre as demandas das instituições, frente às condições de trabalho e/ou por falta de conhecimento das competências e atribuições do assistente social, essas têm requisitado ações profissionais que nem sempre são inerentes as prerrogativas profissionais. Dentre essas demandas, está o preenchimento de documentações e formulários para viabilização do TFD, atividade que de acordo com os Parâmetros de Atuação do Assistente Social na Saúde não configura atribuição ou competência profissional. Outra demanda institucional que foge as prerrogativas profissionais são as ações de fiscalização dos usuários de TFD.

Cobram que a gente fique ligado na questão das fraudes. Aqui [...] por ter essa ajuda de custo a mais, então, essas fraudes são frequentes. Então eles cobram isso da gente, os pacientes cobram isso da gente. Então a gente faz um “pente fino” mesmo na questão do TFD (ENTREVISTADO1, 2017).

[...] Às vezes o acompanhante vai pra Salvador apenas [...] pra dar um passeiozinho. Realmente não acompanha, porque o usuário às vezes vem só marcar uma viagem. Então, se ele vem só, ele não precisa de um

acompanhante, na maioria das vezes, ele não precisa de um acompanhante. Se ele veio até aqui só e ele não passou mal de lá pra cá então porque lá ele vai precisar de um acompanhante? [...] Com certeza. Nós fazemos a fiscalização sim (ENTREVISTADO 2, 2017).

Nas últimas falas identificamos dois pontos a serem mencionados, primeiro a demanda por fiscalização, presente em 22% dos municípios e; segundo, as posturas profissionais que tendem “punir” usuários transgressores de regras. Ambos merecem atenção em virtude de tratar-se de ajustamento de condutas e comportamentos dos usuários, os quais não condizem com as competências profissionais, e alguns assistentes sociais podem equivocadamente compreender estas como passíveis de resposta do Serviço Social.

Quanto às solicitações de desempenho de funções administrativas para o Serviço Social, o CFESS (2009), ressalta sobre as tensões e dificuldades que os assistentes sociais têm enfrentado para esclarecer suas atribuições e competências face à dinâmica de trabalho imposta nas unidades, apontando as soluções para o diálogo com a equipe e o estabelecimento de rotinas e planos de trabalho. A respeito de situações como essa trazemos o relato seguinte:

Eles solicitam muito da gente, que a gente viabilize a questão de consultas pelo sistema VIDA que é o sistema que tem no município de Salvador, mas a gente acaba muitas vezes dialogando porque não contempla nossa atuação profissional. [...] Hoje não tanto, mas isso já foi muito requisitado da gente e a gente batendo na tecla e dialogando que de fato isso tinha que ser alguém da parte regulatória e de marcação (ENTREVISTADO, 2017).

Apesar de algumas demandas institucionais não dizerem respeito às atribuições profissionais, como é o caso das fiscalizações e preenchimento de formulários, percebemos que a maioria delas ainda possui relações com as competências profissionais, como o acompanhamento dos usuários, viabilização de acesso a direitos, etc. Numa avaliação das demandas institucionais e possíveis respostas profissionais que nos apoiamos nas reflexões de Montañó (2009, p. 106-107):

[...] o tipo de demanda encaminhada ao assistente social, por parte do contratante – que fragmenta e autonomiza a realidade social, que transforma a “questão social” em “problemáticas” isoladas, as contradições estruturais em “disfunções” individuais, as consequências em causas, a “demanda social” em “demanda por serviços institucional-profissionais”, os processos mediatizados pelas lutas de classe em questões imediatas e emergenciais – usualmente não exige conhecimento teórico-crítico das teorias sociais e

atualização acadêmica, numa perspectiva de totalidade, que permita o domínio dos fundamentos da “questão social” [...]. Pede-se ao assistente social atividades de triagem, encaminhamento, relatórios, comunicação e divulgação das ações, coordenação de grupos etc., ou seja, respostas imediatas e demandas emergenciais. Porém o profissional qualificado, comprometido e crítico não se conforma com tais demandas imediatistas e rotineiras. Ele procura ir além delas e desenvolver outro tipo de prática – que incorpore demandas (do empregador), mas que as transcenda (atingindo a compreensão das verdadeiras causas das necessidades/demandas da população e intervindo nesta perspectiva de totalidade).

Dentre os profissionais pesquisados, 56% afirmaram responder as demandas institucionais por meio de ações burocráticas e administrativas do TFD e, por lado, 89% relatam criarem mecanismos e rotinas que facilitam e/ou possibilitem o acesso dos usuários aos serviços do TFD atendendo as demandas institucionais e da população usuária ao mesmo tempo.

[...] a gente acaba criando mecanismos e rotinas para facilitar o acesso do paciente, na verdade criando aquele processo de desburocratização do sistema no que tange a nossa competência [...] sobre ações burocráticas e administrativas do TFD a gente acaba dando essas respostas com eficiência por se tratar da criação desses mecanismos, a gente cria os mecanismos, facilita a rotina. A gente acaba não tendo tanta ação tão burocrática (ENTREVISTADO, 2017).

Entre outras respostas as demandas institucionais, 89% argumentam respondê-las por meio de ações interdisciplinares e multidisciplinares. Quanto às ações de planejamento e gestão por unanimidade, os assistentes sociais entrevistados relataram fazer levantamentos de dados sobre as condições de vida dos usuários do PTFD, sendo as informações geralmente colhidas por meio de instrumentais como os formulários de cadastramento do programa, de entrevistas realizadas nos atendimentos individuais realizados a usuários ou junto a seus familiares, os quais ocorrem institucionalmente ou por meio de visitas domiciliares.

Percebemos, entretanto, que mesmo esses profissionais possuindo dados socioeconômicos e epidemiológicos dos usuários atendidos, apenas 22% dos profissionais afirmaram realizar estudos com o objetivo de construir um perfil socioeconômico e epidemiológico para possibilitar a formulação de estratégias de intervenção no TFD. As verbalizações associadas à ausência de material produzido permitem-nos inferir que esses profissionais não estão sistematizando as informações coletadas.

Iamamoto (2012, p.101), então, advoga:

O acompanhamento dos processos sociais e a pesquisa da realidade social passam a ser encarados como componentes indissociáveis do exercício profissional e não como atividades “complementares”, que podem ser eventualmente realizadas, quando se dispõe de tempo e condições favoráveis. Isto porque o conhecimento da realidade social sobre a qual irá incidir a ação transformadora do trabalho, segundo propósitos preestabelecidos, é pressuposto daquela ação, no sentido de tornar possível guiá-la na consecução das metas definidas.

Quanto à realização de estudos e pesquisa para planejamento das ações e das despesas com o PTFD 100% dos profissionais relataram não realizar esse tipo de estudo. Assim, segundo os entrevistados, em 78% dos municípios pesquisados há realização de levantamentos anuais de solicitações do TFD, bem como 89% dos municípios fazem levantamentos sobre quantitativo de deslocamento de usuários em TFD.

De acordo com o CFESS (2009) a participação dos assistentes sociais na realização de pesquisas sobre a relação entre os recursos institucionais necessários e disponíveis, o perfil dos usuários e demandas (reais e potenciais), é importante para identificação e estabelecimento de prioridades entre as demandas e contribuem para a reorganização dos recursos institucionais. De igual modo, pelos dados apresentados acreditamos que, provavelmente, as gestões municipais não vêm inserindo os assistentes sociais nos níveis de planejamento e gestão dos recursos do PTFD. Em contraponto aos dados fornecidos anteriormente, 89% dos profissionais afirmam participar de ações de planejamento, organização e administração do PTFD, entendidas essas ações como voltadas para execução do programa.

Como afirma Guerra (2012) o espaço reservado ao Serviço Social na divisão sócio técnica do trabalho é o de dar respostas à heterogeneidade de questões que se apresentam no cotidiano institucional. Entretanto, a autora adverte que nem sempre o profissional se questiona sobre as implicações éticas e políticas das suas respostas, tampouco sobre o espaço da autonomia que esse mesmo cotidiano reserva, pois o que chega como demanda é a solução (mesmo que parcial, temporária, pontual) da problemática e não o conteúdo, as implicações ético-políticas e as possibilidades de resposta.

A avaliação que os profissionais fazem das demandas recebidas, tanto por parte dos usuários, quanto das instituições, é que as demandas postas correspondem parcialmente às atribuições e competências profissionais (67%), o volume de demandas é maior que as possibilidades de atendimento (67%), o nível de complexidade exige uma articulação maior com outros setores (56%) e, as demandas já chegam fragmentadas, não sendo possível avaliá-

las como um todo (62%). De fato, ponderar-seque diante do caráter complexo da “questão social” e suas refrações e das tensões inerentes aos processos e relações de trabalho, a maior parte das avaliações são pertinentes e nem todas as demandas elencadas pelos pesquisados condizem com as competências profissionais.

Quanto ao volume das demandas não queremos apresentar uma visão fatalista, mas acreditamos que na fase atual do capitalismo, sob o ordenamento do neoliberalismo com os cortes de gastos e focalização das políticas, por questões objetivas a tendência é que a oferta de serviços sempre fique aquém da necessidade das demandas, haja vista que nos moldes atuais as políticas sociais, nos limites do capital, não são capazes de responder a cidadania plena e à emancipação da humanidade caracterizando as respostas profissionais como pontuais e demandando articulação intersetorial, não havendo, assim, um tipo de encaminhamento milagroso que assegure a materialização de todos os direitos previstos formalmente.

No entanto, apesar das demandas já chegarem fragmentas, haja vista que as políticas sociais na forma como são planejadas, fragmentam as expressões da “questão social” em problemáticas separadas. Conforme discutido nos capítulos anteriores, acreditamos que há possibilidades do profissional fazer avaliação dessas como um todo mediante uma leitura crítica da realidade o que demanda a *suspensão da cotidianidade*, assim, os dados revelam uma fragilidade nas dimensões teórico-metodológicas e ético-políticas que não têm permitido a ultrapassagem da pseudoconcreticidade nas ações.

Quanto à avaliação que os profissionais fazem de suas respostas profissionais na viabilização do TFD: 89% acreditam que são respostas imediatas; 22% afirmam ser fragmentadas e pontuais; 33% atendem majoritariamente as necessidades institucionais e 67% as necessidades de usuários; 56% predomina a atividade burocrática e outros 89% relatam que conseguem as respostas ampliam a cidadania, efetivam as dimensões profissionais e relacionam-se com o projeto ético político.

Pelos dados anteriormente revelados, acreditamos que os assistentes sociais têm dado pouca ênfase a dimensão investigativa que articulada à dimensão teórico-metodológica e ético-política contribue para uma reflexão crítica das demandas e respostas profissionais. Do exposto, supomos, também, que as respostas profissionais não estão sendo mediadas pelos princípios e diretrizes do Projeto Ético-Político Profissional, uma vez que, concordando com a maioria dos profissionais são ações imediatas. Diferentemente dos profissionais, inferimos que essas também são pontuais e fragmentadas, as quais não passam pelo planejamento necessário, bem como pela reflexão crítica dos fundamentos da política social no estado

capitalista, cujos fins últimos atendem o controle das classes e o processo de revitalização da velha lei da acumulação do capital.

Percebemos que as condições sociais que têm circunscrito o trabalho dos assistentes sociais pesquisados inflexionam as possibilidades de materialização do Projeto Ético-Político Profissional, pois tem como tendência a padronização de rotinas e procedimentos de intervenção, induzindo dessa forma o predomínio de atividade burocrática, sob a órbita da alienação e atendimento aos objetivos e necessidades institucionais, reforçando o sincretismo profissional. A esse respeito Guerra (2012, p.46) ressalta que:

[...] o cotidiano é pleno de requisições de cumprimento de normas, regulamentos, orientações ou decisões superiores, os quais impõem ao profissional a necessidade de respostas as mesmas. Neste contexto, a prioridade é responder aos fenômenos, não importa como, disto resultando um conjunto de respostas profissionais rápidas, ligeiras, irrefletidas, instrumentais, baseadas em analogias, experiências, senso comum, desespecializadas, formais, modelares, em obediência a leis superiores [...].

Consoante Heller (1970) a vida cotidiana é heterogênea e hierárquica tanto em relação ao conteúdo quanto a importância atribuída às atividades, nas quais os indivíduos priorizam umas ações sobre outras e como os assistentes sociais têm muitas atividades a realizarem, possivelmente tem dado respostas profissionais que se baseiam no que a referida autora chama de juízos provisórios e probabilísticos recorrendo à ultrageneralizações. Para a autora é compreensível já que todas essas tendências são consideradas necessárias até mesmo à sobrevivência. Entretanto, o problema não reside nesses aspectos, mas quando o profissional cristaliza em absoluto essas determinações e não reflete sobre a margem do movimento, da possibilidade participando da produção e reprodução social sem visualizar as condições de sua objetividade, já que a vida cotidiana também é o espaço das repetições.

A respeito do Projeto Ético-Político Profissional indagamos aos profissionais quanto a sua possível materialização, a esse respeito, 67% dos entrevistados afirmaram ser possível materializá-lo, 22% afirmou que não é, e 11% que seu cumprimento é parcial. Assim, solicitamos aos entrevistados que justificassem as respostas em relação ao Projeto Profissional da categoria, possibilitando observar que em média 80% dos profissionais persistem a falta de clareza sobre o Projeto Ético-Político Profissional, bem como, o desconhecimento de estratégias ético-política para materializá-lo, por vezes confundido com o Código de Ética ou reduzido ao aparato normativo a ser seguido no exercício profissional.

Em relação à dimensão normativa também denominada por Teixeira e Braz (2009) como jurídico-política, questionamos aos entrevistados se alguns documentos/legislações que relacionam-se ao exercício profissional conseguem ser cumpridos/efetivados no cotidiano institucional. As respostas profissionais quanto às normativas estritamente profissionais apresentaram percentuais diferentes para cada documentado apresentado. Por unanimidade os entrevistados afirmaram que o Código de Ética Profissional do Serviço Social de 1993 e a Resolução CFESS 557/2009 são possíveis de serem efetivados institucionalmente, já a Lei de Regulamentação da Profissão (Lei 8.662/93), apenas 11% relatou não conseguir efetivá-la. Ressaltamos, também, que essa legislação nos artigos 4º e 5º estabelecem as competências e as atribuições profissionais, devendo ser cumpridas integralmente pelos profissionais e por todas as instituições que contratam o assistente social. Outro ponto a ser mencionado é o descumprimento da Resolução CFESS 493/2006 que trata das condições éticas e técnicas a qual 78% dos entrevistados afirmam não estar sendo cumprida, conforme discussões anteriores. Quanto aos Parâmetros para Atuação do Assistente Social na Saúde 78% afirmam o seu cumprimento. Quanto as legislações sociais que asseguram o direito a saúde como Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/1990), 56% dos entrevistados, acreditam não ser possível efetivá-la e 33% relatam que seu cumprimento é parcial. Já a Portaria SAS nº 055/1999 dos entrevistados 67% responderam ser possível seu cumprimento.

Dos profissionais que sinalizaram para o cumprimento parcial ou descumprimento das normativas, as falas remeteram ao assalariamento, as condições institucionais desfavoráveis e a conjuntura de sucateamento das políticas sociais. Quanto aos que afirmaram cumprir observamos a relação tensa e contraditória que perpassa a questão do assalariamento e as lutas e posicionamentos políticos em defesa dos princípios e valores éticos mesmo que restrito na sua dimensão normativa.

Para fomentar a discussão sobre a materialização do Projeto Profissional, elegemos para o debate a entrevista que mais trouxe indícios a problematização.

Então eu acredito que no cotidiano não, seria a materialização de forma pontual, a construção de forma pontual [...] Existe a estrutura histórica, mas a própria história, ela não se materializa, ela não tem um organismo físico e aí muitos alunos atrapalham projeto ético político com projeto de pesquisa, existe muito essa atrapalhação, porque o projeto ético político é um projeto histórico, é a história do Serviço Social sobretudo no Brasil e a gente trás essa discussão para fomentar um padrão de estabelecimento da conduta ética e política dos profissionais de Serviço Social, e a gente não vê isso acontecer não só no TFD, mas como sua pesquisa é direcionada. Eu diria que no cotidiano não, na minha opinião crítica, mas se é possível materializar é

possível materializar, mas não no cotidiano [...] Seria assim, de forma esporádica [...] a gente materializa um. Vamos supor assim, da forma mais crua por assim dizer, a gente teria materializado esse mês, mas a gente não tem como garantir que vai ser materializado daqui a dois meses ou se foi materializado anteriormente. Aí você trás a questão da documentação, existe! A gente materializa através da documentação. Tá tudo aí guardado, inclusive agora que a gente não estava com o administrativo, mas quando tiver a mudança a gente vai viabilizar e vai ter uma materialização no mínimo documental, não foi isso que a gente estava conversando... sobre a questão de ter um armário sigiloso que isso tudo compõe a materialização do projeto ético político. [...] é muito complicado, sobretudo na condição física que a gente está. Então o projeto ético político, ele precisa ser mais discutido porque inclusive nessa discussão a cerca dos debates do CRESS Bahia houve um posicionamento muito errôneo de uma colega que disse: “então eu posso garantir na fala dos colegas que o Serviço Social hoje, sobretudo da Bahia está dividido em dois: o pós... não! o antes da crítica e pós neoliberalismo. Eu disse: “não colega, tem colegas neoliberais que são críticos. Não são só colegas que se formaram há tempos que são críticos ou não são colegas que se formaram há tempos e que não compartilham da opinião dessa nova geração de assistentes sociais que não possam discutir o projeto ético político, existem. Agora as pessoas precisam abrir suas vertentes específicas pra entender o que é que essa nova era do Serviço Social baiano está trazendo. Foi essa a minha resposta pra ela e ela ficou [...] Ou seja, não há uma abertura na própria profissão sobre a questão do projeto Ético político, sobre esse debate mais fundo sobre o projeto ético político, inclusive sobre sua materialização. [...] No sentido de que o próprio capitalismo ele acaba exacerbando o projeto ético político porque a gente sabe que o projeto ético político, ele é... ele tem um cunho social muito grande, então o que é socialista é anti capitalista. [...] e aí quando a gente vem pra prática, a gente vem... a gente tem isso muito mais forte de que o projeto ético político, ele tá ficando um pouco em desuso porque o capitalismo, ele quer engolir a nossa classe, mas não engole porque nós temos sim uma história. O Serviço Social não nasceu ontem [...] então eles não tem como dizer a gente que nosso projeto ético político é infundado, eles não tem. E sim colegas que estão tentando afundar nosso projeto porque quando você tem uma opinião contrária às novas frentes, aos novos profissionais... porque a gente fala no nosso código de ética - “recusa do arbítrio e do autoritarismo”- e eu enquanto colega sou abusivo e autoritário. Então como a gente materializa esse projeto? [...] Eu cheguei aqui... é rapidinho. (*cita o nome de um profissional*) tem muitos anos na área, mas (*cita o nome de um profissional*) me recebeu super bem. [...] Mas tem colegas (*cita o nome de um profissional*) que se pudessem me atropelavam na rua porque eu já venho de uma outra geração de assistentes sociais. Num é isso? [...] e porque eu fiz ainda educação à distância. [...] - ainda tem esse fator técnico. [...] não aceita e assim, na contra mão disso, que vem o capitalismo, o neoliberalismo e aí a gente adentra a questão do projeto ético político, tem aprovações em concursos públicos. Aqui na região de 10 profissionais de Serviço Social 8, 7, 6, a média era essa de aprovações. Eram de profissionais do ensino a distância. Inclusive eu fui aprovado no concurso público [...] Nós temos aqui esses exemplos. O que caí por terra não é a modalidade de ensino, não é mais, é a questão do interesse do aluno, da dedicação, do estudo, da pesquisa e você está trazendo isso pra gente hoje é um deleito pra mim [...] não vou mentir (ENTREVISTADO, 2017- *destaques nossos*).

Dessa fala queremos destacar alguns pontos primeiro, é no cotidiano que o assistente social faz atendimentos individuais e coletivos, articula-se com outros profissionais, planeja, ou seja, desenvolvem das atividades mais simples as mais complexas, logo, o desenvolvimento de ações que conferem ou não materialidade ao projeto profissional não é descolado do cotidiano.

Segundo, a mencionada “abertura profissional” para debater o Projeto Ético Político remete-nos ao fato de que a atual hegemonia e afirmação do Projeto Profissional não significa que esse seja único dentro da categoria havendo movimentos de estudantes e profissionais que vinculam-se a outros projetos societários, tanto distintos, quanto antagônicos ao atual Projeto Profissional, os quais contestam a validade do marxismo fazendo alusão a necessidade de adesão a outras correntes teóricas ou o mesmo cruzamento do marxismos com outras teorias distintas.

A esse respeito Netto (1999) ressalta que o pluralismo deve ser respeitado, entretanto, adverte que o respeito não pode ser confundido com uma tolerância liberal ao ecletismo. Nesse aspecto, os movimentos que fazem frente ao Projeto Profissional, por vezes, entendem sua hegemonia enquanto uma imposição vertical dos grupos representativos das instâncias deliberativas e organizativas da profissão. Defendendo que a verticalização resultaria no autoritarismo e se contraporía, inclusive, ao atual Projeto Profissional.

Terceiro, acreditamos que a defesa do suposto “desuso” do atual Projeto Profissional resulta da incorporação dos valores e princípios defendidos por esse, entretanto, sem a apropriação adequada do seu significado e da teoria que o embasa, como afirmamos a incorporação ao marxismo ocorreu sem o conhecimento das fontes “clássicas” ocasionando equívocos sobre a teoria e desdobrando-se em posturas profissionais fatalista, na descrença da efetivação do Projeto Profissional e na reprodução de que existe uma dicotomia entre teoria e prática, daí o apelo as correntes pós-modernas. Mas não só isso, como afirma Santos (2007, p. 110 -111).

[...] a revitalização do conservadorismo profissional com base no neoconservadorismo pós-moderno tem particularidades derivadas não só do momento histórico, mas, sobretudo, do enfrentamento posto pelo movimento de renovação profissional. Ou seja, o conservadorismo agora tem como pré-requisito para se fortalecer a descredibilização da vertente crítico-dialético e o faz do ponto de vista teórico, incorporando as críticas pós-modernas ao marxismo; e do ponto de vista ideopolítico, investindo na deslegitimação do projeto-ético-político profissional.

Quarto, o projeto tem raízes na perspectiva da intenção de ruptura e busca o rompimento com o conservadorismo profissional apontando para a construção de um exercício profissional comprometido com a justiça social, a liberdade, a socialização e a ausência de preconceito, nesse sentido, a discriminação do profissional em virtude da modalidade de formação Ead de fato não condiz com as defesas do Projeto Profissional, cujas discussões sobre a formação profissional dizem respeito à defesa da educação pública e de qualidade. Neste sentido, como afirma Matos (2013, p.98), “mesmo que o código de ética não se propunha a regular a vida privada dos assistentes sociais, este se choca com as concepções de vida pautadas no irracionalismo”.

Como adverte o mesmo autor, “[...] o atual projeto profissional expressa um embate com a socialização primária da maioria dos assistentes sociais e os valores morais construídos, a partir daí, por esses sujeitos na vida adulta” (MATOS, 2013, p.98). Ressaltamos que a incorporação dos princípios e valores do Projeto Ético Político nem sempre vem precedido de uma reflexão crítica e alguns profissionais acreditarem que a adesão dos valores desse Projeto ficam restritos ao exercício profissional, daí um discurso concatenado com o Projeto Profissional e ações preconceituosas, como a elencada pelo profissional entrevistado. As formas de preconceito como afirma Heller (1970) é a persistência dos juízos provisórios que construídos preliminarmente permanecem mesmo após o conhecimento terem se mostrado equivocado.

Assim, as lutas não devem ser dirigidas contra os profissionais, mas ao contexto amplo da Reforma do Ensino Superior e sua mercantilização. Iamamoto (2008) apesar de ponderar que o isolamento do processo de ensino na modalidade Ead inviabiliza experiências estudantis coletivas, na vivência universitária, ressalta, ainda, que a modalidade Ead tem mostrado-se em algumas situações como uma técnica eficaz de qualidade acadêmica, direção intelectual e política. Assim, as críticas voltam-se não a modalidade em si, mas ao contexto da Reforma do Ensino Superior, na qual a Ead é capitaneada pela privatização e lógica da lucratividade redirecionando os rumos da universidade e, como parte desse mesmo processo precariza a formação e o exercício profissional. Diante desses aspectos, percebemos que, possivelmente, a falta de clareza de alguns profissionais venham reforçando atitudes preconceituosas e discriminatórias no âmbito do exercício profissional, postura claramente oposta as defesas do Projeto Profissional.

Pelas reflexões realizadas ao longo desta dissertação, as quais revelaram inúmeros desafios da aproximação da teoria social crítica e uma profissão, cuja gênese vincula-se ao conservadorismo, acreditamos que em meio à diversidade de demandas institucionais e de

usuários, inclusive, os que não fazem parte do arcabouço legal, os assistentes sociais em condições éticas e técnicas mínimas (condições institucionais) além de possíveis fragilidades da formação e da condição de trabalhador assalariado precarizado não têm conseguido fazer as suspensões cotidianas, reproduzindo, desse modo, ações minimalistas, seletivistas e excludentes, as quais podem contradizer-se com o projeto da categoria. E nesse sentido, tem reificado algumas práticas (neo) conservadoras, ainda que, sob o discurso da defesa de direitos contidos no Projeto Ético-Político Profissional, confirmando assim nossa hipótese.

Ainda sobre a materialização do Projeto Ético Político Profissional, autores como Iamamoto (2012) e Netto (1999) defendem as possibilidades de materialização do Projeto Profissional. Netto (1999) afirma que sua materialização implica num compromisso dos profissionais com a competência. E ainda conforme o autor só é possível com o constante aperfeiçoamento intelectual que recai na necessidade de uma formação acadêmica de qualidade, cujas bases teórico-metodológicas subsidiem concepções críticas e sólidas, subsidiando possibilidades de uma análise concreta da realidade social.

Assim, o autor defende a adesão dos profissionais, aprofundamento e efetivação do Projeto Profissional, mas ressalta que a vontade majoritária do corpo profissional não é suficiente, sua efetivação também depende do fortalecimento do movimento democrático e popular. Compartilhando do mesmo pensamento Iamamoto (2012) ressalta que o voluntarismo e a intencionalidade dos profissionais sem confrontar os limites e possibilidades não são suficientes para transformar a realidade, tampouco atitudes fatalistas de que nada pode ser feito, como se a realidade estivesse dada de maneira definitiva sugerindo aos profissionais por meio do senso crítico e da capacidade propositiva desenvolver ações direcionadas a democratização social.

Com base na proposição da autora e na pesquisa realizada apesar de todos assistentes sociais pesquisados afirmarem participar de oficinas, fóruns, debates e conferências de saúde e, 22% participam como membros nos conselhos de saúde dos municípios, é mister o olhar crítico sobre a pequena incidência das ações profissionais com vista à mobilização, participação e controle social, a qual entendemos como necessária, pois podem contribuir com a democratização da condução da política de saúde e PTFD, e desse modo fortalecer a participação dos segmentos de usuários e da classe trabalhadora da saúde.

Sinalizamos que os apontamentos expostos não pretendem culpabilizar os profissionais pesquisados, mas sinalizar algumas questões possíveis a serem revistas e/ou aperfeiçoadas, uma vez que o profissional de Serviço Social insere-se no tenso e contraditório cotidiano do trabalho. Nesse sentido, o exercício profissional está diretamente envolvido na

dinâmica da complexidade e totalidade (indivíduos e sociedade, vice e versa), não podendo ser entendido criticamente fora dessa trama. Diante das informações obtidas no cotidiano de trabalho e no peculiar exercício profissional dos assistentes sociais no PTFD da região de saúde de Alagoinhas/BA, chegamos aos pressupostos que o mesmo movimento que põe limites ao trabalho e cotidiano do exercício profissional, também cria as possibilidades de respostas, estratégias e luta ainda que sob circunstâncias antagônicas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base na dinâmica profissional dos assistentes sociais em atuação PTFD o presente estudo possibilitou analisar as demandas e as respostas profissionais dos assistentes sociais no cotidiano do referido Programa frente ao seu compromisso ético-político, nele expresso suas competências (teórico-metodológicas, ético-políticas e técnico-operativas), as contradições e tensões geradas pelo projeto privatista e focalizador do acesso ao direito universal à saúde. Assim, pudemos verificar as tensões, limites e possibilidades de assistentes sociais no cotidiano do PTFD na região de saúde de Alagoinhas/BA.

Com os argumentos arrolados neste estudo, evidenciamos que a profissão tem legado de requisição por profissionais para atuar no cotidiano da política e saúde em seus programas, projetos, bem como, os interesses antagônicos que perpassam a consolidação do SUS. Nesse incluso o PTFD interferindo nas demandas e respostas profissionais dos assistentes sociais inseridos nessa política, podendo no atendimento às demandas reforçar as perspectivas do projeto privatista ou contribuir com o projeto de reforma sanitária.

Dentre os desafios encontrados, a materialização do acesso à saúde evidenciaram-se a baixa capacidade instalada dos serviços de média e alta complexidade nos municípios da região de saúde, os quais complementam suas lacunas por meio de pactuações havendo dificuldades de referência e contra referência entre os municípios, além de descumprimento da PPI por parte dos municípios prestadores, os quais não oferecem o quantitativo de vagas que foi pactuado, sob argumentação que os valores repassados aos municípios pelo SUS, com base na Portaria nº 2.488/2007, estão em defasagem, levando-nos a inferir que o subfinanciamento do SUS expressa a relação entre a política econômica adotada pelo Estado e a política social, cujos recursos do fundo público no âmbito do orçamento estatal, é tanto imprescindível na garantia das políticas sociais, como para sobrevivência do capital.

A pesquisa demonstrou que esses problemas têm refletido no PTFD e mesmo os profissionais argumentando que a regulação de usuários em TFD segue um fluxo menos burocrático afirmam que garantir o encaminhamento e o cadastramento desse usuário nos locais pactuados não tem garantido a disponibilidade do serviço. Dentre outras dificuldades do PTFD os profissionais ressaltam a autorização e ressarcimento de despesas de usuários ser feita mediante disponibilidade orçamentária dos municípios além do valor do benefício estar ultrapassado para atual conjuntura.

Dentre outros limites identificamos haver dificuldades de articulação entre os órgãos e/ou profissionais que estão envolvidos no processo de TFD; insuficiência de recursos humanos; persistência do desconhecimento do funcionamento do PTFD por parte de alguns órgãos e da população usuária; além de percebermos a participação dos conselhos de saúde dos municípios em relação ao PTFD têm sido incipiente demonstrando uma fragilidade na luta pela efetivação e democratização do direito à saúde.

Para além da complexa realidade problematizada inferimos que o assistente social sofre com as implicações e tensões presentes na dinâmica do cotidiano do PTFD, uma vez que esse é um trabalhador que se insere em processos de trabalho, logo, as condições sociais que circunscrevem seu exercício profissional interferem nas suas respostas as expressões da “questão social” sendo um desafio propor respostas críticas perante as condições objetivas desempenhando suas ações e as condições de trabalhador assalariado.

Dentre essas condições, identificamos: espaços ocupacionais com estruturas administrativas em precárias condições de trabalho, as quais não têm favorecido o cumprimento das condições éticas e técnicas para o exercício profissional; vínculos empregatícios instáveis; baixas remunerações; dentre outros constrangimentos do trabalho assalariado. Entretanto, ressaltamos que o assistente social não deve acatar todas as determinações institucionais, uma vez que o Serviço Social é uma profissão regulamentada e na hipótese de haver contradição entre as normativas institucionais e as prerrogativas profissionais sempre prevalecem essa última, logo o profissional tem uma autonomia técnica.

Em suma, exercer sua autonomia técnica e direcionar suas respostas profissionais, dentre outros elementos, depende do tipo de formação que o profissional recebeu, da afinidade que possui com os princípios e valores do Projeto Ético-Político da profissão e do projeto da Reforma Sanitária, bem como, dos referenciais teóricos- metodológicos em que se baseia-se sua ação. Com essas reflexões analisamos as demandas e respostas profissionais.

Identificamos que as demandas dos usuários tem se apresentado enquanto problemáticas em separadas, logo somente por meio de um esforço analítico do assistente social, sua fenomenalidade pode ser ultrapassada e situada dentro da totalidade. Sinalizamos o quanto o cotidiano é preservado e impõe imediatismo, espontaneidade e superficialidade. Por isso, diante da heterogeneidade das demandas, o assistente social recorre a ultrageneralização e suas respostas profissionais passam a basear-se numa práxis utilitária, na qual a condução de suas ações não rompe com a prática rotineira, acrítica e burocrática, não se identificando com sua atividade humano-genérica e tampouco atingindo a *coisa em si*.

As ações que predominam no atendimento aos usuários do PTFD na região de saúde tem sido de agenciamento de medidas de caráter emergencial, nas quais há pouco planejamento e sistematização dos dados de atendimentos, ou seja, uma ação profissional que precisa estar à luz do projeto profissional. Quanto às demandas institucionais postas à profissão, em tempos de hegemonia do capitalismo monopolista financeiro e do padrão flexível, sinalizamos tensões entre as requisições e as legislações que orientam o exercício profissional, já que dentre elas apareceram demandas por controle, ajustamento dos indivíduos e sua recondução às normas vigentes.

Quanto ao posicionamento dos profissionais diante das demandas expostas as verbalizações, de modo geral, foram de defesa de direitos tal como preconiza o Projeto Ético-político com respostas profissionais condizentes com as legislações que normatizam a profissão, entretanto, as ações profissionais com tendências conservadoras não foram excluídas.

Ademais, identificamos ainda, respostas profissionais que demonstraram descrença e falta de clareza sobre a materialização do Projeto Ético Político, num momento conjuntural que requer posicionamentos ético-políticos compatíveis com os princípios e valores desse projeto já que estamos num momento de regressão e ameaça a direitos conquistados.

Assim, podemos considerar que há uma necessidade de ampliar estudos, a fim fortaleceram a interlocução entre o exercício profissional dos assistentes sociais e a dimensão do seu Projeto Ético-Político, identificando mediações analíticas dos desafios presentes na conjuntura contemporânea, frente ao contexto de políticas regressivas. Nessa direção, os embates contra reformistas, a desfinanceirização e precarização da saúde pública no Brasil à luz das diretrizes da agenda neoliberal, trazem embates e implicações diretamente nos profissionais de Serviço Social e usuários, bem como, na política de saúde, o que nos convoca ao debate e a luta permanente pela ruptura com o conservadorismo, defesa constante e vigilante do nosso projeto profissional.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABESS/CEDEPSS. Diretrizes Gerais para o curso de Serviço Social. Cadernos \ABESS nº 7. São Paulo: Cortez, 1996a.

_____. Diretrizes Gerais para o curso de Serviço Social. Cadernos \ABESS nº 8. São Paulo: Cortez, 1996b.

ALELUIA, José Carlos. O drama da saúde na Bahia. **A Tarde**. Salvador: 19. agosto. 2014. Disponível em: <http://atarde.uol.com.br/opiniaio/noticias/o-drama-da-saude-na-bahia-1615698>. Acesso: 13.abr.2017.

ANTUNES, Ricardo. A sociedade dos adoecimentos no trabalho. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 123, jul./set. 2015 p. 407-427. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sssoc/n123/0101-6628-sssoc-123-0407.pdf>. Acesso: 27.fev. 2018.

AZEVÊDO, Sandro Roberto de. **O Programa de Tratamento Fora de Domicílio no Piauí: Uma análise de sua implementação a partir das dimensões jurídica, operacional e financeira nos anos de 2009 a 2013**. 2015. 135f. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas) - Programa de Pós-graduação em Políticas Públicas, Universidade Federal do Piauí, Teresina. 2015.

BAHIA (Estado) Secretaria do Planejamento – SEPLAN. **Relatório Anual de Governo 2015**. SEPLAN:SALVADOR, 2016. 39p. Disponível em: http://www.seplan.ba.gov.br/arquivos/File/relatorios/Ano2015/RAG_2015_Parte_I_v5.pdf. Acesso: 04.abr. 2017.

_____. Lei nº 13.204 de 11 de dezembro de 2014. Modifica a estrutura organizacional da Administração Pública do Poder Executivo Estadual e dá outras providências. Palácio do Governo do Estado da Bahia, Salvador, BA em 11 dez., 2014. Disponível em: <http://www.secom.ba.gov.br/arquivos/File/LEI13204.pdf>. Acesso: 12. Fev. 2017.

_____. Resolução CIB Nº 275/2012. Aprova as regiões de saúde do Estado da Bahia e a instituição das Comissões Intergestores Regionais. Salvador, 15. Agosto, 2012. Disponível em: http://www1.saude.ba.gov.br/mapa_bahia/docs/RESOLU%C3%87%C3%83O%20275_15.08.2012_Aprova%20Regi%C3%B5es%20de%20Sa%C3%BAde%20e%20CIR.pdf. Acesso: 12. Fev. 2017.

BARROCO, Maria Lúcia Silva. Fundamentos éticos do Serviço Social. In: **Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais**. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009. (p.165-184)

BEHRING, Elaine Rossetti. **Brasil em contra-reforma. Desestruturação do Estado e perda dos direitos**. São Paulo: Cortez, 2008.

_____; BOSCHETTI, Ivanete. **Política social: fundamentos e história**. São Paulo: Cortez, 2011.

BORON, Atílio. Epílogo: Uma teoria para o século XXI? In: **A coruja de Minerva: mercado contra democracia no capitalismo contemporâneo**. Petrópolis: Vozes, 2001.

BOSCHETTI, Ivanete; SALVADOR, Evilásio. O financiamento da Seguridade Social no Brasil no período de 1999 a 2004: Quem paga a conta? In: **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**. 4.ed.- São Paulo: Cortez, 2009.

BRASIL. Código de ética do Assistente Social. Lei nº 8.662/1993 de regulamentação da profissão. Diário Oficial [da] República federativa do Brasil, Brasília, DF, 7 de junho de 1993. Disponível em: http://www.cfess.org.br/arquivos/legislacao_lei_8662.pdf. Acesso: 10.jan.2017.

_____. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Brasília, DF, 2012. Brasília, DF, 2012. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html. Acesso: 20.abril. 2017.

_____. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016. Brasília, DF, 2016. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>. Acesso: 30.mar.2017.

_____. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, Senado,1988a.

_____. Decreto nº 7.508, de 28 de Junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial [da] República federativa do Brasil, Brasília, DF,29.jun.20011. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm. Acesso. 23.nov.2017.

_____. Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). **Ordem de serviço INAMPS nº 167, de 29 de julho de 1988**: fundamentos legais: Resolução INAMPS nº 195/88, de 29 de julho de 1988b.

_____. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial [da] República federativa do Brasil, Brasília, DF, 19 set. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm. Acesso em 02. Set. 2013.

_____. Ministério da Saúde. **O SUS de A a Z : garantindo saúde nos municípios / Ministério da Saúde, Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde**. – 3. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2009a. 480 p – (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.559, de 1º de agosto de 2008. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde - SUS. Diário Oficial [da] República federativa do Brasil, Brasília, DF: 2008. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1559_01_08_2008.html. Acesso. 19.jun.2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Portaria/SAS/Nº 055 de 24 de fevereiro de 1999. Dispõe sobre a rotina do Tratamento Fora de Domicílio no Sistema

Único de Saúde – SUS, [...]. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 1.mar. 1999. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port99/PT-055.html>. Acesso. 14.01.2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Secretaria Executiva; Departamento de Apoio à Descentralização; Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. **Colegiado de gestão regional na área da saúde intraestadual: orientações para organização e funcionamento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b.

_____. Tribunal de Contas da União. **Orientações para conselheiros de saúde**. Brasília: TCU, 4ª Secretaria de Controle Externo, 2010.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Serviço Social e Reforma Sanitária: lutas sociais e práticas profissionais**. São Paulo: Cortez, 2007.

_____; MATOS, Maurílio Castro de. Projeto Ético-Político do Serviço Social e sua Relação com a Reforma Sanitária: elementos para debate. In: MOTA, Ana Elizabete [et al.], (orgs). **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**. 4.ed.- São Paulo: Cortez, 2009. (p.197-217).

CARDOSO, Gessi Maria; LAZZAROTTO, Elizabeth Maria; ZANELLA, M. S. Viviane. Paciente - cliente ou cidadão?. **Seminário Nacional Estado e Políticas Sociais no Brasil**. UNIOESTE, Campus de Cascavel, Paraná: 2003. Disponível em:<http://cac.php.unioeste.br/projetos/gpps/midia/seminario1/trabalhos/Saude/eixo1/71gessimariacardoso.p>df. Acesso: 22.jan.2018.

CASTRO, Jamile Silva de Oliveira; ANDRADE, Laurinete Sales de. Serviço Social e o SUS: Desafios na prática do assistente social.**Serv.Soc.& Saúde**. Campinas: 2014. v. 13, n.1(17) p.111-126.ISSN1676-6806.

CBES – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde. **A Saúde da Bahia**. Salvador: CBES, 21. agosto. 2014 às 12h08. Disponível em: <http://cebes.org.br/2014/08/a-saude-da-bahia/>. Acesso. 13. abr.2017.

CEAP. Centro de Educação e Assessoramento Popular. **Pacto pela Saúde: Possibilidade ou realidade?**.CEAP.2 ed. Passo Fundo: IFIBE, 2009.

CFESS. Conselho Federal de Serviço Social.**Assistentes Sociais no Brasil: Elementos para o Estudo do Perfil Profissional**. 2005. Disponível em: http://www.cfess.org.br/pdf/perfilas_edicaovirtual2006.pdf. Acesso em: dezembro de 2017.

_____. **Parâmetros para atuação de assistentes sociais na política de saúde**. Brasília: CFESS, 2009.

_____. Resolução CFESS N.º 383/99 de 29/03/1999. Caracteriza o assistente social como profissional da saúde. Disponível em: http://www.cfess.org.br/arquivos/resolucao_383_99.pdf. Acesso: 25.mar.2017.

CHAUI, Marilena. A universidade operacional. **Avaliação -Revista da Avaliação da Educação Superior**. Sorocaba, v.4. n. 3, supl. 1, p. 1-8, 1999. Disponível em: <http://periodicos.uniso.br/ojs/index.php/avaliacao/article/view/1063/1058>. Acesso em: 27.jan.2018.

COHN, Amélia; NUNES, Edison; JACOBI, Pedro R; KARSCH, Úrsula S. **A Saúde como um direito e como Serviço**. 3ª ed. São Paulo: Cortez, 2002.

COUTINHO, Carlos Nelson. **Cultura e sociedade no Brasil**: ensaios sobre idéias e formas. 4.ed. São Paulo: Expressão Popular, 2011. 264p.

DATASUS. Departamento de Informática do SUS. Disponível em: <http://datasus.saude.gov.br/projetos/57-sisreg>. Acesso: 04.dez. 2017.

DENZIN, Norman K.; LINCOLN, Yovonna S. Introdução: a disciplina e a prática da pesquisa qualitativa. In: **O Planejamento da Pesquisa Qualitativa. Teorias e abordagens**. Porto Alegre: ARTMED, 2006, p.15-25.

DIEESE. Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos. **Salário Mínimo Nominal e Salário Mínimo Necessário**. Disponível em: <https://www.dieese.org.br/analisecestabasica/salarioMinimo.html>. Acesso em: dezembro de 2017.

DRAIBE, Sônia. O Welfare State no Brasil: características e perspectivas. **Caderno de Pesquisa**.nº 08, Universidade Estadual de Campinas: Núcleo de Políticas Públicas, 1993. Disponível em: <https://sociologiajuridica.files.wordpress.com/2011/10/o-welfare-state-no-brasil-caracterc3adsticas-e-perspectivas-sonia-draibe.pdf>. Acesso: 12.fev.2018.

DUARTE, C. M. R. (2000). **Equidade na Legislação**: um Princípio do Sistema de Saúde Brasileiro? *Ciência& Saúde Coletiva*, 5 (2), 2000.

FERNANDES, Silvio Darley Pereira. **Tratamento Fora de Domicílio no quarto e sétimo centros regionais de saúde do estado do Pará [manuscritos]: informações úteis para o planejamento da gestão do trabalho no SUS**. 2010.124f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde e Gestão do Trabalho) - Programa de Mestrado profissional em Saúde e Gestão do Trabalho. Universidade do Vale do Itajaí, Itajaí. 2010.

FRANCO, Maria Laura PuglisiBarbosa. **Análise de conteúdo**. Brasília: Liber Livro Editora, 2005.

FREITAS, Rosana de C. Martinelli. **O governo Lula e a proteção social no Brasil**: desafios e perspectivas. *Rev. Katál. Florianópolis* v. 10 n. 1 p. 65-74 jan./jun. 2007.

GOLDENBERG, Mirian. **A arte de pesquisar**: Como fazer pesquisa qualitativa em Ciências Sociais. 8ª ed. - Rio de Janeiro: Record, 2004.

GUERRA, Yolanda. A dimensão técnico-operativa do exercício profissional. In:SANTOS, Claudia Mônica dos; BACKX, Sheila; GUERRA, Yolanda (orgs). **A dimensão técnico-operativa no Serviço Social: desafios contemporâneos**. Juiz de Fora: Editora UFJF, 2012, 184p.

_____. **A instrumentalidade do serviço social**. 6ª Ed. São Paulo: Cortez, 2005.

HELLER, Agnes. **O Cotidiano e a História**. São Paulo: Paz e Terra, 1970.

IAMAMOTO, M. V. A Questão Social no Capitalismo. In: **Revista Temporalis**° 03. Brasília: ABEPSS, 2001.

_____. O Serviço Social na cena contemporânea. In: **Serviço social: direitos sociais e competências profissionais**. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009.

_____. **O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. São Paulo: Cortez, 2012.

_____. **Renovação e conservadorismo no Serviço Social: ensaios críticos**. São Paulo: Cortez, 1992.

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

_____. Transformações societárias, alterações no mundo do trabalho e serviço social. **Rev. Serviço Social**, n.06. Brasília: UNB, 2000.

_____; CARVALHO, R. **Relações sociais e Serviço Social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e estatística. Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?sigla=ba>. Acesso: 06.fev.2017.

JAMESON, Fredric. **Pós-modernidade ou a lógica cultural do capitalismo tardio**. São Paulo: Ática, 1996. (p. 27-79 & 269-284).

KOGA, Dirce. Aproximações sobre o conceito de território e sua relação com a universalidade das políticas sociais. **Serv. Soc. Rev.**, Londrina, v. 16, n.1, p. 30-42, jul./dez. 2013.

KOIKE, Maria Marieta. Formação profissional em Serviço Social: exigências atuais. In: **Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais**. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009. (p.201-219).

KOSIK, Karel. **Dialética do concreto**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995.

LEFEBVRE, Henri. **A vida cotidiana no mundo moderno**. Tradução: Alcides João de Barros. São Paulo: ática, 1991. 216 p. (Série temas, volume 24, Sociologia e Política).

LÊNIN, V.I. **Imperialismo, estágio superior do capitalismo**. São Paulo: Expressão popular, 2012.

LOWY, Michael. A Teoria do Desenvolvimento Desigual e Combinado. In: LOWY, Michael; BENSAID, Daniel. **Marxismo, modernidade e utopia**. São Paulo: Xamã, 2000.

LUKÁCS, George. **Ontologia do Ser Social - Os Princípios Ontológicos Fundamentais de Marx**. São Paulo: Livraria Editora Ciências Humanas, 1979.

MANDEL, Ernest. **O capitalismo tardio**. São Paulo: Abril Cultural, 1982.

_____. **Trotski**: um estudo da dinâmica de seu pensamento. Rio de Janeiro: Zahar, 1980.

MARQUES, Rosa Maria; MENDES, Áquilas. Servindo a dois senhores: as políticas sociais no governo Lula. **Rev. Katál**. Florianópolis v. 10 n. 1 p. 15-23 jan./jun. 2007.

MARSHALL, T. H. **A Cidadania, classe social e status**. Trad. Meton Porto Gadelha. Rio de Janeiro: Zahar, 1977.

MARSIGLIA, Regina Maria Giffoni. O projeto de pesquisa em Serviço Social. In **Capacitação em Serviço Social e Política Social**, Módulo 5: Intervenção e pesquisa em Serviço Social. Brasília: UNB, Centro de Educação Aberta, Continuada, a Distância, 2001.

MARX, Karl. **Miséria da Filosofia**: Resposta à Filosofia da Miséria do Sr. Proudhon. São Paulo: Livraria Editora Ciências Humanas, 1982.

_____. **O capital**. Crítica da Economia Política. Volume I. Livro primeiro. O processo de produção do capital. Tomo 1. Editora Nova Cultural Ltda: São Paulo, 1996.

_____; ENGELS, Friedrich. **Manifesto do partido comunista**. São Paulo, SP: Expressão Popular, 2008, p. 70

MATOS, Maurílio Castro de. **Serviço Social, ética e saúde**: Reflexões para o exercício profissional. São Paulo: Cortez, 2013.

MINAYO, Maria Cecília de Sousa (org). **Pesquisa Social**: Teoria, método e criatividade. 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

MONTAÑO, Carlos. **O Serviço Social frente ao neoliberalismo**: Mudanças na sua base de sustentação funcional-ocupacional. In: Serviço Social e Sociedade. n. 53. São Paulo, Editora Cortez, 1997.

_____. **A Natureza do Serviço Social**: um ensaio sobre sua gênese, a “especificidade” e sua reprodução. 2.ed. São Paulo: Cortez, 2009.

MORAES, Carlos Antônio de Souza. Os desafios do novo século à formação em Serviço Social. In: **Revista Temporalis** nº 31. Brasília: ABEPSS, 2016.

MOTA, Ana Elizabete. Seguridade Social Brasileira: desenvolvimento histórico e tendências Recentes. In: **Serviço Social e Saúde**: Formação e Trabalho Profissional. 4.ed.- São Paulo: Cortez, 2009.(p.40-48).

NETTO, José Paulo. **A construção do projeto ético-político profissional frente à crise contemporânea**. (Curso de Capacitação em Serviço Social e Política Social). Brasília: CFESS/ABEPSS/CEAD, 1999.

_____. **Capitalismo monopolista e Serviço Social**. 8ª ed. São Paulo: Cortez, 2009.

_____. Cinco Notas a Propósito da “Questão Social”. In **Revista Temporalis** nº 03. Brasília: ABEPSS, 2001.

_____. Crise do capital e consequências societárias. **Revista Serviço Social & Sociedade**. São Paulo, n. 111, p. 413-429, jul./set. 2012.

_____. **Ditadura e Serviço Social: uma análise do Serviço Social no Brasil pós-64**. 7. ed. São Paulo: Cortez, 2015.

_____. **Introdução ao Estudo do Método de Marx**. 1. ed. - São Paulo: Expressão Popular, 2011. p. 64.

_____. O movimento de reconceitualização – 40 depois. **Serviço Social & Sociedade**. São Paulo: Cortez, ano XXVI, n. 84, p. 5- 20, nov. 2005.

_____. O Serviço Social e a tradição marxista. **Revista Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, Cortez, v. 10, n. 30, p. 89-102, 1989.

_____. Para a Crítica da Vida Cotidiana. In: CARVALHO, Maria do Carmo Brant de; **Cotidiano: conhecimento e crítica**. São Paulo: Cortez, 2007.

_____; BRAZ, Marcelo. **Economia Política: uma introdução crítica**. 8ed. São Paulo: Cortez, 2012.

NOGUEIR, Vera Maria Ribeiro; MIOTO, Regina Célia Tamasso. Desafios Atuais ao Sistema Único de Saúde – SUS e as exigências para os Assistentes Sociais . In: **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**. 4. ed. - São Paulo: Cortez, 2009. (p.218-243).

NUNES, André. As teorias de justiça e a equidade no Sistema Único de Saúde no Brasil. In: **Planejamento e políticas públicas / Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada**. Brasília: Ipea, 2011.

Observatório Baiano de Regionalização. Disponível em: http://www.saude.ba.gov.br/obr/index.php?menu=regiao_de_saude&COD_IBGE=290070®IAO_DE_SAUDE=ALAGOINHAS. Acesso: 12.abril.2017.

OLIVEIRA, Roberta Godim; BOMFIM, Regina; GRABOIS, Victor; CAMPOS, Carlos Eduardo Aguilera; GRIBEL, Else Bartholdy . Organização da atenção. In: Oliveira, Roberta Gondim de (Org.). **Qualificação de gestores do SUS**. Rio de Janeiro, RJ : EAD/Ensp, 2009.

PERETZ, Henri. **Métodos em sociologia - para começar**. (1ª ed.). (J. C. Silva, Trad.) Lisboa: Temas e Debates, 2000.

PIANA, Maria Cristina. O serviço social na contemporaneidade: demandas e Respostas. In: PIANA, Maria Cristina. **Construção do perfil do assistente social no cenário educacional** [online]. São Paulo: Editora UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2009. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/vwc8g/pdf/piana-9788579830389-04.pdf>. Acesso. 06.mar.2017.

PNUD. PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO. **Atlas do desenvolvimento humano no Brasil**. Disponível em: <http://www.pnud.org.br/atlas/>. Acesso em: dezembro de 2017.

RAICHELIS, Raquel. O trabalho do assistente social na esfera estatal. In: **Serviço social: direitos sociais e competências profissionais**. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009. (p.377-391).

RODRIGUES ON, Maria Lúcia. O Serviço Social e a perspectiva interdisciplinar. In: MARTINELLI, Maria Lúcia; RODRIGUES ON, Maria Lucia; Muchail, Salma Tannus. (organizadoras). **O Uno e o Múltiplo nas Relações entre as Áreas do Saber**. São Paulo: Cortez: EDUC, 1998.

SALVADOR, Evilásio. Fundo Público e o financiamento das Políticas Sociais no Brasil. In: **Serv. Soc. Rev.**, Londrina, v. 14, n.2, p. 04-22, jan./jun. 2012.

SANTOS, Josiane Soares. **Neoconservadorismo Pós-moderno e Serviço Social Brasileiro**. São Paulo: Cortez, 2007.

SANTOS, Wanderley Guilherme dos. **Cidadania e Justiça: A política social na ordem burguesa**. Rio de Janeiro: Campus, 1979.

SARGSUS. Sistema de Apoio à Construção do Relatório de Gestão. Disponível: <http://aplicacao.saude.gov.br/sargsus/login%21carregaRelatorioExterno.action?codUf=29&codTpRel=01>. Acesso: agosto.2017.

SEI BAHIA. Superintendência de Estudos Econômicos e Sociais da Bahia. Disponível em acesso:http://www.sei.ba.gov.br/index.php?option=com_wrapper&view=wrapper&Itemid=266. Acesso: 13.set.2017.

SESAB. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. **Manual de Normatização do Tratamento Fora do Domicílio do Estado da Bahia**. SESAB: 2012. http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/texto1-5.pdf. Acesso: 20.fev.2017.

SILVA, Cristina C. Ribeiro da. Interdisciplinaridade e Transdisciplinaridade no atendimento ao idoso. **Revista Portal de Divulgação**, n.5, Dez. 2010.

SILVA, José Fernando Siqueira da. **Serviço Social: resistência ou emancipação?**. 1. ed. São Paulo: Cortez, 2013.

SILVA, Nelmiros Ferreira da. Serviço Social no Cotidiano de Combate a Pobreza: reificação das protoformas ou espaço de resistência? In: GONÇALVES, Maria da Conceição Vasconcelos [et. al]. **Serviço Social no debate cotidiano: fundamentos, formação e exercício da profissão**. São Cristóvão: Editora UFS, 2015.

SIMÕES, Nanci Lagioto Hespanhol. **Autonomia profissional do assistente social X trabalho assalariado**. 1.ed. - Curitiba: Editora Prismas, 2016.

SOARES, Adilson; SANTOS, Nelson Rodrigues dos. Financiamento do Sistema Único de Saúde nos governos FHC, Lula e Dilma. Saúde em Debate, **Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde**. Volume 38, número 100. Rio de Janeiro: 2014. (p.18-26)

TAVARES, Maria Cecília. **A inserção do Assistente Social no Programa Saúde da Família em Aracaju: os tempos de um movimento**. 2009.258f. Tese (doutorado em Serviço Social) – Programa de Pós Graduação em Serviço Social. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo - PUC/SP, São Paulo, 2009.

TEIXEIRA, Joaquina Barata, BRAZ, Marcelo. O projeto ético-político do Serviço Social. In: **Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais**. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009.

TONET, Ivo. O Pluralismo metodológico: um falso caminho. In: **Revista Serviço Social e Sociedade**. São Paulo: Cortez, N° 48, 1995.

TRIVIÑOS, A. N. S.. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: A pesquisa qualitativa em educação. (1a. ed.). São Paulo: ATLAS, 2011.

VASCONCELOS, Ana Maria de. **A prática do Serviço Social**: cotidiano, formação e alternativas na área de saúde, 8ª ed. – São Paulo:Cortez, 2012.

VASCONCELOS, Kathleen Elane Leal. **Promoção da Saúde e Serviço Social: uma análise do debate profissional**. 2013. 349f. Tese (Doutorado em Serviço Social) –Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Pernambuco.CCSA, Recife: UFPE, 2013.

YAZBEK, Maria Carmelita. Fundamentos históricos e teóricos metodológicos do Serviço Social. In: **Serviço Social**: direitos sociais e competências profissionais. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009b. (p.143-163).

_____.O significado sócio-histórico da profissão. In: **Serviço Social**: direitos sociais e competências profissionais. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009a. (p.125-141)

APÊNDICES A- Questionário

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA - POSGRAP
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL – PROSS

Título: Tensão, limites e possibilidades: assistentes sociais no cotidiano do Programa de Tratamento Fora do Domicílio na Região de Saúde de Alagoinhas/BA

Discente: Jeruzia Silva dos Santos

ROTEIRO DE ENTREVISA

Objetivo: Caracterizar o perfil dos assistentes sociais inseridos no PTFD nos municípios da região de saúde de Alagoinhas/BA

PERFIL PROFISSIONAL

Município e setor que trabalha:

Sexo:

Idade:

Tempo de formação:

Tipo de instituição que se formou: pública/privada – ead/presencial:

Qualificação profissional da amostra – graduação/ especialização/ mestrado/doutorado:

Tempo de trabalho como assistente social:

Tempo de trabalho como assistente social do PTFD:

Tipo de vínculo empregatício (contratado/terceirizado/concursado/comissionado):

Possui outro vínculo empregatício:

Carga horária de trabalho:

Tem participado de jornada, congressos, simpósio ou encontros de serviço social:

Renda mensal:

Objetivo: refletir sobre determinantes sócio institucionais que impactam o exercício profissional do assistente social

ESTRUTURA ADMINISTRATIVA

1. Possui sala privativa para atendimento? Possui equipamentos necessários disponíveis – computador, telefone, internet, entre outros?
2. Há um setor específico para TFD?
3. O PTFD exige uma grande articulação com os sistemas de regulação em saúde. Como funciona o sistema de regulação?
4. O município para o qual trabalha possui PPI com outros municípios? A PPI do município cobre a demanda de marcação de exames, consultas, cirurgias? No caso de não ter PPI falar sobre as manobras municipais e se são suficientes.
5. O TFD garante a contra-referência?
6. As clínicas e hospitais para onde majoritariamente encaminham seus usuários são de que natureza? (pública, privada, filantrópica)
7. O município paga regularmente aos usuários do TFD?
8. Os recursos financeiros disponibilizados para o TFD cobre a demanda dos usuários? Em caso negativo, como faz para viabilizar o acesso dos que não são amparados pelo benefício?

9. Há benefícios para o acompanhante?
10. Há legislação municipal que regulamente o serviço do TFD ou o Serviço Social realiza avaliação de cada caso?
11. Há critério sócio econômico?
12. Há levantamento anual sobre solicitações do TFD? Tem quantitativo de deslocamento?
13. Há reclamações dos usuários sobre a burocracia para acesso ao TFD?
14. Tem demanda reprimida no TFD?
15. Há processos judiciais de usuários?
16. A prefeitura já foi acusada de irregularidade no TFD?
17. Como é feito o deslocamento? Possui veículos próprios?
18. Qual a participação do controle social no TFD?
19. Tem organização política de usuários do TFD?
20. Pode indicar os problemas que encontra na sua prática profissional para viabilizar o PTFD no que se refere a estrutura institucional?

CORPO TÉCNICO

21. É membro da equipe do PTFD ou apenas dar suporte?
22. Além de atuar no TFD é responsável por outros programas na instituição?
23. Atua com outros profissionais de Serviço Social na instituição?
24. Com quais profissionais trabalha no PTFD?
25. Como avalia as ações que desenvolve com outros profissionais no PTFD: são interdisciplinares ou multidisciplinares? Por quê?
26. A atuação dos outros profissionais na viabilização do TFD ajuda ou atrapalha? Por quê?

QUESTÃO RELATIVAS AO EXERCÍCIO PROFISSIONAL

Objetivo: Mapear as demandas e ações interventivas do assistente social na viabilização do acesso a saúde no Programa de Tratamento Fora do Domicílio

A) Dimensão Técnico-Operativa

27. Caracterizar o público alvo para o qual trabalha e relatar quais as principais demandas desses usuários e quais as ações interventivas para atendimento destas demandas?
28. Caracterizar o perfil epidemiológico
29. Há intervenções preventivas?
30. As doenças estão relacionadas ao trabalho?
31. Como são coletivizadas as demandas individuais pelo TFD?
32. Quais as demandas da instituição no PTFD e como tem sido as respostas profissionais?
33. Quais os principais instrumentais que utiliza?
34. Falar sobre as atividades que realiza no dia a dia do TFD.

Objetivo: Verificar se as ações interventivas dos assistentes sociais inseridos no PTFD estão de acordo com os preceitos das legislações que orientam e regulamentam o exercício profissional

B) Dimensão Teórico-metodológica

35. Você acredita que o TFD contribui com a integralidade e com a ampliação do acesso aos serviços do SUS? Por quê?
36. Como você avalia as demandas que chegam para o Serviço Social?
- As demandas que chegam não correspondem as atribuições e competências profissionais
 - O volume de demandas é maior que as possibilidades de atendimento a elas
 - O nível de complexidade exige uma articulação maior com outros setores
 - As demandas já chegam fragmentadas não sendo possível avaliá-las como um todo
- Justifique as respostas e sinalize mais opções-----
37. Quais as estratégias de mediação teórica com o concreto vivido?
38. Como você avalia suas respostas profissionais na viabilização do TFD?
- São respostas imediatas?
 - São desarticuladas, fragmentadas e pontuais?
 - Atendem majoritariamente as necessidades institucionais?
 - Predomina a atividade burocrática?
 - Não conseguem ampliar a cidadania?
 - Não conseguem efetivar as dimensões profissionais?
 - Atendem majoritariamente as demandas dos usuários?
 - Se relacionam com o projeto ético político?
- Comente suas respostas e sinalize outras _____
39. Quanto as legislações e documentos abaixo sinalize quais julga possíveis de cumprir/efetivar no seu cotidiano profissional. Justifique a resposta:
- Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.
 - Portaria / SAS / nº. 055 de 24 de fevereiro de 1999 - dispõe sobre a rotina do Tratamento Fora do Domicílio no Sistema Único de Saúde – SUS, com inclusão dos procedimentos específicos na tabela de procedimentos do sistema de informações ambulatoriais do SIA / SUS e dá outras providências.
 - Parâmetros para Atuação do Assistente Social na Saúde
 - Código de Ética Profissional do Serviço Social de 1993
 - Lei 8.662/93 – Lei de regulamentação da profissão
 - Resolução do CFESS 493/2006 – Dispõe sobre as condições éticas e técnicas do exercício profissional do assistente social.
 - Resolução CFESS 557/2009 - dispõe sobre a emissão de pareceres, laudos, opiniões técnicas conjuntos entre o assistente social e outros profissionais.
- 41 - Você acredita ser possível materializar o Projeto Ético Político no cotidiano do TFD? Por quê?

B) Dimensão Ético-Política

Participação Social em conselho da saúde
Oficinas, fóruns, debates e conferências de saúde

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa intitulada “Tensão, Limites e Possibilidades: Assistentes Sociais no Cotidiano do Programa de Tratamento Fora do Domicílio na Região de Saúde de Alagoinhas/BA”, que será desenvolvida por Jeruzia Silva dos Santos, discente do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, orientada pela professora colaboradora da Universidade Federal de Sergipe, Dra. Nelmiere Ferreira da Silva.

A pesquisa tem por objetivo geral analisar as demandas e as respostas sócio-profissionais dos assistentes sociais no cotidiano do Programa de Tratamento Fora do Domicílio - PTFD frente ao seu compromisso ético-político e as contradições e tensões geradas pelo projeto privatista e focalizador do acesso ao direito universal a saúde. O estudo será desenvolvido através de formulário de entrevista com assistentes sociais que atuam nos Programas de Tratamento Fora do Domicílio dos municípios da Região de Saúde de Alagoinhas/BA e tem como objetivos específicos: caracterizar o perfil dos assistentes sociais inseridos no PTFD nos municípios da região de saúde de Alagoinhas/BA; refletir sobre os determinantes sócio institucionais que impactam o exercício profissional do assistente social; mapear as demandas e ações interventivas do assistente social na viabilização do acesso a saúde no Programa de Tratamento Fora do Domicílio; verificar se as ações interventivas dos assistentes sociais inseridos no PTFD estão de acordo com os preceitos das legislações que orientam e regulamentam o exercício profissional.

Destacamos, ainda que, o estudo proposto contempla todos os requisitos éticos previstos na legislação atual e enfatizamos o nosso interesse em disponibilizar para você os dados gerados, bem como, os resultados finais do estudo. Desse modo, serão respeitados os aspectos éticos, presentes na resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, na resolução nº 510, de 07 de abril de 2016 e nas demais resoluções complementares as mesmas.

Atribuímos a relevância deste estudo por ele proporcionar discussões referentes ao Programa de Tratamento Fora do Domicílio, tema de caráter relativamente novo (revelado claramente na escassez de produção científica sobre o mesmo), sendo este um benefício pouco conhecido e pouco discutido tanto na academia quanto na sociedade como um todo. Para o Serviço Social sua importância está centrada na produção de conhecimento sobre o tema, visto que o assistente social tem sido convocado a trabalhar na operacionalização do referido benefício e poucas são as publicações acerca das ações desenvolvidas por este profissional.

Por fim, comprometemo-nos com o sigilo absoluto da sua identidade, no entanto, solicitamos seu consentimento para que os dados obtidos nesta pesquisa sejam divulgados e apresentados em congressos ou publicados posteriormente. Em nenhum dos casos haverá a identificação dos participantes. Entretanto, ressaltamos que, existe subjetivamente o risco de desconfortos e constrangimentos durante a realização da entrevista, uma vez que, estará expondo informações referentes a sua situação sócio- econômica, contratual, fragilidades e limites da sua formação e ação profissional, entre outras. Esclarecemos, ainda, que você é livre para interromper a sua participação a qualquer momento, sem justificar sua decisão. Seu nome não será divulgado, você não terá despesas e não receberá dinheiro por participar do estudo. Este documento é feito em duas vias: uma via fica com o investigador e a outra fica com o participante. Qualquer esclarecimento ou dúvida estará a sua disposição.

1. Jeruzia Silva dos Santos, e-mail: gsmsrr@hotmail.com;
2. Nelmiros Ferreira da Silva, Professora colaboradora do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Sergipe, email: fnelmiros@gmail.com tel: (79) 2105-6357 (UFS).

Após estes esclarecimentos, eu _____, concordo em participar do estudo **“Tensão, limites e possibilidades: assistentes sociais no cotidiano do Programa de Tratamento Fora do Domicílio na Região de Saúde de Alagoinhas/BA”**, que será desenvolvida por Jeruzia Silva dos Santos, aluna do curso de Pós-graduação em Serviço Social e orientada pela professora da Universidade Federal de Sergipe, Dra. Nelmiros Ferreira da Silva. **Fui devidamente informado e esclarecido sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade.** Declaro ainda consentir com a divulgação, apresentação e publicação dos dados que serão resultantes deste estudo, sem identificação nominal de nenhum participante.

Bahia, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Participante