



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL

**A IMAGEM SOCIAL E A AUTOIMAGEM DO SERVIÇO SOCIAL EM
UM HOSPITAL-ESCOLA**

Andréa Fábria Freitas da Silva

João Pessoa- PB
2019

ANDRÉA FÁBIA FREITAS DA SILVA

**A IMAGEM SOCIAL E A AUTOIMAGEM DO SERVIÇO SOCIAL EM
UM HOSPITAL-ESCOLA**

Dissertação de Mestrado, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal da Paraíba para obtenção do título de mestre.

Orientação: Prof^a. Dr^a. Ana Paula Rocha de Sales Miranda

Co-orientação: Prof^a. Dr^a. Maria das Graças Miranda Ferreira da Silva

Área de concentração: Serviço Social e Política social

Linha de pesquisa: Serviço Social, Trabalho e Política Social

João Pessoa- PB

2019

Catálogo na publicação
Seção de Catalogação e Classificação

S586i Silva, Andrea Fabia Freitas da.

A Imagem Social e a Autoimagem do Serviço Social em um Hospital-Escola / Andrea Fabia Freitas da Silva. - João Pessoa, 2019.

148 f. : il.

Orientação: Ana Paula Miranda.

Coorientação: Maria das Graças Silva.

Dissertação (Mestrado) - UFPB/CCHLA.

1. Imagem social. 2. Autoimagem. 3. Serviço Social. 4. Saúde. 5. Projeto Ético-Político Profissional. I. Miranda, Ana Paula. II. Silva, Maria das Graças. III. Título.

UFPB/CCHLA

Andréa Fábila Freitas da Silva

**A IMAGEM SOCIAL E A AUTOIMAGEM DO SERVIÇO SOCIAL EM
UM HOSPITAL-ESCOLA**

Dissertação de Mestrado, apresentada ao
Programa de Pós-Graduação em Serviço Social
da Universidade Federal da Paraíba para
obtenção do título de mestre.

João Pessoa, 29 de julho de 2019

BANCA EXAMINADORA

Ana Paula Rocha de Sales Miranda

Prof^ª. Dr^ª. Ana Paula Rocha de Sales Miranda
(Orientadora – Universidade Federal da Paraíba)

Maria das Graças Miranda Ferreira da Silva

Prof^ª. Dr^ª. Maria das Graças Miranda Ferreira da Silva
(Coorientadora - Universidade Federal da Paraíba)

Edna Tânia F. da Silva

Prof^ª. Dr^ª. Edna Tânia Ferreira da Silva
(Examinadora 1 - Universidade Federal da Paraíba)

Prof^ª. Dr^ª. Patrícia Barreto Cavalcanti
(Examinadora 2 - Universidade Federal da Paraíba)

À minha filha, Júlia! Minha vida, razão da minha força, quem me incentiva e me fortalece com tanto amor. Mamãe ama mais do que tudo!

Dedico

AGRADECIMENTOS

A Deus, gratidão por permitir todas as minhas conquistas pessoais e profissionais, por me fortalecer ao longo do percurso do Mestrado, pela sua misericórdia e amor incondicional e incontestável.

Aos meus pais, Paulo e Gláucia, por serem minha base e incentivo, proporcionarem condições para meus estudos durante toda minha formação escolar e acadêmica e por nunca desistirem de mim. À minha mãe, que é exemplo de assistente social forte e destemida. Eu os amo.

À minha filha, Júlia, por sua existência. A ela, todo meu amor e dedicação. Obrigada por ser a força que me move e pela compreensão nos momentos de minha ausência.

Aos meus irmãos, Fabiana, André e Ana Paula, pelo amor, apoio e incentivo nos momentos de alegria ou de dificuldade. À Fabiana, pelas dicas de português e por cuidar da sobrinha/afilhada como se fosse sua filha.

Agradeço às minhas amigas de trabalho e da vida, por me acolherem na família que construímos no Serviço Social/HULW e, principalmente, contribuírem com a participação nesta pesquisa. Em especial, à Thatiana, pela amizade e pelas profícuas discussões sobre o tema apresentado; e à Roberta e Lenize, pela ética e amizade, descomplicando a conciliação entre mestrado e trabalho.

A todos os meus amigos e amigas que ouviram minhas angústias nos momentos de insegurança, apoiaram-me e incentivaram-me com palavras de encorajamento, fé e carinho, sobretudo, à Anne e Patrícia, as irmãs que a vida me presenteou.

À Professora e Orientadora Doutora Ana Paula Rocha de Sales Miranda, pela orientação, compreensão e dedicação em se manter presente, ainda que afastada temporariamente pelo nascimento da princesa Helena e ofício da maternidade, pelas valiosas considerações e apreciações críticas, imprescindíveis para o amadurecimento e enriquecimento do tema deste trabalho. Não há como mensurar minha gratidão.

À Professora e Coorientadora Doutora Maria das Graças Miranda Ferreira da Silva, “Gracinha”, pela simplicidade, atenção e carinho dedicados, por acreditar em mim e no meu trabalho, com a positividade e certeza de que tudo daria certo e,

principalmente, por aceitar a coorientação deste trabalho com ética, zelo, presteza e sabedoria. Muito obrigada!

Às professoras Doutora Edna Tânia Ferreira da Silva e Doutora Patrícia Barreto Cavalcanti, por aceitarem a avaliação deste trabalho, compartilhando do seu conhecimento com valorosas considerações, sugestões e análises, qualificando a dissertação com responsabilidade e ética.

Aos professores e professoras do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da UFPB, pela oferta de aulas que contribuíram para minha formação e para o amadurecimento teórico-crítico, refletido na pesquisa.

À equipe multiprofissional de saúde do HULW, que se disponibilizou a participar da pesquisa.

Ao Comitê de Ética em Pesquisa do HULW, por permitir a execução desta pesquisa e dirimir as dúvidas emergentes no percurso.

RESUMO

Esta pesquisa objetivou analisar a imagem social e a autoimagem da profissão de Serviço Social, de modo a elucidar as congruências e incongruências entre ambas, tomando-se como parâmetro o Projeto Ético-Político Profissional (PEPP). O materialismo histórico-dialético constituiu o método da pesquisa, por permitir vislumbrar o movimento dinâmico da realidade e a relação dialética entre a imagem endógena e exógena do Serviço Social, por meio de mediações. Trata-se de uma pesquisa de campo, qualitativa, realizada entre junho e dezembro de 2018, cuja amostra foi composta por 20 profissionais da equipe multiprofissional de saúde e 10 assistentes sociais do Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW), com aplicação de dois tipos de questionários, voltados para cada grupo. O estudo traça o perfil profissional dos dois grupos, examina a percepção, a importância, as principais demandas e atribuições do Serviço Social, sob as perspectivas endógena e exógena da profissão, refletindo sobre os influxos do conservadorismo e a busca de sua desconstrução, a partir das influências do PEPP sobre o exercício profissional. Como resultados, verifica-se que há incongruências entre a imagem social e a autoimagem da profissão, pois, embora todos(as) os(as) entrevistados(as) da equipe multiprofissional reconheçam a relevância do seu trabalho na equipe, e 75% tenham declarado que o Serviço Social interfere positivamente na rotina de trabalho, houve predomínio de uma visão conservadora da profissão, 60% associando-a à “ajuda” e ao “auxílio”, à burocratização (45%) e à manutenção da rotina institucional para atendimento de demandas imediatas (40%); enquanto que, embora na autoimagem as assistentes sociais reconheçam a interferência de rebatimentos do conservadorismo sobre seu exercício profissional (100%), todas vincularam sua atuação à perspectiva democrática de ampliação do direito, congruente ao PEPP, em defesa da classe trabalhadora que usufrui dos serviços de saúde como direito social universal, ainda que 80% tenham reconhecido que estes direitos são efetivados parcialmente. Para tanto, consideraram que o PEPP influencia o exercício, ao concatenar-se com a busca, a orientação e a tentativa de viabilização de direitos. Por fim, apontam-se os desafios de desmistificar a visão de “ajuda” imediatista da profissão sobre as sequelas da “questão social” na saúde, propondo a ampliação do debate plural com a equipe e com a gestão hospitalar; uma organização hospitalar horizontal que descentralize os processos decisórios para os profissionais e os usuários; o fortalecimento da categoria pelo aprimoramento profissional que promova a correlação da teoria crítica com a prática; dirimindo, por conseguinte, as imprecisões sob o exercício profissional e as dificuldades de efetivação do PEPP.

Palavras-chave: Imagem social; Autoimagem; Serviço Social; Saúde, Projeto Ético-Político Profissional.

ABSTRACT

This research aimed to analyze the social image and the self image of the Social Service profession, in a way to clarify the agreements and disagreements between both, taking as parameter the Professional Ethical-Political Project (PEPP). The materialism historical-dialectical constituted the research method, for allowing to glimpse the dynamic movement of reality and the dialectical relations between endogenous and exogenous of the Social Service, through mediations. This is a field research, qualitative, done between June and December of 2018, and such sample was composed of 20 professionals of the multi-task health team and 10 social assistants from University Hospital Lauro Wanderley (HULW), with the application of 2 types of questionnaires, deemed to each group. The study traces the Professional profile of both groups, examines their perception, the importance, the main demands and assignments of the Social Service, beneath the endogenous and exogenous of the job. Thinking about the conservatism influx and the search of your deconstruction, starting by the influence of the PEPP over the Professional prosecution. As results, it is verified some discrepancy between the social image and the self image of the profession, because, even though all interviewed of the multi-tasked team recognize the relevance of their job in the team, and 75% has declared that the Social Service interferes positively in the work's routine, there was prevalence of a conservatism vision of the profession, 60% associated it to "help" and "support", to bureaucratization (45%) and the maintenance of the institutional routine to the answer immediate demands (40%); while, even though the second recognizes its interference with opposition to conservatism about its exercise (100%), everyone expressed denial to conservative conduct and linked that exercise to the democratic perspective of rights extension, congruent to PEPP, in defense to the worker's class which affects the healthcare service as universal social right, even though 80% has recognized that these rights are partially effective. Therefore, considered that the PEPP influences, being concatenate with the search, the orientation and attempt to let the rights feasible. At last, it is pointed out the challenges to demystify the immediate "help" vision of the profession to the sequels of the "social question" in healthcare, proposing a magnification of the plural debate with the team and hospital management; a horizontal hospital structure that decentralizes the decisional process to the professionals and users; the category gains strength by professional improving that promotes the correlation of the critical theory with the practical; discriminating, the inaccurate under the Professional exercise and all difficulties to effect the PEPP.

Key-Words: Social Image; Self Image; Social Service; Health; Professional Ethical-Political Project.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEPSS	Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social
ABESS	Associação Brasileira de Ensino em Serviço Social
CFAS	Conselho Federal de Assistência Social
CFESS	Conselho Federal de Serviço Social
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CONSEPE	Conselho Superior de Ensino, Pesquisa e Extensão
CRESS	Conselho Regional de Serviço Social
DIP	Doenças Infecciosas e Parasitárias
DSS	Determinantes Sociais de Saúde
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
FIES	Financiamento Estudantil
HULW	Hospital Universitário Lauro Wanderley
HUs	Hospitais Universitários
LOS	Lei Orgânica da Saúde
MARE	Ministério da Administração e Reforma do Estado
NIR	Núcleo Interno de Regulação
PCCS	Plano de Cargos, Carreiras e Salários
PDE	Plano Diretor Estratégico
PEPP	Projeto Ético-Político Profissional
PROUNI	Programa Universidade para Todos
REHUF	Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais
RJU	Regime Jurídico Único
SAD	Serviço de Atendimento Domiciliar
SUS	Sistema Único de Saúde
TFD	Tratamento Fora de Domicílio
UFPB	Universidade Federal da Paraíba
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 –	Organograma da EBSE RH/HULW.....	73
Figura 2 –	Organograma da Gerência de Atenção à Saúde da EBSE RH/HULW.....	74

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Sexo e faixa etária dos(as) profissionais da equipe multiprofissional	78
Tabela 2 – Vínculo empregatício e tempo de trabalho dos(as) profissionais da equipe multiprofissional no HULW.....	79
Tabela 3 – Local de trabalho e carga horária semanal dos (as) profissionais da equipe multiprofissional no HULW.....	79
Tabela 4 – Ano e local de formação dos(as) profissionais da equipe multiprofissional.....	81
Tabela 5 – Dados relativos à conclusão de cursos de pós-graduação pelos(as) profissionais da equipe multiprofissional.....	81
Tabela 6 – Faixa etária das assistentes sociais do HULW.....	104
Tabela 7 – Vínculo empregatício e tempo de trabalho das assistentes sociais no HULW.....	105
Tabela 8 – Ano de conclusão de formação das assistentes sociais no HULW.....	105
Tabela 9 – Dados relativos à conclusão de cursos de pós-graduação pelas assistentes sociais do HULW.....	106

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	14
2. CAPÍTULO I – FORMAÇÃO E ATUAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NO BRASIL E OS DETERMINANTES DA SUA IMAGEM SOCIAL E AUTOIMAGEM.....	22
2.1 Reflexões sobre os conceitos de imagem social e autoimagem do Serviço Social.....	23
2.2 Apontamentos sobre o capitalismo e suas inflexões sobre o Serviço Social.....	27
2.3 Influências do ecletismo e do sincretismo na imagem socialmente consolidada do Serviço Social.....	33
2.4 Os rebatimentos do conservadorismo para a atuação profissional.....	42
3. CAPÍTULO II – A CONSOLIDAÇÃO DO PROJETO PROFISSIONAL HEGEMÔNICO DO SERVIÇO SOCIAL E AS ESPECIFICIDADES DA SUA INTERVENÇÃO NA POLÍTICA DE SAÚDE.....	53
3.1 Abordagem de aspectos históricos e contemporâneos do Serviço Social na saúde.....	53
3.2 Inferências sobre as demandas e competências do(a) assistente social na atualidade no campo da saúde.....	57
3.3 Reflexões sobre a autoimagem profissional à luz do Projeto Ético-Político Profissional.....	63
4. CAPÍTULO III – ANÁLISE DA IMAGEM SOCIAL E AUTOIMAGEM DO SERVIÇO SOCIAL OBSERVADAS EM UM HOSPITAL-ESCOLA.....	69
4.1 Caracterização do Hospital Universitário Lauro Wanderley como <i>lócus</i> da pesquisa.....	70
4.2 Análise da imagem social do Serviço Social no HULW a partir da percepção da equipe multiprofissional de saúde.....	73
4.2.1 Perfil dos(as) profissionais que compõem a equipe multiprofissional	77
4.2.2 Percepção do(a) assistente social como profissional de saúde.....	82
4.2.3 Análise do exercício profissional das assistentes sociais sob a	

perspectiva da equipe multiprofissional.....	88
4.2.4 Demandas profissionais e institucionais voltadas às assistentes sociais sob a perspectiva da equipe multiprofissional.....	94
4.2.5 Inflexões do exercício profissional das assistentes sociais inferidas pela equipe multiprofissional.....	100
4.3 Avanços e desafios em torno da construção de uma autoimagem crítica da profissão.....	103
4.3.1 Perfil das assistentes sociais que compõem a equipe do Serviço Social.....	103
4.3.2 Auto percepção das assistentes sociais como profissionais de saúde.....	107
4.3.3 Demandas profissionais e institucionais voltadas ao Serviço Social sob a perspectiva das assistentes sociais.....	110
4.3.4 Compreensão dos influxos do conservadorismo e do atual PEPP sobre o exercício profissional relatados pelas assistentes sociais.....	115
4.3.5 Importância e limites do seu exercício profissional inferidos pelas assistentes sociais.....	120
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	126
6. REFERÊNCIAS.....	133
APÊNDICES.....	139
ANEXOS.....	146

INTRODUÇÃO

O presente trabalho, realizado em âmbito de mestrado acadêmico, apresenta a análise da imagem social e da autoimagem do Serviço Social no Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW), Hospital-Escola referência em média e alta complexidades na saúde, do estado da Paraíba.

Para este fim, considerou-se importante realizar uma reflexão das particularidades históricas do processo de institucionalização e legitimação do Serviço Social na sociedade brasileira, também considerando a contradição existente entre as demandas à profissão requisitadas pelo Estado – e pelas empresas, nos casos de intervenção na iniciativa privada – e as dos usuários que compõem a classe trabalhadora, a que o Projeto Ético-Político Profissional (PEPP) está notadamente vinculado, mediante o compromisso formalmente assumido em defesa dos seus direitos, de sua liberdade e com a qualidade dos serviços prestados. Ambas as demandas são atravessadas pelas problemáticas inerentes ao sistema capitalista, cujas contradições remetem às diferenças que perpassam a imagem social e a autoimagem profissional.

Entende-se que a imagem social apreendida sobre uma profissão ao longo de sua trajetória, não pode ser descolada da realidade, mas sim, constitui-se de elementos que se encontram envolvidos por condições materiais, sociais e políticas de existência. Ou seja, a realidade como está configurada dará os fundamentos para a apreensão da imagem social de uma profissão e, no caso do Serviço Social, além da realidade, recorre-se à história para conceber sua imagem socialmente consolidada, como expressão do movimento do real (ORTIZ, 2010).

Para fins deste estudo, a análise da imagem social e da autoimagem da profissão no HULW requereu uma contextualização do Serviço Social na política de saúde e do Hospital-Escola que foi o lócus da pesquisa realizada, a partir das demandas institucionais apresentadas, das atribuições e competências desse profissional, seus nexos, paradoxos e contradições.

Ao compor a equipe de saúde de um Hospital Universitário, que envolve ensino, pesquisa e extensão nas suas atividades, o Serviço Social compreende a necessária articulação entre teoria e prática nas ações do cotidiano, defendendo o que propõe o PEPP, cuja construção de sua autoimagem requer um profissional

propositivo, crítico e comprometido com o atendimento às contraditórias demandas de cunho social, relacionadas com as expressões da “questão social” na área da saúde. No entanto, devido à história do surgimento da profissão e suas “protoformas” (NETTO, 2001, p. 69), com cariz de ajuda assistencialista e filantropia, a imagem social exógena do assistente social tende, ainda hoje, a se contrapor com a perspectiva crítica da profissão de luta pelo acesso aos direitos de cidadania.

No âmbito da saúde, existem constantes entraves na busca pela efetivação dos direitos dos usuários e consolidação dos espaços profissionais do assistente social, incluindo sua articulação com o trabalho multiprofissional, cuja situação se coaduna à incongruência das demandas institucionais apresentadas de forma burocratizada, imediatista e assistencialista. Isso ocorre por diversos fatores, dentre os quais se podem citar: a falta de conhecimento das atribuições das assistentes sociais¹ pelas demais profissões; a pouca participação representativa do profissional em situações de decisão ou de relevância, no que se refere à organização dos serviços oferecidos e à criação e ampliação dos espaços democráticos; as dificuldades do trabalho multiprofissional na saúde; e, ainda, o conservadorismo presente na profissão e seus rebatimentos no trato para com as demandas institucionais.

Alguns fenômenos são observados de forma contundente, a exemplo da rotineira solicitação às assistentes sociais pelos profissionais de saúde para executarem tarefas meramente administrativas e/ou não específicas à profissão. Do mesmo modo, a própria população usuária dos serviços reconhece o assistente social como “[...] o profissional da ajuda, do auxílio” (YASBEK, 2009), ratificando uma imagem “tradicional” do Serviço Social e, paradoxalmente, reproduzindo e fortalecendo o viés institucional e as solicitações para um profissional imediatista.

Esses fatores são essenciais para compreender que a imagem e a autoimagem da profissão são explicadas pelo movimento das relações sociais e dos processos históricos e dinâmicos que perpassam a estrutura da sociedade capitalista. O processo de “intenção de ruptura” com o conservadorismo, que decorreu posteriormente no atual PEPP; a realidade precária dos cenários de atuação profissional, permeada por interesses burgueses; as relações de poder dentro da instituição hospitalar e a capacidade de mobilização coletiva da categoria

¹ Como o universo de assistentes sociais do HULW é composto por mulheres, as profissionais serão tratadas, neste estudo, pelo gênero feminino.

profissional; e a alteridade existente entre o Serviço Social e os demais profissionais de saúde são elementos contraditórios e complexos que, no HULW, reforçam diretamente a forma como é concebida a imagem social, de um lado, e a autoimagem do Serviço Social, de outro lado. Desta forma, as dimensões exógena e endógena da imagem do Serviço Social revelam as várias concepções criadas em torno da profissão, as quais advêm das próprias assistentes sociais, mas também de outras categorias de profissionais, o que conflui para o significado social da profissão.

Assim, o Serviço Social tem se constituído pela coexistência de traços tradicionais – no entendimento da profissão como uma forma de ajuda – em constante tensão com traços ligados a uma perspectiva crítica da sociedade, relacionados à defesa dos direitos (ORTIZ, 2010).

No Brasil, onde a sociedade é pautada historicamente pelo favor, clientelismo, paternalismo, a maneira como se constitui o enfrentamento das expressões da “questão social” incide diretamente na forma como as pessoas definem a profissão e o exercício profissional (ORTIZ, 2010). Logo, o desafio para o Serviço Social é de analisar criticamente sua imagem exógena e identificar o que é necessário para a superação da concepção tradicional e a construção de um perfil correspondente ao que propõe o PEPP.

Nesse sentido, este trabalho possui como **objetivo geral** analisar a imagem social e autoimagem do Serviço Social no HULW, tomando-se como parâmetro o PEPP, pois, conforme Netto:

Os projetos profissionais apresentam a autoimagem de uma profissão, elegem os valores que a legitimam socialmente, delimitam e priorizam os seus objetivos e funções, formulam os requisitos (teóricos, institucionais e práticos) para o seu exercício, prescrevem normas para o comportamento dos profissionais e estabelecem as balizas da sua relação com os usuários de seus serviços, com as outras profissões e com as organizações e instituições sociais, privadas e públicas [...]. (NETTO, 1999, p. 95).

Como **objetivos específicos** da pesquisa têm-se: identificar a concepção, as congruências e incongruências entre a imagem social do Serviço Social, junto aos profissionais que compõem a equipe multiprofissional de saúde no HULW, e a autoimagem das assistentes sociais dessa instituição, à luz do que está previsto no PEPP sobre a direção social da profissão.

Nesse sentido, os rebatimentos do conservadorismo sobre a profissão, as demandas da equipe multiprofissional, as características do exercício profissional, as competências e atribuições profissionais também foram analisadas para o alcance do objetivo principal.

Diante do exposto, a pesquisa orientou-se pelas seguintes questões: A imagem social e a autoimagem do Serviço Social no HULW são compatíveis com as diretrizes do Projeto Ético-Político Profissional (PEPP)? Existe congruência entre a imagem social e a autoimagem do Serviço Social no exercício profissional na saúde, no HULW?

Partiu-se da **hipótese** de que existem incongruências entre a imagem social (exógena) e a autoimagem (endógena) das assistentes sociais no HULW, tendo em vista que a primeira é atravessada por um cariz conservador e reiterativo da ordem capitalista e a autoimagem se vincula à perspectiva democrática de ampliação do direito, conforme defendido pelo Projeto Ético-Político da profissão.

Vale ressaltar que o **interesse pelo objeto da pesquisa** surgiu a partir da experiência vivenciada como assistente social do HULW, pela dificuldade da relação com a equipe multiprofissional devido às requisições de uma prática predominantemente conservadora e apaziguadora de conflitos e pelas demandas institucionais hierarquizadas, com relações de poder médico-centrado e pouco espaço para o diálogo. Esses fatores geraram inquietações quanto às possíveis respostas que as assistentes sociais podem oferecer para romper com a imagem conservadora da profissão.

Destaca-se que o presente trabalho tem **relevância científica e acadêmica**, ao passo que incita novas investigações sobre as concepções da imagem social e autoimagem profissional, já que as transformações da sociedade capitalista, atravessadas por traços conservadores e interesses elitistas, rebatem diretamente sobre a intervenção profissional, não apenas na área da saúde. Tal cenário implica em um necessário aperfeiçoamento teórico-metodológico, ético-político e técnico-operativo para construção do exercício profissional do assistente social voltado às diretrizes do PEPP, em todos os seus âmbitos.

Ademais, possui **relevância social** ao permitir a autorreflexão das assistentes sociais sobre sua capacidade de intervenção técnica, fundamentada nos âmbitos ético-político e teórico-metodológico, o que será importante para a redefinição de sua imagem social mediante a elucidação de suas reais

competências e atribuições profissionais perante os demais profissionais da equipe de saúde com os quais atuam. Isso possibilitará aos sujeitos sociais – profissionais de saúde e usuários – envolvidos na reprodução do seu trabalho a apreensão do real sentido, dos objetivos e demandas pertinentes ao Serviço Social, que poderá se refletir em uma prática mais eficaz, eficiente e efetiva em benefício dos usuários dos serviços de saúde.

Para realização da pesquisa, o caminho percorrido baseou-se no método do materialismo histórico-dialético, considerado o mais adequado para compreender o movimento dinâmico da realidade, que fundamenta e consolida o objeto de investigação, tendo em vista que permite ir do imediato ao resultado final ou síntese, por meio de mediações (TONET, 2013).

Portanto, a pesquisa buscou apreender o sentido dos fenômenos sociais a partir das conexões que os articulam, remetendo-os à aproximação com a totalidade a que pertencem.

A pesquisa é de **tipo qualitativa, de campo e exploratória**. Como justifica Minayo (2004, p. 23), o estudo do tipo qualitativo é apropriado para as questões que indagam sobre uma realidade específica “[...] que tem carga histórica e reflete posições frente à realidade, momento do desenvolvimento e da dinâmica social, preocupações de classes e de grupos determinados”.

Para fundamentar a pesquisa foi necessário um levantamento bibliográfico a partir de estudos que subsidiaram as análises sobre o Serviço Social e seu Projeto Ético-Político Profissional. Do mesmo modo, foram identificadas e utilizadas as principais legislações e os documentos que trazem as diretrizes, os princípios, objetivos, as atribuições e competências que norteiam a profissão na área da saúde, tais como: “Os Parâmetros para atuação do Assistente Social na Saúde” (CFESS, 2010); as Diretrizes Curriculares do curso de Serviço Social (ABEPSS, 1996); o Código de Ética profissional (1993) e a Lei que regulamenta a profissão (Lei 8.752/93), cujo aparato bibliográfico e documental foi instrumento e fonte de coleta e análise de dados secundários.

Por sua vez, os dados primários foram coletados a partir da aplicação de 2 (dois) questionários semiestruturados: um aplicado aos profissionais da equipe multiprofissional de saúde, e outro aplicado às assistentes sociais da instituição.

Para facilitar as abordagens para com os sujeitos da pesquisa e a análise das falas, foi utilizado um gravador para registro das respostas dos entrevistados,

que foram transcritas, sempre que autorizado pelos participantes da pesquisa. Para a sistematização dos dados foram utilizadas tabelas e para a análise dos dados foi aplicada a técnica de análise de conteúdo, a fim de compreender criticamente o sentido das comunicações e facilitar a verificação da hipótese e dos questionamentos da pesquisa, tendo em vista que esta técnica permite a análise das falas mediante o uso de procedimentos sistemáticos voltados à descrição dos conteúdos selecionados (BARDIN, 2006), de modo a ultrapassar as incertezas e enriquecer a leitura dos dados coletados.

As diferentes fases da análise de conteúdo se organizaram em torno de três pólos cronológicos: 1) a pré-análise; 2) a exploração do material; e 3) o tratamento dos dados, a inferência e a interpretação.

A partir da experiência como assistente social do HULW, para avaliar a imagem socialmente consolidada do Serviço Social no HULW elegeram-se como sujeitos da pesquisa as categorias profissionais que compõem a equipe multiprofissional de saúde e que mais apresentam demandas e atuam diretamente com as assistentes sociais no cotidiano do exercício da profissão, sejam elas: enfermeiros(as), médicos(as), nutricionistas e psicólogos(as). Dentre estas categorias, optou-se por incluir na amostra apenas os(as) profissionais que atuassem no turno diurno, tendo em vista que não há assistentes sociais trabalhando no turno noturno. Por sua vez, para analisar a autoimagem profissional, fizeram parte da pesquisa uma amostra das assistentes sociais atuantes no referido hospital.

Diante do amplo quantitativo de funcionários(as) atuantes nas unidades de internação do hospital, elegeu-se uma amostra por conveniência da equipe multiprofissional no intuito de avaliar a imagem social do Serviço Social. Para tanto, selecionou-se as unidades nas quais houvesse atuação de assistentes sociais, quais sejam: Unidade de Cuidados-Intensivos e Semi-Intensivos (UTI); Unidade de Clínica Médica, Unidade de Cirurgia Geral; Unidade de Doenças Infecto-Parasitárias (DIP); Unidade de Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente (Pediatria); Unidade Materno-Infantil (Obstetrícia), além da Unidade de Nutrição, que distribui os profissionais de nutrição por clínica.

A título de esclarecimento, segundo dados fornecidos pela Divisão de Gestão de Pessoas do HULW, excluindo-se os(as) profissionais que atuam apenas nas Unidades ambulatoriais em que não há internamento de pacientes, o universo

dos(as) profissionais atuantes nas Unidades de Internação era constituído à época por 468 (quatrocentos e sessenta e oito) profissionais, dos(as) quais: 209 (duzentos e nove) eram enfermeiros(as); 242 (duzentos e quarenta e dois) eram médicos(as); 10 (dez) eram nutricionistas; e 7 (sete) eram psicólogos(as).

Diante do quantitativo exposto, optou-se por uma amostra não probabilística por conveniência, e sem prejuízo aos objetivos da pesquisa, por definir a amostra com os(as) profissionais que são apenas diaristas (não trabalham à noite), de forma representativa, o que totalizou uma amostra de 20 profissionais da equipe multiprofissional: 6 (seis) médicos(as), 10 enfermeiros(as), 2 (dois) nutricionistas e 2 (dois) psicólogos(as).

Por sua vez, o universo de assistentes sociais era composto à época por 16 (dezesesseis) profissionais, das quais, 10 (dez) participaram da pesquisa. Assim, a amostra da pesquisa foi composta por 30 (trinta) profissionais, dos quais 20 (vinte) atuavam na equipe multiprofissional e 10 (dez) no Serviço Social.

Como critérios de inclusão da pesquisa, os sujeitos do primeiro grupo deveriam obrigatoriamente trabalhar nas clínicas de internação, compor a equipe multiprofissional de saúde do HULW – psicólogo(a), enfermeiro(a), médico(a) e nutricionista –, e atuar com as assistentes sociais em expediente diurno; e no segundo grupo, as assistentes sociais deveriam compor o quadro de funcionários do HULW.

Como critérios de exclusão, não participaram da pesquisa os(as) profissionais que trabalhavam apenas em ambulatório ou que eram plantonistas noturnos no HULW, e os(as) profissionais que, no período da coleta de dados, haviam requerido aposentadoria, estavam afastados(as) – férias e/ou licença – ou que se negaram a colaborar com a pesquisa.

A coleta dos dados iniciou-se após aprovação do projeto no Comitê de Ética do HULW, conforme parecer consubstanciado anexo ao trabalho. A princípio, essa coleta estava prevista para ser realizada entre junho e outubro de 2018 e a amostra inicial proposta era de 58 profissionais entrevistados(as). No entanto, por dificuldade de abordagem dos(as) profissionais em seu ambiente de atuação, foi necessário solicitar ementa ao Comitê de Ética, que aprovou a prorrogação desse prazo para dezembro de 2018 e a modificação da amostra da pesquisa, por conveniência, para 30 (trinta) entrevistados(as). Em virtude da prorrogação do prazo para defesa da

dissertação, a sistematização e análise dos dados prevista para ocorrer entre janeiro e abril de 2019, foram estendidas até julho do referido ano.

A pesquisa teve como referência as Resoluções 466/12 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012; 2016). Por ser uma pesquisa com seres humanos, envolveu riscos em tipos e gradações variados, mas para diminuir os riscos, os(as) entrevistados(as) tiveram a garantia do anonimato e o esclarecimento durante toda a aplicação do questionário, além de que assinaram um termo de consentimento que esclareceu os objetivos da pesquisa e assegurou também o direito de desistência a qualquer tempo, sem prejuízos. A pesquisa também não gerou ônus econômico ou financeiro para os participantes.

Para uma melhor compreensão acerca do objeto de pesquisa, optou-se por dividir este estudo em três capítulos. No capítulo I houve uma breve conceituação das categorias centrais do estudo – imagem social e autoimagem – seguida da exposição de alguns dos determinantes da imagem social do Serviço Social no Brasil e de uma síntese das influências do ecletismo e sincretismo sobre o exercício profissional e os rebatimentos do conservadorismo para a profissão, a fim de elucidar as bases da formação do Serviço Social que constituíram sua concepção à luz do Estado, das instituições e dos sujeitos que demandam sua prática.

O segundo capítulo explanou a consolidação do projeto profissional do Serviço Social, atualmente hegemônico no Brasil, a partir das suas mudanças durante o processo de renovação profissional para, em seguida, adentrar o debate específico da profissão na política de saúde e de suas competências profissionais nesse âmbito, de modo a esclarecer a construção de sua autoimagem na área da saúde e, por conseguinte, seu significado social nesta política.

No terceiro capítulo, apresentou-se o lócus da pesquisa, enfatizando a nova postura gerencial via Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) na administração da saúde pública nos Hospitais Universitários, desvelando criticamente as influências desse tipo de gestão no exercício profissional das assistentes sociais e, a partir disto, expuseram-se objetivamente os resultados da pesquisa, bem como foram analisadas a imagem social e a autoimagem profissional e as congruências e incongruências entre estas, tendo como parâmetro o Projeto Ético-Político Profissional.

Com os resultados pretendeu-se enfatizar os avanços e os desafios para a construção de uma autoimagem profissional crítica, concatenada com a nova

roupagem da “questão social” e com as dificuldades postas na contemporaneidade à profissão, considerando-se uma concepção de sociedade e de mundo na sua condição historicizada, contextualizada, complexa e contraditória, com vistas à aproximação da totalidade do real. E sobre a imagem social, intenciona-se que ela possa ser concebida de modo compatível com o que, de fato, a profissão é e foi pensada a ser em seu aparato legal.

2. CAPÍTULO I – FORMAÇÃO E ATUAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NO BRASIL E OS DETERMINANTES DA SUA IMAGEM SOCIAL E AUTOIMAGEM

Os temas iniciais tratados no presente capítulo visam apresentar alguns fatores determinantes para a concepção atual apreendida sobre a profissão de Serviço Social, caracterizada por contradições inerentes à sua gênese vinculada à sociedade capitalista na era monopolista, em resposta às expressões do que se denomina “questão social”, que, conforme Iamamoto (1998, p. 27):

[...] é apreendida como um conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista madura, que tem uma raiz comum: a produção social é cada vez mais coletiva, o trabalho torna-se mais amplamente social, enquanto a apropriação dos seus frutos mantém-se privada, monopolizada por uma parte da sociedade.

Para alcançar a proposta de delinear e avaliar a imagem social e a autoimagem que são concebidas e construídas, externa e internamente à profissão, optou-se por delimitar pontos importantes.

Inicialmente, objetiva-se apresentar o que para este estudo se define por imagem social e autoimagem profissional, considerando que a primeira surge de fora, da percepção de outros sujeitos sociais, da projeção que se cria diante do que é apresentado pelo exercício profissional do assistente social. O termo autoimagem que se utiliza, aqui, surge de dentro da profissão, no interior da categoria profissional perante seus significados, atribuídos pelo seu Projeto Profissional. Portanto, ambas se relacionam, pois defende-se que a autoimagem apresentada pelo profissional reflete dialeticamente na construção da imagem social que se perfaz sobre ele, apesar de serem diferentes, mutáveis e dinâmicas.

Do mesmo modo, a vinculação do Serviço Social à sociedade burguesa também justifica a análise das influências do capitalismo para a construção de sua imagem social e da autoimagem. Esse sistema apresenta características que

repercutem em mudanças – no exercício profissional, no mercado de trabalho e nas políticas sociais, com as quais o profissional atua – que também serão abordadas.

As alterações na sociedade repercutem em mudanças em todos os campos da profissão, no intuito do Serviço Social oferecer respostas às necessidades do Estado. Portanto, é relevante explicitar as influências de características como o ecletismo e o sincretismo, bem como, os rebatimentos do conservadorismo para a profissão, ambos presentes durante décadas na formação e no exercício profissional, considerando-se determinantes para construção da sua imagem social e autoimagem.

2.1 Reflexões iniciais sobre os conceitos de imagem social e autoimagem do Serviço Social

Tomando-se como objeto de análise a imagem social e a autoimagem do Serviço Social em um Hospital Universitário, considera-se necessário desvendar tais conceitos centrais quando se avalia a escassez na produção do conhecimento específica do Serviço Social.

A **compreensão de imagem social** de que se cerca este trabalho, parte da definição de Kosik (2010), que em seu livro “Dialética do Concreto” afirma que a realidade não se apresenta imediatamente ao homem, pois o conhecimento da realidade se dá a partir da distinção entre as dimensões da representação e do conceito da coisa em si, porque o homem, diante da realidade, age de acordo com seus interesses, permeado por relações sociais. Ou seja, diante de suas necessidades, o homem cria suas próprias representações das coisas através de uma práxis-utilitária, gerando formas fenomênicas das coisas, que é envolvida pelo senso comum, pela forma inicial que a realidade é apreendida, e não pela compreensão consciente do real. Assim, a imagem é um nível do real, aquilo que as pessoas imaginam, representam, e o fazem da maneira como conseguem apreender. E esse processo particular de apreensão vincula-se ao grau de alienação em relação à realidade, que, por sua vez, é histórica e está sempre em movimento (ORTIZ, 2010).

Para aprofundar as análises teóricas sobre o sentido da profissão de Serviço Social é preciso fazer esse processo investigativo que se inicia pela análise da sua

imagem social, até avançar pelo conhecimento de sua autoimagem, abstraindo elementos e determinantes que criam e recriam a funcionalidade da profissão.

Para Marx (apud NETTO, 2009, p. 685):

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. As “determinações as mais simples” estão postas no nível da universalidade; na imediatez do real, elas mostram-se como singularidades – mas o conhecimento do concreto opera-se envolvendo universalidade, singularidade e particularidade. [...] Começa-se “pelo real e pelo concreto”, que aparecem como dados; 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. O conhecimento teórico é, nesta medida, para Marx, o conhecimento do concreto, que constitui a realidade, mas que não se oferece imediatamente ao pensamento: deve ser reproduzido por este e só “a viagem de modo inverso” permite esta reprodução.

Na produção de conhecimento do Serviço Social, Ortiz (2010) apresenta no livro “Serviço Social no Brasil: Fundamentos da sua Imagem Social e da Autoimagem dos seus Agentes”, os fundamentos para a construção da imagem social e da autoimagem da profissão e reforça o entendimento defendido neste estudo:

[...] o reconhecimento dos elementos que conformam a imagem do Serviço Social oferece também pistas para o desvelamento da profissão, na medida em que contribui para o entendimento efetivo de seu sentido na divisão social e técnica do trabalho. Todavia, identificar os traços que compõem a imagem do Serviço Social não significa concebê-lo tal como ele é. A imagem é um nível necessário para a apreensão de qualquer objeto de pesquisa, porém insuficiente, pois imagem e realidade não são a mesma coisa (ORTIZ, 2010, p. 13).

É relevante conhecer a imagem social, pois: “[...] sendo essa aparência um nível da realidade e, portanto, algo importante e não descartável” (NETTO, 2009, p. 674), entende-se, dessa forma, que aparência e a essência compõem, dialeticamente, a mesma realidade; porém, os homens projetam determinado objeto e exprimem sobre ele, por meio da consciência, suas representações acerca dos mesmos.

Na sociedade burguesa, a imagem projetada sobre um objeto, tende a se afirmar como a própria realidade a partir dos valores da classe dominante. Ou seja:

As ideias da classe dominante são, em todas as épocas, as ideias dominantes, ou seja, a classe que é o poder *material* dominante da sociedade é, ao mesmo tempo, o seu poder *espíritual* dominante [...] As ideias dominantes não são mais do que a expressão ideal das relações materiais dominantes, as relações materiais dominantes concebidas como ideias; portanto, das relações que precisamente tornam dominante uma classe, portanto as ideias do seu domínio. Os indivíduos que constituem a classe dominante também têm, entre outras coisas, consciência, e daí que pensem; na medida, portanto, em que dominam como classe e determinam todo o conteúdo de uma época histórica, é evidente que o fazem em toda a sua extensão, e, portanto, entre outras coisas, dominam também como pensadores, como produtores de ideias, regulam a produção e a distribuição de ideias do seu tempo; que, portanto, as suas ideias são as ideias dominantes da época (MARX; ENGELS, 1977, p.72).

O Serviço Social, inserido e atuando diante das contradições da sociedade burguesa, tem embutido em sua imagem social os valores da classe dominante, posto que sua formação, as relações sociais que constituíram o Serviço Social, as contradições que geram o seu objeto de intervenção inerente ao sistema capitalista e as características dessa sociedade contribuem para a imagem social apreendida sob a profissão. Isso justifica a relação dialética realizada para analisar a imagem social e a autoimagem no hospital-escola em questão, nesse estudo, já que “[...] não é a consciência que determina a vida, é a vida que determina a consciência” (MARX, 1977, p. 37), fazendo-se necessário conhecer essa relação para identificar o sentido, o significado da profissão, no âmbito da política de saúde.

Tal qual afirma Ortiz (2010), que imagem e realidade não são a mesma coisa, compreende-se aqui a relevância de conhecer a imagem socialmente construída e concebida ao Serviço Social, contrapondo-se com a autoimagem profissional para assim, “[...] entender no que consiste a profissão: seu significado sócio-histórico e suas particularidades” (ORTIZ, 2010, p. 18).

Pode-se afirmar que o tema foi inicialmente tratado, em 1982, quando Yamamoto e Carvalho questionam a “imagem social da profissão” traduzida no seu significado social e sua funcionalidade na ordem burguesa, desempenhados a partir da sua inserção na divisão social e técnica do trabalho. Ortiz (2010) problematiza a hipótese da negação da imagem social vinculada à ajuda, à Igreja Católica. Ao ser concebida como processo de construção dialética, a imagem social se metamorfoseia, devido às continuidades e rupturas que apresenta com os elementos

que perpassam a sociedade capitalista, marcadamente conservadora e neoliberal (ORTIZ, 2010).

Já a autoimagem, aquela construída endogenamente ao Serviço Social, surge em constante tensão e contraposição ao conjunto de representações consolidadas em torno da profissão, de forma dinâmica, a partir de uma autoimagem crítica, moldada em torno dos avanços trazidos pelo processo de Reconceituação do Serviço Social, concomitante ao sentido proposto pelo atual Projeto Profissional que promove a defesa intransigente dos direitos sociais.

Esse Projeto Profissional possui determinados elementos que formam um corpo de identidades que fornecem o que Netto (1999) chama de autoimagem da profissão. A concepção de identidade, segundo Martinelli (2013), depende de sua interação com o conjunto da vida social, em seu aspecto dialético, na interação com o tempo e com o movimento, na relação com as consignações sociais, políticas, históricas, econômicas e culturais.

Tais identidades estão vinculadas aos valores e princípios que se construíram historicamente na profissão, que conformam a autoimagem, contraditoriamente, ao Projeto da ordem capitalista, o qual reforça a supremacia e exploração de uma classe sobre outra.

A análise das particularidades do trabalho do Serviço Social desenvolvido junto às classes subalternas situa necessariamente este trabalho numa dimensão eminentemente política, colocando em questão o significado e a direção social desta ação profissional. O que se pretende assinalar é que **este significado e a direção social do trabalho profissional se explicam a partir e no conjunto das relações e dos projetos colocados em confronto na trama social.** (YASBEK, 2009, p. 136-137, grifo nosso).

O Projeto Profissional reconhece o assistente social como um ser dotado de liberdade, capaz de projetar coletivamente seu trabalho com autonomia. Mas essa característica sofre o tensionamento da sua condição de ser um trabalhador assalariado, submetido ao Estado, ficando seu exercício profissional dependente dos dilemas da contradição entre o capital/trabalho (IAMAMOTO, 2014).

Essas contradições justificam o resgate histórico essencial que deve ser realizado para compreender os determinantes e condicionantes da construção da imagem social e autoimagem profissional, pois elas são dinâmicas e atravessam a

formação profissional e suas características basilares. Ademais, essa construção corrobora para o conhecimento do significado social da profissão, que:

[...] 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. (YASBEK, 2009, p. 126) *grifo nosso*

A análise da profissão em si mesma, descolada do movimento da sociedade, pode redundar em “[...] um desencontro entre as intenções do profissional, o trabalho que realiza e os resultados que produz” (YASBEK, p. 128).

Avaliar as congruências e incongruências entre a imagem socialmente consolidada, e a própria autoimagem das assistentes sociais, parte do entendimento de que essa análise:

[...] não se parte daquilo que os homens dizem, imaginam ou representam, tampouco os homens pensados, imaginados ou representados para, a partir daí, chegar aos homens de carne e osso; parte-se dos homens realmente ativos [...], do seu processo de vida real. (MARX, 1977, p. 94).

Conhecer a imagem social e a autoimagem do Serviço Social permite o surgimento de críticas aos seus determinantes para superação de uma imagem conservadora e solidificada sobre condutas sincréticas. Ademais, busca-se conhecer o movimento real da profissão, por meio de sucessivas aproximações, para garantir legitimidade ao Serviço Social a partir de sua natureza e seus significados.

Em outras palavras, a imagem social e a autoimagem também desvelam a instrumentalidade da profissão, corroboram para descobrir seu significado social e sua legitimidade social, pois, o assistente social ao desenvolver suas competências teórico-metodológicas, ético-políticas e técnico-operativas, busca promover respostas às demandas da sociedade, e com isso, passa a ser reconhecido e legitimado por ela.

2.2 Apontamentos sobre o capitalismo e suas inflexões sobre o Serviço Social

O processo histórico que constitui a consolidação do capitalismo monopolista e o enfrentamento às expressões da “questão social” no Brasil está,

indubitavelmente, ligado à construção da imagem social do Serviço Social e sua autoimagem, pois desvelam a emergência da profissão no Brasil.

O capitalismo do século XIX vivencia mudanças na sua dinâmica econômica, com rebatimentos em âmbito social e nas instâncias políticas da sociedade, com o objetivo de gerar maiores lucros através do controle dos mercados. Tais modificações são expressas no aumento dos preços das mercadorias e dos serviços, nas elevadas taxas de lucros nos setores monopolizados, gerando subconsumo e redução na taxa de lucro de investimentos suscitados pela concorrência, economia de trabalho pela inovação tecnológica e o conseqüente aumento de um exército industrial de reserva, revelando um cruel desemprego em massa (NETTO, 2001).

Essas modificações convergem para consolidar o período histórico em que o capitalismo concorrencial passa ao capitalismo dos monopólios, que amplia as contradições da ordem burguesa nos seus traços de exploração, alienação e transitoriedade histórica. Uma das contradições inerentes à fase monopolista do capitalismo é que, ao mesmo tempo em que se estimula e aumenta a produção de mercadorias, dificultam-se as condições de sobrevivência pela não socialização da produção e por meio da intensificação e exploração do trabalho.

Segundo Iamamoto (2013), a gênese do Serviço Social no Brasil, enquanto profissão inscrita na divisão social do trabalho está relacionada ao contexto das grandes mobilizações da classe operária nas duas primeiras décadas do século XX, que ocorrem nesse período de transição ao capitalismo dos monopólios. O debate acerca da “questão social” que atravessa a sociedade nesse período exige um posicionamento do Estado, das frações dominantes e da Igreja.

A institucionalização do Serviço Social atravessa as décadas de 1930 e 1940 como resultado de fatores que geraram as condições necessárias para a constituição da profissão. Destaca-se o redimensionamento do Estado, a partir da fase monopólica do capitalismo, o qual precisava garantir sua legitimação, enquanto que as organizações e lutas dos trabalhadores reivindicavam questões econômicas e sociais ante às “novas” configurações dos conflitos de classe, suscitados por essa ordem do capital e pela conseqüente conformação política dos movimentos operários.

Como ressalta Netto (2011, p. 20):

[...] o capitalismo monopolista recoloca, em patamar mais alto, o sistema totalizante de contradições que confere à ordem burguesa os

seus traços basilares de exploração, alienação e transitoriedade histórica [...] a idade do monopólio altera significativamente a dinâmica inteira da sociedade burguesa: ao mesmo tempo em que potencia as contradições fundamentais do capitalismo já explicitadas no estágio concorrencial e as combina com novas contradições e antagonismos, deflagra complexos processos que jogam no sentido de contrarrestar a ponderação dos vetores negativos e críticos que detona [...].

Do referido cenário, o Estado se conforma enquanto “coesionador da sociedade”, tentando oferecer respostas às demandas das classes subalternas, que podem ser também chamadas de sequelas da “questão social”, sobre as quais as políticas sociais intervêm de forma fragmentada, mantendo a ordem e o controle sobre a força de trabalho, mas não oferecendo resolução em sua totalidade (NETTO, 2001).

Como explica Mota (2010, p. 25):

[...] é somente quando os trabalhadores se organizam como sujeitos coletivos, dando voz aos interesses e necessidades do proletariado, enquanto classe, exigindo reformas, melhores condições de trabalho, ganhos econômicos e, no limite, a supressão do capitalismo, que as classes dominantes adotam medidas de enfrentamento da questão social, através da legislação e de algumas reformas sociais.

As políticas sociais, como resultado da capacidade de mobilização e organização da classe operária e do conjunto de trabalhadores que reivindicam suas melhorias sociais, são utilizadas para reproduzir e manter a ordem do sistema atual, pois, ao mesmo tempo em que atendem algumas necessidades sociais, atendem também os interesses do sistema capitalista, ao acalmarem as possíveis revoltas populares por meio de tais políticas e, assim, preservam a sua harmonia e a perpetuação de si mesmo. Nesse sentido, as políticas sociais revelam sua face contraditória. Por sua vez, o Serviço Social surge nessa intermediação, sendo funcional ao Estado, mediando a relação entre Sistema Capitalista e necessidades da classe trabalhadora, ou seja, a relação capital x trabalho.

Outro fator relevante no processo de institucionalização do Serviço Social é a busca pela recuperação da hegemonia ideológica da Igreja Católica.

Como profissão inscrita na divisão do trabalho, o Serviço Social surge como parte de um movimento social mais amplo, de bases confessionais, articulado à necessidade de formação doutrinária e social do laicato, para uma presença mais ativa da Igreja Católica no ‘mundo temporal’, nos inícios da década de 30. Na tentativa de

recuperar áreas de influências e privilégios perdidos, em face da crescente secularização da sociedade e das tensões presentes nas relações entre Igreja e Estado, a Igreja procura superar a postura contemplativa. (IAMAMOTO, 2011, p. 18).

Como as classes burguesa e trabalhadora se organizam, contraditoriamente, pois os interesses não coincidem, a programática liberal da burguesia incorpora sua base individualista ao enfrentamento da “questão social”. A intervenção através de políticas sociais não exclui a responsabilização aos indivíduos pelos seus problemas, ou seja, à medida que se implementam ações públicas, as sequelas que permanecem são deslocadas para responsabilidade do indivíduo.

A refuncionalização do aparelho estatal em prol do capital e a “questão social” como alvo das políticas sociais criam o espaço sócio-ocupacional para o profissional do Serviço Social, que emerge para atender as demandas dessa conjuntura com a função de “ajustar” o indivíduo ao meio, portanto, somente se torna compreensível no âmbito da sociedade burguesa. Nesse sentido, a profissão de Serviço Social sofre influências da Teoria Positivista, que defende a manutenção do sistema e a necessidade dos indivíduos adequarem-se a ele.

As políticas sociais refletem um acordo entre a burguesia e a classe operária, porque ao mesmo tempo em que atendem necessidades imediatas dos trabalhadores, paradoxalmente, também fragmentam e fragilizam sua organização – por meio de sua desmobilização política ao atender algumas necessidades – o que legitima o Estado Burguês. Com essa legitimação, a perspectiva de culpabilização do sujeito é cada vez mais utilizada, descartando a conjuntura e fragilidade do próprio sistema, que em sua contradição, produz riqueza excedente; porém, esta fica concentrada e centralizada nas mãos de poucos, enquanto muitos ficam “às margens” desse sistema (NETTO, 2011).

Do fim da segunda guerra mundial (1945) até início dos anos 1970, o mundo passa por transformações que garantem ao capital alguns anos de expansão, mas que também atendem algumas demandas da classe trabalhadora por meio da ampliação das políticas sociais. As políticas econômicas fundamentadas nas teorias de John Keynes trazem, além dos avanços na estrutura produtiva (fordismo/taylorismo), um avanço significativo no processo de acumulação capitalista, com o objetivo de conduzir a um sistema de pleno emprego (MANDEL, 1985).

Nesse período, o chamado “Estado de bem-estar social” gera diminuição do desemprego e aumento de garantias e direitos sociais aos trabalhadores, e, apesar dos déficits orçamentários, trouxe melhorias para a classe trabalhadora e sua organização enquanto classe. Assim, por um período, parece que o capitalismo encontra uma forma de acumulação sem tanto pesar para o operariado (MANDEL, 1985).

Porém, o rumo ocorre de outra forma. Na década de 1970, o capitalismo passa por uma imensa crise e com ela há uma ampliação de todas as contradições e mazelas inerentes ao próprio sistema de acumulação de capital. A crise ressalta o conflito de classes, pois o capital parte para o enfrentamento com os trabalhadores, no sentido de revogar suas conquistas, culpabilizando pela crise as garantias sociais oferecidas à população durante o Estado de Bem Estar, ainda que a organização da classe trabalhadora tenha reduzido o impacto das investidas do capital. Dessa maneira, a burguesia encontra dificuldades para restabelecer um padrão de acumulação que seja suficiente para sair da recessão (MANDEL, 1985).

O mundo do trabalho sente os impactos da crise e principalmente das transformações advindas dela e, para reverter seus efeitos, inicia-se uma reestruturação produtiva que resulta em uma nova forma de acumulação, a qual Harvey (2003) chama de Acumulação Flexível, que pode ser traduzida como uma reação direta à rigidez do fordismo. Com esse modelo, há uma alteração significativa na relação de poder nas instituições, onde os empregadores passam a ter mais controle de toda a força de trabalho, mais flexibilização nos processos de trabalho, nos mercados de trabalho, nos produtos e padrões de consumo.

Para Harvey (2003), o modelo de acumulação flexível implica níveis altos de desemprego estrutural, retrocesso do poder sindical, bem como o aumento da grande quantidade de mão de obra excedente para impor regimes de trabalho mais flexíveis. Há ainda a redução significativa do trabalho regular, com as devidas garantias trabalhistas, em favor do crescente uso do trabalho em tempo parcial, temporário ou subcontratado.

A reestruturação produtiva é expressão de um movimento internacional que é marcado pela globalização e pelo pensamento neoliberal. No Brasil, consolida-se tendo como pontos principais a eficiência do setor privado, a desresponsabilização do Estado com a proteção social e a destruição das conquistas históricas da classe trabalhadora, ou seja, perdas imensas de direitos para essa classe.

É nesse contexto e conjuntura que se expressam as inflexões das transformações da sociedade capitalista e, por conseguinte, na atuação do Assistente Social. Como fora afirmado, o Serviço Social atua inserido nas políticas sociais e no setor público, prestando serviços ao Estado. As transformações trazidas pelo capitalismo monopolista e, na contemporaneidade com a reestruturação produtiva, repercutem nas demandas apresentadas ao profissional pelas instituições nas quais atua, bem como, no seu exercício profissional, e assim, explicam sua função social enquanto profissão.

Como observa Silva (2013, p. 23),

[...] situar o Serviço Social como uma profissão inserida no metabolismo do capital, como parte de sua produção e reprodução em escala ampliada, é condição básica para explicar o significado social dessa profissão e para endossar uma atuação profissional inspirada no ponto de vista da totalidade.

A destruição das conquistas da classe trabalhadora, intensificadas na década de 1990 com a adoção do ideário neoliberal, o crescimento do trabalho informal, desemprego e aumento da exploração do trabalhador, resulta no aumento das disparidades sociais, da pobreza e da miserabilidade. No Brasil, diante do aumento das demandas sociais, as ações das políticas sociais públicas ampliam sua ineficiência, seletividade e focalização, devido à diminuição do Estado na intervenção social, por meio de suas políticas, ocasionando aumento da desproteção na vida da sociedade (BEHRING; BOSCHETTI, 2007).

Paralelo às modificações no âmbito do Estado e das políticas sociais e econômicas, as quais atingem o mundo do trabalho, o Serviço Social também vivencia diversas transformações no interior da categoria, que repercutem no exercício profissional e no seu direcionamento ideológico e social, na década de 1990, comprometendo-se com os interesses da classe trabalhadora, ou seja, os objetivos profissionais se comprometem e andam na contramão aos interesses capitalistas de acumulação de uma classe (burguesia) explorando outra (proletariado).

O Estado burguês que demanda majoritariamente o trabalho do assistente social para atuar por meio das políticas sociais, cada vez mais seletivas, requer do profissional competência técnica para minimizar as consequências da exploração através do trabalho, o que repercute em vários desafios e se torna mais complexo

pelo fato do próprio profissional também se enquadrar na condição de trabalhador assalariado e explorado pelo capital:

É preciso destacar que a sociabilidade em curso não apenas engessa o profissional nas suas relações de trabalho assalariado-estranhado, mas também, simultaneamente, endurece sua “alma crítica” (vista como desnecessária), retira dele as condições objetivas para que ele se qualifique mais profundamente, para além do imediatamente posto no cotidiano profissional, submetendo-o a uma esfera meramente operativa. (SILVA, 2013, p. 129).

Assim, perante a sociabilidade da vida capitalista, a prática profissional se simplifica no campo da imediatividade, o que implica na imagem social do profissional apreendida como mero operador de tarefas.

O projeto profissional do assistente social, defendido na década de 1990 e voltado para os interesses da classe trabalhadora, define competências profissionais que busquem a autonomia e a emancipação dos usuários, entretanto, a realidade concreta na qual esse profissional atua nem sempre acompanha tais objetivos.

No cotidiano, são muitos os desafios com os quais se depara, sendo chamado a seguir uma série de normas, ao mesmo tempo que precisa dar respostas às demandas que se lhe colocam a partir das determinações da “questão social” (TINTI, 2015). Por sua vez, as referidas autonomia e emancipação são inviáveis de serem alcançadas em sua plenitude na sociabilidade burguesa.

Como as características que forjam a imagem social e a autoimagem profissional são produtos da consciência, e esta é produto da história, tais características são constituídas de contradições e atravessadas pela ideologia burguesa. São concepções que compõem seu significado, o seu modo de intervenção e as suas bases teóricas.

As influências da sociabilidade burguesa para a imagem e autoimagem profissional, expostas anteriormente, refletiram e refletem no exercício profissional, já que implicam nas demandas apresentadas ao assistente social. Durante a formação desse profissional, as necessidades práticas em responder a tais demandas, de forma imediata, repercutem na formação uma perspectiva eclética e um sincretismo no fazer profissional, como se apresenta a seguir.

2.3 Influências do ecletismo e do sincretismo na imagem socialmente consolidada do Serviço Social

O processo de formação teórico-metodológica do Serviço Social apresenta diversas transformações, desde sua fundação na década de 1930, em sintonia com o movimento histórico e dinâmico das décadas seguintes, intensificando-se no período entre 1970 a 1990, e o tema continua em debate pelos autores do Serviço Social até os dias atuais. Algumas correntes teóricas influenciam de maneira mais contundente a formação, alcançando as formas de intervenção profissional, a exemplo das correntes estruturalistas, positivistas, marxistas ou “pós-modernas”.

Desde a gênese da profissão, as perspectivas conservadora/tradicional e emancipatória/de ruptura se expressam em diferentes projetos profissionais e convivem no seio do Serviço Social, alternando-se no que diz respeito ao direcionamento ético e intelectual da categoria. Tais perspectivas se expressam e, ao mesmo tempo, constituem-se a partir da formação acadêmico-profissional e se revelam nos currículos mínimos/diretrizes curriculares na trajetória do Serviço Social (CARDOSO, 2016).

As primeiras décadas da formação em Serviço Social se referenciaram pelo pensamento conservador da Igreja Católica, tendo o neotomismo como fundamento a partir do estudo de encíclicas papais e de reflexões sobre o papel profissional com base em orientações moralizadoras, no intuito de ajustar a população a viver socialmente em harmonia. Constituiu-se, nesse período, uma formação acadêmico-profissional caudatária do pensamento conservador (IAMAMOTO, 2013).

Ademais, a necessidade de incorporar elementos das ciências biológicas à intervenção profissional se dava em coerência com a referência positivista, sob a qual a explicação dos problemas sociais era colocada nos ditos desajustes e problemas emocionais e/ou biológicos (CARDOSO, 2016).

A partir de meados dos anos 1940, a profissão iniciou um processo de revisão no que diz respeito ao seu caráter profissional/científico pela busca de tecnicidade, incorporando a influência da sociologia conservadora norte-americana na formação acadêmica. Isso ocorreu devido às novas exigências societárias e institucionais advindas do desenvolvimento capitalista, nessa década, que incentivou as assistentes sociais brasileiras a defenderem um ensino e uma intervenção dentro dos modelos americanos, sugerindo que a profissão nesse país encontrava-se mais

avançada, o que permitiu o ingresso sem muitas resistências, além da teoria positivista, das teorias funcionalistas no Serviço Social brasileiro (CARDOSO, 2016).

O quadro econômico-social do final dos anos 1950, marcado pelo processo de industrialização, colocou demandas de intervenção sobre a “questão social” que se desdobraram nas práticas dos assistentes sociais. Com o foco da época de desenvolvimento nacional, visualizaram-se pontos que marcaram uma erosão do Serviço Social tradicional, a partir das mudanças sociais que requeriam uma adequação da profissão às novas solicitações postas, o que repercutiu na necessidade de aperfeiçoamento teórico, do padrão técnico, científico e cultural dos profissionais (NETTO, 1998).

No período seguinte, acompanhando as transformações societárias das décadas de 1960 e 1970, no Brasil, ocorreu um novo processo de revisão no Serviço Social, conhecido como movimento de renovação. Na busca de fornecer à formação científicidade e preparação técnica, manteve-se a perspectiva conservadora direcionando a formação, as mesmas bases filosóficas e doutrinárias, porém se expressou uma aproximação com o positivismo e a ideologia desenvolvimentista. Articulou-se o discurso humanista, calcado na filosofia aristotélica-tomista, aos princípios da teoria da modernização presente nas Ciências Sociais (IAMAMOTO, 2013).

A partir desse movimento, o questionamento às vertentes tradicionalistas na profissão pela aproximação à tradição marxista, impulsionou uma crítica aos referenciais conservadores do Serviço Social, eminentemente, ecléticos.

Na década de 1980 o Serviço Social passou por um processo intenso de renovação teórico-metodológica com hegemonia da teoria crítica marxista na produção do conhecimento, com abrangência no exercício profissional, o que resultou, dentre outras coisas, no debate acerca do que se denomina Projeto Ético Político Profissional. No segundo Capítulo deste trabalho aprofundar-se-á a discussão referente ao Projeto mencionado, mas é relevante destacar, no momento, sua defesa ao pluralismo na profissão.

A supremacia do marxismo, expressa nas diretrizes curriculares da formação profissional, propõe que a teoria marxista mantenha um “diálogo” com as demais teorias do pensamento social, de modo que se atualizem os conhecimentos e habilidades, para a apreensão da realidade e uma melhor qualificação para a intervenção sobre a mesma, o que não pressupõe a defesa de uma perspectiva

eclética (ABEPSS, 1996). Em outras palavras, é a partir da inserção da teoria social crítica nos debates da categoria em torno dos avanços para o Serviço Social, que se dá importância ao pluralismo para análise da totalidade do movimento da realidade, mas que não pode se confundir com ecletismo teórico.

De maneira geral, apresenta-se o conceito de ecletismo, a partir dos filósofos abaixo, citados por Rocha (2015, p. 56):

O termo Ecletismo deriva do grego EK-LÉGHEIN, que significa “escolher e reunir de várias partes”. (REALE, 1994, p. 439). Segundo Masip (2001, p. 78), Ecletismo vem do termo “EKLEKTOS” (“adjetivo grego derivado do verbo EKLEGO, que significa eleger”). O autor explica ainda que Ecletismo: “denota a atitude filosófica que procura harmonizar elementos de verdade escolhidos entre diversos sistemas de pensamento”. Essa mistura eclética, essa “harmonização de elementos de verdade”, não resolve as contradições internas do seu aparente “sistema” filosófico.

Conforme sinaliza Souza (2014), o ecletismo na produção do conhecimento do Serviço Social é:

Uma coletânea acrítica de teorias, categorias e conceitos por vezes contraditórios, tudo em nome da captura de fragmentos de teoria que sejam capazes de explicar, também fragmentariamente, a realidade setorial com que se defronta o profissional, sem uma preocupação fundamental quanto às suas consequências ideopolíticas. (SOUZA, 2014, p. 536).

A referência a diversas teorias no processo de formação do conhecimento que permeia os currículos do curso de Serviço Social e o exercício profissional, por várias décadas, redundam em um problema atual para o Serviço Social e que reverbera na sua imagem social: a contradição de haver a defesa ao pluralismo de forma hegemônica na profissão, na perspectiva dialética e de análise crítica da realidade, numa conjuntura conservadora que reitera perspectivas de análise setoriais, acríticas e a-históricas.

Afirma-se que reverbera na imagem social pelo fato de que a incongruência exposta colabora na maneira como o ecletismo pode ainda influenciar na produção de conhecimento para a profissão, e como consequência, conservar o sincretismo na prática profissional.

Há uma relação direta entre o ecletismo e o sincretismo, de forma que não há como falar do segundo, sem se reportar ao primeiro. O sincretismo no Serviço

Social pressupõe uma intervenção fragmentada, desconexa dos fatos histórico-sociais, o que se deve a um aporte teórico fragilizado e conservador (SOUZA, 2014). Vale salientar que as demandas postas ao Serviço Social – expressões multifacetadas da “questão social” – necessitam do diálogo com várias áreas do conhecimento para explicá-las; no entanto, não se deve cair no ecletismo e querer conciliar o inconciliável, pois assim não há como compreendê-las em sua totalidade, de forma global. Como se explica, a seguir:

Na ausência de um referencial teórico que permita uma perspectiva de totalidade e explicita as contradições, impõe-se a tendência supostas "crises de identidade" dos assistentes sociais. A origem desse discurso de "crises de identidade" é uma concepção eminentemente sincrética da realidade, que comumente se desdobra em debates de cunho moralista ou puramente instrumental. Abstraída a função social ontologicamente contraditória do Serviço Social na sociedade burguesa, a profissão tende a ser entendida conforme variações ideológicas meramente subjetivas. (SOUZA, 2016, p. 243).

Ora, se o ecletismo repercute em práticas sincréticas no exercício profissional, logicamente a imagem construída em torno dessas práticas é de um profissional conservador, imediatista, tecnicista. A profissionalização ou legitimação do Serviço Social só foi reconhecida publicamente e socialmente através do desempenho de funções a partir da ocupação de um espaço na divisão social e técnica do trabalho na sociedade burguesa, e, a respeito dessa legitimação, complementa Souza (2014, p. 550):

[...] ela se relaciona ao desempenho das funções e requisições prático-operativas imantadas pelas políticas sociais setoriais — em segundo plano, ontológica e objetivamente, fica o significado ideal (a representação, a autoimagem) que a essa determinação atribuem os assistentes sociais. Ou seja, desde que ofereçam respostas qualificadas, que se desdobrem em alterações imediatas de realidades microssocietárias (sempre recortadas) com que se defrontem (em verdade, esse é o objetivo da atuação do Serviço Social), é secundário para a institucionalidade burguesa a questão de qual universo simbólico (teórico-metodológico) esteja orientando a ação profissional.

Ao mesmo tempo, percebe-se que, em cada momento da história do Serviço Social, o aporte teórico eclético assumiu características particulares que dependem das formas de atuação profissional sobre as demandas sociais e também dos interesses da classe burguesa que requisita sua intervenção.

Isso fica nítido, na atualidade, ao compreender que não se pode analisar qualquer campo teórico-metodológico na profissão sem levar em consideração que o Serviço Social precisa fornecer respostas às demandas imediatas do mercado de trabalho e às reais necessidades do capital apresentadas na rotina institucional, onde se insere o assistente social. Por isso, o ecletismo profissional adquiriu diferentes nuances, desde sua gênese, e se modificou ao passo que surgiram novas demandas sociais e teorias capazes de direcionar o enfrentamento das mesmas.

Montaño (2009) trata em “A Natureza do Serviço Social” de duas perspectivas distintas que demonstram essa diversidade teórica em relação à gênese do Serviço Social, as quais defendem posturas contrapostas: uma que explica a profissão numa visão endógena, na qual se defende a origem do Serviço Social a partir da evolução das práticas de caridade e filantrópicas; a outra, numa visão exógena a partir de uma análise histórico-crítica, que relaciona a origem da profissão ao contexto do capitalismo em sua idade monopolista, quando o Estado toma para si as respostas à “questão social” (MONTAÑO, 2009, p. 122 - 123).

A partir da década de 1980, dentre as duas perspectivas, a que se sobressaiu dentre os profissionais foi a perspectiva exógena, pela necessidade de enxergar o Serviço Social de fora, a partir das relações sociais e do movimento da história em que ele se constituiu, em sua totalidade, com influência da teoria social crítica.

Dessa forma, a partir desse momento, fez-se a crítica ao ecletismo teórico e ao conservadorismo na profissão. A categoria profissional aderiu ao marxismo como principal referência teórica, inicialmente propagada formalmente em seu currículo mínimo de 1982 (apesar da insuficiente apreensão do método histórico-dialético nesse momento) e tomou uma postura a favor da classe trabalhadora, expressa em seu Código de Ética de 1986, o que levou na década seguinte às discussões sobre o Projeto Ético-Político Profissional (CARDOSO, 2016).

Esse avanço ocorreu paralelo ao período de redemocratização no Brasil, marcado por conquistas de direitos e garantias políticas, civis e sociais na perspectiva de cidadania – vislumbrados na Constituição de 1988 – resultantes das lutas dos movimentos sociais, nos quais os assistentes sociais também estavam inseridos. O Serviço Social começou a se aproximar de fontes de importantes historiadores marxistas da contemporaneidade, e tantos outros, cujos pensamentos

passaram a permear as produções teóricas, as reflexões e posicionamentos ideopolíticos dos profissionais (YASBEK, 2009).

Isso ocorreu em um amplo debate plural dentro da Academia e das organizações representativas da categoria, gerando polêmicas e reflexões, e marcando um processo de maturidade profissional que avança na década de 1990, com a criação do novo Código de Ética e a Lei que regulamenta a profissão, ambos de 1993, além do avanço na legislação das políticas de assistência social e de saúde para garantir a prestação dos serviços gratuitos como dever do Estado (YASBEK, 2009).

O contexto histórico da década de 1990 foi marcado pela intensificação da política neoliberal e pelo redirecionamento do Estado em relação à questão social, que andaram em contramão aos avanços profissionais supracitados. Nesses anos, as políticas sociais sofreram interferência das mudanças no Estado que incentivou a sociedade civil à filantropia e ao voluntariado, além do combate à pobreza por meio de programas minimalistas e seletivos, apesar dos ganhos sociais da Constituição de 1988. Acrescendo-se a isso as mudanças no mundo do trabalho, com a reestruturação produtiva, esses fatores repercutiram em novas questões que se apresentaram ao Serviço Social, tanto na sua intervenção, quanto na produção do conhecimento.

Inserido neste contexto, o Serviço Social se viu confrontado com este conjunto de transformações, como desafio de compreender e intervir nas novas configurações da "questão social", que expressam a precarização do trabalho e a penalização dos trabalhadores na sociedade capitalista, sem deixar de defender um novo projeto de sociedade, condizente ao seu Código de Ética e contraditório ao projeto da classe burguesa hegemônica de manutenção da ordem vigente.

No que tange à produção do conhecimento, essas alterações geraram posições distintas de pensamento, como foi dito em relação ao debate plural. O Serviço Social se deparou com a diversidade, com respeito a um dos princípios do seu Código de Ética: "Garantia do pluralismo, através do respeito às correntes profissionais democráticas existentes e suas expressões teóricas, e compromisso com o constante aprimoramento intelectual." (CFESS, 1993, p. 3).

Ter uma postura teórica crítica defendida hegemonicamente não significa que ela seja unanimemente aceita dentre os profissionais, mas é fato que o

posicionamento teórico profissional reflete na autoimagem que os assistentes sociais criam sobre a profissão, bem como na imagem socialmente construída em torno dela, visto que a característica da leitura histórico-social e crítica da realidade, numa perspectiva de totalidade, não está presente em todas as teorias do conhecimento. No entanto, tal característica facilita o direcionamento das ações e técnicas profissionais pautadas pela mediação de dimensões éticas, políticas, metodológicas e teóricas, com o aporte do movimento histórico do real. E, por conseguinte, essas ações e técnicas fazem parte da construção da imagem social e autoimagem dos profissionais de Serviço Social.

A perspectiva que se defende:

[...] não pode ser confundida com a ausência de parâmetros analíticos, ou seja, com a possibilidade da aceitação da junção sem critério de vertentes teórico-filosóficas que não se complementam. Não podemos confundir o pluralismo com a fusão de diferentes matrizes do pensamento, indistintamente, nem para a análise nem para a orientação da nossa ação profissional na realidade social. (FORTI, 2017, p. 377).

Todavia, a sociedade atual confronta forças sociais distintas que confluem para projetos antagônicos, o que repercute no âmbito profissional, apresentando-se projetos que comportam diferentes concepções teórico-filosóficas, metodológicas e técnico-operacionais, exigindo conhecimento crítico e debate permanente dos assistentes sociais.

Reitera-se que a presença do ecletismo foi acentuada nas décadas iniciais de formação do Serviço Social, marcadas por uma conjuntura conservadora e tradicional, e somente com as discussões de embasamento marxista o caráter plural entrou em debate e passou a ser defendido na categoria, e com ele, a tentativa de superar o conservadorismo na profissão. Logo, se na conjuntura social e política do país, na atualidade, o caráter conservador se fortalece, se espraiando na Academia, a hegemonia do pensamento crítico e dialético fica, de certa forma, abalada.

Correntes de pensamento que influenciam a fragmentação da realidade social tornam-se muito convenientes a determinados interesses de classes aos quais a profissão esteja vinculada. Nesse espaço, o ecletismo adentra no campo de intervenção profissional refletindo, na dimensão teórico-metodológica, o sincretismo prático caracterizado pelas ações profissionais imediatamente dirigidas a intervenções nas sequelas da “questão social”.

O exercício profissional sincrético opera por meio da formalização e reiteração de procedimentos; do atendimento imediato de demandas difusas; práticas que estabelecem prioridades a partir de inferências teóricas segmentadas ou necessidades burocrático-administrativas e políticas; recurso eclético aos campos de conhecimento que possam ser instrumentalizáveis e pela ausência de uma perspectiva crítica e ontológica da reprodução capitalista das relações sociais. (SOUZA, 2016, p. 252).

A atuação do Serviço Social é posta a equacionar demandas sociais e tende a adequar diferentes modelos de intervenção e de procedimentos técnico-operativos no sentido de intervir sobre as “problemáticas sociais” cotidianas da população usuária.

Netto (2001, p. 91) trabalha com clareza o sincretismo na profissão e complementa, com suas palavras:

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 é o sincretismo – deixando à sombra a estrutura profunda daquela que é a categoria ontológica central da própria realidade social, a totalidade.

Portanto, as demandas que se apresentam ao assistente social, em forma de expressões da “questão social”, sofrem intervenção do Estado por meio de políticas sociais setoriais, de forma fragmentada, parcializada. Aí se encontra um dos fundamentos do sincretismo na profissão, ao atuar de maneira imediata, sem o alcance da totalidade que explica a gênese da “questão social”.

O que se apresenta ao exercício profissional, na atualidade, e rebate na construção da imagem social e da autoimagem profissional é:

[...] uma malha institucional que lhe repõe requisições e demandas tipicamente sincréticas. As três características da estrutura sincrética da profissão se repõem em grau acentuado: a “questão social” assume feições hoje dramáticas e ainda mais heterogêneas e difusas; o universo do cotidiano, limite ontológico em que se situa a atuação profissional e no qual a “questão social” se expressa fragmentariamente, encontra renovados processos alienantes: [...] a avalanche ultraconservadora que tem resultado na criminalização da pobreza e na implementação de políticas de “tolerância zero”, fazendo explodir a população carcerária; o consumismo e o impulso à cultura da descartabilidade. Quanto ao terceiro traço do sincretismo, a manipulação de variáveis empíricas também se repõe maximizada frente às tendências de hiperfocalização e assistencialização das ações. Se cruzarmos as duas tendências – cronificação da “questão social” e focalização minimizadora das políticas sociais – torna-se

evidente que os limites sócio-institucionais do exercício profissional embargam uma atuação que ultrapassa o horizonte da intervenção microscópica, reiterativa e fragmentária - ainda que comprometida com valores emancipatórios. (SOUZA, 2014, p. 556).

Diante dessa conjuntura, pode-se afirmar que **a imagem social se constrói na imediaticidade**, a partir do exercício profissional, dos instrumentos e das técnicas utilizados **para o alcance imediato das demandas institucionais. Na percepção dessa imagem não ficam claras as dimensões ético-políticas e teórico-metodológicas utilizadas nas mediações realizadas pelo assistente social** para efetivação de se sua instrumentalidade, que se expressa no seu modo de agir e de aparecer.

A instrumentalidade refere-se à finalidade das ações profissionais em um processo teleológico. Conforme Guerra (2000, p. 2):

Ao alterarem o cotidiano profissional e o cotidiano das classes sociais que demandam a sua intervenção, modificando as condições, os meios e os instrumentos existentes, e os convertendo em condições, meios e instrumentos para o alcance dos objetivos profissionais, os assistentes sociais estão dando instrumentalidade às suas ações.

Quanto à autoimagem, ratifica-se o pensamento de Netto (1999, p. 95, grifo nosso), ao afirmar que “[...] **os projetos profissionais apresentam a autoimagem de uma profissão**”. Se o assistente social segue os princípios e diretrizes de um Projeto Profissional que prioriza um debate teórico plural para embasar sua prática, que defende os interesses da classe trabalhadora e propõe ações numa perspectiva crítica que vise romper com a cultura conservadora, a autoimagem desse profissional vai de encontro e confronta a imagem consolidada socialmente sobre a profissão.

E ainda, conforme Souza (2016, p. 248):

[...] não é a autoimagem, não é o referencial teórico ou os ideais políticos do Serviço Social que determinam sua legitimidade perante a sociedade burguesa, garantindo assim um espaço da sua divisão social trabalho. São suas respostas, cada vez mais qualificadas se miradas em perspectiva histórica, às demandas sócio-institucionais, que afirmam sua necessidade e legitimidade no espaço criado pelo Estado na divisão social do trabalho capitalista.

Todavia, vale ressaltar que a onda neoconservadora atual adentra o âmbito da Academia e revela críticas ao Projeto Profissional vigente, apresentando incongruências à autoimagem profissional.

Diante do exposto, para além da colocação de Souza (2016), ao afirmar que o sincretismo e o ecletismo constituem singularidades conservadoras no Serviço Social, reforça-se que esses são fatores determinantes para a construção da imagem social e da autoimagem da profissão.

2.4 Rebatimentos do conservadorismo sobre a atuação profissional

Em um país como o Brasil, de economia dependente, com suas características peculiares, sociedade de base agrária, tradicionalista e paternalista, o conservadorismo tende a repercutir sobre seus aspectos culturais, econômicos e políticos de forma que alcança todos os âmbitos da vida social, inclusive, abrange a formação da profissão de Serviço Social desde sua institucionalização até os dias atuais.

O entendimento de senso comum a respeito do conservadorismo o relaciona ao pensamento liberal, que defende a ideologia do mercado, sendo contrário às posturas de esquerda que buscam promover a justiça social, ou mesmo o entendimento de que o conservadorismo significa conservar algo, ideais, crenças, de forma acrítica. No entanto, o que se pretende no momento é abordar a história dessa corrente de pensamento no Brasil e sua inserção no Serviço Social, a fim de perceber sua influência e seus rebatimentos para a imagem socialmente construída em torno da profissão, e dentro dela mesma (autoimagem).

O ponto de partida do conservadorismo clássico é marcado pela obra do autor Edmund Burke – “Reflexões sobre a Revolução na França” – que fundou uma tradição ideológica do conservadorismo e influenciou, na contemporaneidade, autores conservadores, sujeitos políticos, grupos e classes. Essa obra foi traduzida e expandida por vários países e revela um “[...] conteúdo fortemente reacionário das teses e conceitos nele defendidos e definidos. Em larga medida, esses conceitos estruturam, ainda hoje, os modos de pensar e agir conservadores.” (SOUZA, 2016, p. 114).

Nessa obra, o autor se posiciona em relação ao tema da Revolução, colocando sua visão antirrevolucionária no sentido de transformação da sociedade. Para ele e os conservadores, a revolução significa melhoria, mas sem transformação, com a permanência das instituições consolidadas. O conservadorismo seria “[...] uma reação ideológica e política aos avanços da modernidade.” (SOUZA, 2015, p. 4).

A ideia conservadora que se passa na obra de Burke e influencia os conservadores contemporâneos em relação aos revolucionários – críticos da ordem burguesa – é de que são pessoas fanáticas, “inimigos da sociedade”. Para Burke, o papel de uma revolução não seria o da construção de uma nova sociedade, na sua visão: “[...] A Revolução foi feita para preservar nossas antigas e indiscutíveis leis, liberdades e aquela antiga Constituição de governo, nossa única garantia da lei e da liberdade.” (BURKE apud SOUZA, 2016, p. 119).

O conservadorismo expressou-se por meio dos vários posicionamentos contrários às conquistas alcançadas com o advento da modernidade, pela ascensão da burguesia como classe dominante e o desenvolvimento do capitalismo. Os conservadores eram contrários aos ideais da revolução, liderada pela burguesia, e aos princípios iluministas de liberdade, igualdade e fraternidade entre os homens (RIBEIRO, 2017).

Para Burke (apud RIBEIRO, 2017, p. 34), “[...] todo conhecimento, toda sabedoria e toda moral são advindos das experiências adquiridas e repassadas por seus ancestrais, constituindo-se como perpetuação e valorização das tradições”. Para os conservadores que seguiram as concepções de Burke, o conhecimento seria fruto da experiência adquirida por meio da tradição, pelo curso dos acontecimentos, e não pela razão individual.

No intuito da tomada de poder, a burguesia defendia os ideais de liberdade e igualdade, mas, posteriormente, ao firmar-se como classe dominante, abandonou esses ideais e repudiou o que ia de encontro aos seus interesses. “Ao passo que a burguesia abandona os princípios inaugurados pela modernidade, a classe operária começa a apoderar-se de tais ideais.” (RIBEIRO, 2017, p. 37).

Ao chegar ao poder, a burguesia incorporou o ideário conservador à sua dinâmica social. Diante disso, surgiram várias concepções de mundo que ampliaram os alicerces do conservadorismo, mas que também o questionavam. A Revolução Burguesa conduziu a uma ordem social que não executou a liberdade antes

prometida através da emancipação humana, mas gerou uma nova dominação de classe – a da classe burguesa sobre a proletária (NETTO; BRAZ, 2006).

Para Coutinho (2014), o conservadorismo é uma ideologia que emerge todas as vezes em que os “fundamentos institucionais da sociedade” são ameaçados por algum tipo de ação radical, que admite mudanças reformistas, mas não revolucionárias.

É importante destacar esses conceitos e características do desenvolvimento do conservadorismo e entender que ele passou por transformações em vários contextos sociais, inclusive dentro da profissão de Serviço Social. Coutinho (2014) afirma que existem “conservadorismos”, no plural, visto que essa ideologia se expressou diferentemente no tempo e no espaço.

Souza (2016, p. 230) destaca e explica o que chama de “conservadorismo à brasileira”, que surge em condições históricas de profunda desigualdade social, tendo como interesse das classes dominantes “[...] a manutenção e ampliação das condições que permitem seu domínio e hegemonia de classe sobre os trabalhadores”.

O referido autor complementa que, no Brasil, o conservadorismo adquire duas tendências: ou ele realiza a apologia ao capitalismo, associando-se ao discurso neoliberal; ou reforça tons reacionários de retrocesso que reforçam o passado brasileiro marcado pela antidemocracia, o autoritarismo e a negação de direitos.

As diversas especificidades do conservadorismo, ao longo de sua história, têm como fundamento histórico o desenvolvimento das contradições do sistema do capital, principalmente, na sua época monopolista e nas crises que o perpassa posteriormente. No Serviço Social brasileiro, a concentração sobre o tema se deu sob perspectivas e influências do neotomismo, estrutural-funcionalismo, positivismo, fenomenologia, neoconservadorismo e conservadorismo clássico (SOUZA, 2015).

Essas bases teóricas, aplicadas de maneira eclética, marcam posturas sincréticas na prática profissional que se expressam como, eminentemente, conservadoras. Apreender os conceitos dessas bases é de extrema importância para a formação do assistente social, mas não cabe, no momento, delinear-las a fundo, pois o foco em questão é conhecer os rebatimentos do conservadorismo no exercício profissional.

A gênese do Serviço Social, de cunho assistencialista e caritativo (NETTO, 1999), construiu-se nos alicerces da corrente filosófica-doutrinária do Neotomismo e

expressou o perfil profissional à época, de caráter extremamente conservador, o qual se manteve durante décadas na formação da profissão frente à sua necessidade social em dar respostas aos interesses da burguesia para manutenção da ordem do capital monopolista.

As primeiras décadas de formação marcaram também um modo de ser profissional que compreendia o papel do assistente social na “[...] busca da harmonia, do ajuste e da correção dos ‘desequilíbrios’ e ‘desajustes’ dos indivíduos e família.” (CARDOSO, 2016, p. 444), almejando sua adequação ao sistema vigente, no entendimento de que este é correto, perfeito e imutável, cabendo aos indivíduos ajustarem-se a ele, aos moldes da teoria positivista².

A profissionalização do Serviço Social deu-se ligada ao reposicionamento do Estado frente às expressões da “questão social” no contexto de consequências surgidas pelas contradições da ordem do capital. As ações de enfrentamento das suas expressões eram caracterizadas pela posição conservadora e fragmentada do Estado, escamoteando seu fundamento como consequência da contradição capital/trabalho (NETTO, 2001).

A naturalização das desigualdades e moralização dos indivíduos que necessitam da intervenção do Estado, por meio das políticas públicas sociais, são características do conservadorismo. O Serviço Social durante décadas se caracterizou por essa postura de intervenção pontual, fragmentada e acrítica.

O conservadorismo católico que caracterizou os anos iniciais do Serviço Social brasileiro começou, especialmente, a partir dos anos 1940, a avançar tecnicamente, ao entrar em contato com o Serviço Social norte-americano e suas propostas de trabalho, permeadas pelo caráter conservador da teoria social positivista. Nesse sentido, tinham-se duas vias de conservadorismo: uma, numa perspectiva religiosa; outra, científica, pela direção da teoria positivista.

A intenção era de capacitar-se para atuar nas políticas sociais, visando atender as demandas do Estado, acrescentando ao perfil profissional um caráter técnico-instrumental voltado para uma ação educativa e organizativa da classe

² A Teoria Positivista consiste na observação dos fenômenos por meio da promoção do primado da experiência sensível, única capaz de produzir a partir dos dados concretos a verdadeira ciência, subordinando a imaginação à observação, tomando como base apenas o mundo físico ou material. O positivismo defende a ideia de que o conhecimento científico é a única forma de conhecimento verdadeiro. Assim sendo, desconsideram-se todas as outras formas do conhecimento humano que não possam ser comprovadas cientificamente.

trabalhadora, ao mesmo tempo em que mantinha o caráter de uma profissão “especial”, voltada à pessoa humana (IAMAMOTO, 2013).

Essas características na formação sócio-histórica do Serviço Social implicaram na construção da imagem social impressa à profissão, bem como, na autoimagem dos seus agentes. Sendo assim, a formação tradicional/conservadora e as requisições do Estado burguês ao Assistente Social, influenciaram na construção de uma imagem profissional atrelada à caridade, ao assistencialismo e ao paternalismo, sendo conveniente à manutenção da ordem do sistema capitalista, defendida pelas elites conservadoras.

O quadro econômico-social do final dos anos 1950, marcado pelo processo de industrialização, colocava demandas de intervenção sobre a “questão social” que se desdobravam nas práticas dos assistentes sociais. Com o foco da época de desenvolvimento nacional, visualizavam-se pontos que marcaram uma erosão do Serviço Social tradicional, a partir das mudanças sociais que requeriam uma adequação da profissão às novas solicitações postas, o que repercutiu na necessidade de aperfeiçoamento dos conceitos, do padrão técnico, científico e cultural dos profissionais (NETTO, 1998).

Na década de 1960, surgiu um movimento no Serviço Social que expressou a crítica ao Serviço Social tradicional, trazendo reflexões acerca do seu próprio significado social e dos desdobramentos de sua intervenção.

A reflexão profissional se desenvolveu em três direções principais: 1) perspectiva modernizadora, que buscava adequar o Serviço Social às exigências sócio-políticas do período ditatorial, inserindo os valores e concepções “tradicionais” em uma nova teoria e metodologia; 2) perspectiva de reatualização do conservadorismo, que teve como base teórico-metodológica a fenomenologia, buscando fundamentar o exercício do Serviço Social na ajuda psicossocial; e 3) perspectiva de intenção de ruptura, que buscava romper com o pensamento conservador e com o reformismo, recorrendo à tradição marxista (NETTO, 2008).

A intenção de ruptura, na década de 1980, espraiou-se no âmbito da Academia, nos movimentos estudantis, nas entidades da categoria e dentre os profissionais, alterando a formação do assistente social ao aproximar o Serviço Social do marxismo a partir de uma perspectiva emancipatória que ganhou hegemonia no seio da profissão. Essa aproximação demarcou a atuação profissional

realizada a partir da leitura crítica da realidade, e como espaço de contradições e conflitos.

A década de 1980 é um marco no debate sobre os fundamentos do Serviço Social no Brasil inspirado na teoria social crítica, que norteia um projeto acadêmico-profissional do Serviço Social brasileiro expresso na renovação da legislação profissional (1993), na normatização ética (1993) e nas diretrizes curriculares nacionais. [...]. Seu núcleo central é a compreensão da história a partir das classes sociais e suas lutas, o reconhecimento da centralidade do trabalho e dos trabalhadores. (IAMAMOTO, 2014, p. 615).

Nesse contexto de crítica ao conservadorismo na profissão, o Serviço Social utilizou-se da teoria social crítica como base para sua superação. A teoria foi discutida e absorvida dentro das principais categorias organizativas, Academia e profissionais, o que repercutiu na construção de um projeto profissional calcado na defesa de uma nova sociedade, mais justa e igualitária, que supere o conservadorismo. Esse novo posicionamento profissional que prioriza a superação do conservadorismo se enraizou na profissão, tornando-se hegemônico dentre os profissionais.

Na contramão aos avanços no Serviço Social, que se intensificaram por meio do debate plural e da defesa da classe trabalhadora, a conjuntura social e econômica do Brasil propiciou e fortaleceu as investidas do capital. As rearticulações de vanguardas conservadoras marcaram a estrutura da sociedade atual, caracterizadas pela iniciativa e ataque neoliberal – enxugamento do Estado, redução de gastos sociais públicos, privatizações – no intuito de fortalecer o avanço da dominação do capital. Esse fortalecimento foi primordial para o capital, principalmente, depois da crise sofrida na década de 1970, na qual os gastos sociais eram vistos como causadores da crise.

Para superar a crise, ocorreu um processo de reestruturação produtiva marcada pela flexibilização e mudanças no mundo do trabalho, a partir do qual o mercado manteve parte dos trabalhadores formalmente empregados e outra parcela imensa e heterogênea de precarizados, subcontratados, temporários, informais, parciais, terceirizados, ambulantes, diaristas, entre outras modalidades (ANTUNES, 1999). Intensificou-se a flexibilização dos direitos trabalhistas, com a precarização das relações de trabalho, aumento do desemprego, direitos reduzidos e garantias mínimas. Isso ocorreu com a anuência do Estado burguês que, sistematicamente, transferiu fundos públicos para manter o “mercado aquecido” subsidiando negócios

privados. Esse contexto social, político e econômico intensificou-se na década de 1990.

Silva (2015, p. 113) reforça que essas alterações no âmbito do trabalho e no Estado, com intensificação do neoliberalismo, alcançaram o assistente social enquanto trabalhador assalariado:

Tais dificuldades, ontologicamente dadas, obviamente não exclusivas à categoria profissional dos assistentes sociais, particularizam-se nela intensificando e gerando questões objetivas e concretas para o trabalhador assistente social: intensificação do trabalho, redução de direitos, subcontratações, dificuldades para a requalificação profissional, entre outras questões mais diretamente afeitas ao profissional propriamente dito.

Na década de 1990, o Serviço Social demonstrou sua resistência aos avanços da dominação do capital e das políticas neoliberais, firmando sua direção social voltada à classe trabalhadora e posicionando-se de forma contraditória em relação ao movimento histórico da sociedade burguesa, explicitando a crítica, teórica e política, ao conservadorismo.

À medida que essas novas situações se apresentaram para a profissão – as mudanças no mundo do trabalho e os impactos para a classe trabalhadora – colocavam-se novas exigências para o Serviço Social, as quais o obrigaram a se atualizar para adequar-se às novas demandas do mercado de trabalho, mas “[...] sem deixar de lado algumas características historicamente persistentes de sua intervenção” (YASBEK, 2009, p. 137). Permaneceram as “velhas” práticas (conservadoras), ao lado de práticas renovadas

O conservadorismo, então, moderniza-se também no âmbito do Serviço Social, realimenta as velhas teses, travestindo-as de novas, de atuais, de mais realistas, mais próximas e “concretas” para “prática profissional” dos assistentes sociais. Faz isto, claro, renovando-se, reatualizando-se, sem alterar sua estrutura interna. São reeditadas, então, na era da pós-modernidade e da chamada “crise dos paradigmas” nas Ciências Humanas e Sociais (certamente úteis no atual estágio de acumulação do capital), velhas receitas comprometidas com velhos conceitos requentados e com “novas e certas soluções”. Isso, no campo particular do Serviço Social, tem se expressado em diversas tendências teórico-metodológicas em curso (claramente ou não), retomando e reacomodando, simultaneamente, traços novos com o passado profissional. (NETTO, 1996 apud SILVA, 2015, p. 114).

Silva (2015) apresenta aspectos que são reproduzidos a partir dessas novas tendências, tais como: 1) a dificuldade em reconhecer os limites estruturais da ordem capitalista para explicitar as particularidades do Serviço Social, o que gera “[...] fragilidade para estabelecer mediações entre as determinações estruturais e as demandas imediatamente postas à profissão” (SILVA, 2015, p. 114); 2) Falta de importância da teoria e da pesquisa para a formação profissional; 3) a valorização da teoria sustentada na ciência abstrata, estranha à realidade que utiliza de conhecimentos heterogêneos e ecléticos; 4) a discussão do pluralismo, sem o debate crítico necessário; 5) e a “[...] dificuldade para visualizar a relação dialética como unidade diversa, entre a profissão Serviço Social e níveis crescentes de emancipação social, para além da ordem do capital.” (SILVA, 2015, p. 115).

Em outras palavras, ressalta-se que essas novas tendências e aspectos surgiram no Serviço Social a partir do seu posicionamento perante às mudanças societárias, no Estado, nas políticas e na divisão social do trabalho. Como reitera Souza (2016, p. 249):

Nesse espaço de contradições, entre as transformações societárias e as novas requisições sócio-institucionais ao Serviço Social, é que setores conservadores da profissão procuram atuar taticamente, de maneira a tensionar ou reverter os avanços do "projeto ético-político". Entre as várias frentes dessa atuação tática dos setores conservadores, encontra-se o questionamento do marxismo como teoria e método válidos, do ponto de vista da intervenção e da produção de conhecimento; o avanço de ideologias conservadoras, como o liberalismo (e suas inúmeras vertentes), os pensamentos "pós-modernos"; o elogio de práticas terapêuticas; o retorno do personalismo cristão; o questionamento das posições políticas da categoria frente aos dilemas candentes da sociedade brasileira; entre outras.

Na prática, o que se visualizou foi o aumento de cursos de Serviço Social à distância, o aligeiramento da formação, a desprofissionalização, as práticas terapêuticas, as ideologias conservadoras em disputa por hegemonia teórica, e tantas outras condutas que fortaleceram as posições conservadoras dentro da profissão, marcadamente no cenário da última década, na qual o conservadorismo foi assinalado como ideologia hegemônica do capitalismo.

O fato é que a materialização do projeto profissional atual do Serviço Social brasileiro vem sendo atravessada pela emergente ascensão do pensamento

conservador na sociedade, o qual atinge diretamente a formação, direciona novos debates e posturas profissionais.

No exercício profissional, as exigências do mercado, as políticas neoliberais e a ascensão conservadora incidiram em condições precárias de trabalho, desvalorização profissional, trabalho informal e desemprego. Isso alcançou diretamente a vida do trabalhador, assistente social, como reforça a passagem a seguir:

Percebemos assim, que as exigências do capital ao exercício profissional afetam também a subjetividade dos indivíduos na medida em que os mesmos perdem o sentido da formação e o comprometimento com seu projeto ético-político. (OLIVEIRA, 2018, p. 70).

Na formação, os elementos do conservadorismo apareceram na precarização e mercantilização do ensino superior, como destaca Iamamoto (2014, p. 629):

O desmesurado crescimento do quadro profissional nas últimas décadas, decorrente da expansão acelerada do ensino superior privado — em particular no ensino à distância — tem implicações na qualidade acadêmica da formação, no aligeiramento no trato da teoria, na ênfase no treinamento e menos na descoberta científica. A massificação e a perda de qualidade da formação universitária facilitam a submissão dos profissionais às demandas e “normas do mercado”, tendentes a um processo de politização à direita da categoria. O aumento do contingente profissional vem acompanhado de crescimento do desemprego em uma conjuntura recessiva, pressionando o piso salarial e a precarização das condições de trabalho, aumentando a insegurança no emprego e a concorrência no mercado profissional de trabalho.

Além disso, a produção do conhecimento sofreu influências que repercutiram na busca por metodologias conservadoras no âmbito das Ciências Sociais, sobretudo, aquelas assentadas no pensamento pós-moderno (BOSCHETTI, 2015).

Percebe-se, então, que o momento no qual a profissão questionou e vislumbrou a superação do conservadorismo permitiu a construção do projeto ético político profissional. Na contramão, o que se vivencia hoje e se propaga são pensamentos que se opõem à efetivação desse projeto, pois a profissão:

“[...] se desenvolve e se materializa em relações sociais permeadas e alimentadas cotidianamente pelas determinações sociais fundadas no pensamento conservador.” (BOSCHETTI, 2015, p. 642).

Como fora tratado anteriormente, no que se refere ao “conservadorismo à brasileira”, compreende-se que essa ideologia está atrelada aos interesses das classes dominantes, no intuito de manter seu domínio e controle sobre a classe trabalhadora, recriminando as formas que possam “abalar” a ordem.

Se o Serviço Social, enquanto profissão, encontra-se ligado às políticas sociais promovidas pelo Estado burguês para o controle da força de trabalho, seu projeto e direção social estão em contradição com o projeto burguês de conservação da sua supremacia.

Diante do exposto, para compreender e ratificar como as expressões do conservadorismo se espalharam na profissão e atingiram a construção de sua imagem social e sua autoimagem, destacam-se traços que Boschetti (2015, p. 647-649) apresenta como característicos do Serviço Social contemporâneo, devido à incorporação do pensamento pós-moderno na formação:

O metodologismo ressurgiu sob a forma de ênfase no tecnicismo e legalismo positivista, como elemento crucial na formação e na pesquisa, em detrimento do questionamento, da crítica [...]. O teorismo acrítico é outro traço conservador e se caracteriza como conceitualização operacional e adoção de categorias pós-modernas e conservadoras das Ciências Sociais [...]. Trata-se da ênfase às abordagens abstratas que não desvendam o real em sua totalidade e reiteram a conservação de relações mercantis e mercantilizadas. O aligeiramento da formação e da pesquisa [...]. O pragmatismo alimenta um tipo de formação, mas também de trabalho profissional, baseado na filosofia utilitarista, no imediatismo [...]. O voluntarismo revela um subjetivismo descolado da objetividade e das múltiplas determinações do real. O contentamento com o possibilismo é típico do conformismo com mudanças no quadro das instituições capitalistas existentes. É a concordância com a “melhoria” social possível nos marcos do capitalismo.

Assim, no cotidiano profissional, a imagem socialmente constituída em torno do Serviço Social, diante do que foi traçado quanto às influências do conservadorismo na profissão, tende a ser de um profissional “do controle” de conflitos, “do ajustamento” dos indivíduos às normas institucionais, um profissional “da ajuda”, das ações imediatistas, do trato das problemáticas fragmentadas, por partes.

A autoimagem, endógena ao profissional, também sofreu interferências significativas, pois, conforme foi delineado, o projeto profissional vigente, que orienta o exercício do assistente social, foi construído numa perspectiva contrária à da

classe hegemônica. Ou seja, a direção social que a profissão defende, em prol da classe trabalhadora, caminha em direção oposta à direção conservadora que mantém a exploração e a superioridade de uma classe sobre outra. Isso cria um profissional inseguro, sem alicerces para efetivação do projeto hegemonicamente defendido pela sua profissão, enfraquecendo as organizações que defendem a categoria, os movimentos de resistência e os profissionais em geral.

Ademais, o conservadorismo intrínseco à profissão também pode repercutir para uma autoimagem profissional que, ora se aproxima de uma perspectiva messiânica que acredita no profissional como herói que vai transformar radicalmente a sociedade; ora se enquadra numa visão fatalista, na qual a realidade é definitiva e o assistente social se vê tolhido ao ponto de não acreditar nas mudanças sociais, tendo uma visão determinista e a-histórica da realidade (IAMAMOTO, 1998). Portanto, é necessário que se tenha bom senso e equilíbrio profissionais para perceber que esses extremos na postura profissional são negativos e não revelam a verdadeira identidade do assistente social.

Por isso, debelar esses traços conservadores e conhecer seus rebatimentos para a imagem social e a autoimagem do assistente social são essenciais para fortalecer a recusa de uma formação acrítica e tecnicista e defender a formação na perspectiva de totalidade, visando o exercício profissional condizente com o que propõe o Projeto Ético-Político Profissional atual.

O próximo capítulo versará sobre o exercício profissional na política de saúde, considerando os rebatimentos inferidos neste capítulo.

3. CAPÍTULO II – A CONSOLIDAÇÃO DO PROJETO PROFISSIONAL HEGEMÔNICO DO SERVIÇO SOCIAL E AS ESPECIFICIDADES DA SUA INTERVENÇÃO NA POLÍTICA DE SAÚDE

Como este trabalho reside suas reflexões no campo da política da saúde, neste capítulo discorrer-se-á sobre o contexto do Serviço Social na saúde na atualidade, a partir dos elementos históricos que marcaram os avanços dessa política, concomitante ao processo de renovação teórico-metodológica e a construção do Projeto Profissional vigente, voltado aos interesses da classe trabalhadora.

O PEPP apresenta e consolida atribuições e competências profissionais constituintes de uma autoimagem renovada na profissão, que visa romper com o conservadorismo e solidifica a resistência às contradições impostas pela sociedade burguesa, ao defender princípios de liberdade e justiça social.

Por esse motivo, adentra-se, nesse capítulo, no que tange às demandas institucionais – burocratizadas, seletivas, imediatistas – que se apresentam funcionais à manutenção e à ordem do sistema capitalista; paralelas às respostas profissionais, que ora condizem com o PEPP porque defendem os interesses da classe trabalhadora de forma mobilizadora, crítica e propositiva, ora condizem com uma prática imediatista, marcando a autoimagem de um profissional conservador, o que embasará reflexões sobre a autoimagem do Serviço Social no Brasil.

3.1 Abordagem de aspectos históricos e contemporâneos do Serviço Social na saúde

A mudança mais significativa e relevante, para compreender o posicionamento do Serviço Social na atualidade, iniciou-se com o processo de renovação teórico-metodológica da profissão – décadas de 1960/1970/1980 – quando a categoria passou a questionar o seu papel frente às contradições inerentes ao capital e à perspectiva conservadora do Serviço Social tradicional.

Com a implantação do regime político ditatorial, nos anos de 1960, no Brasil, os movimentos políticos que haviam surgido com interesses sociais foram desmobilizados, inclusive, alguns assistentes sociais que atuavam junto a estes movimentos, com a intenção de construir um compromisso do Serviço Social com os interesses dos setores populares, tiveram seu trabalho interrompido (ASSUNPÇÃO; CARRAPEIRO, 2014).

Desse modo, a atuação profissional, nesse período, deu-se nos seguintes âmbitos:

1) no Estado, o qual respondia à questão social de forma coercitiva, tecnocrática, meritocrática e conforme demanda econômica do capital; 2) nas multinacionais, as quais precisavam de profissionais apropriados do aparato burocrático e que pudessem intervir diretamente na relação capital/trabalho, em meio às manifestações dos trabalhadores; e 3) na filantropia privada, que se expandiu diante do aprofundamento da questão social. (ASSUNPÇÃO; CARRAPEIRO, 2014, p. 107).

Conscientes de suas limitações, os assistentes sociais se articularam, em meados da década de 1960, no que se denominou Movimento de Reconceituação, dividindo-se em dois segmentos: um que defendia a modernização do Serviço Social, ajustando-o às necessidades conjunturais; outro que defendia a total ruptura com o passado da profissão e a vinculação aos projetos de superação das estruturas sociais de exploração e dominação (NETTO, 1998).

Inicialmente, manteve-se a continuidade do projeto tradicional com uma nova roupagem – o projeto modernizador, com a perspectiva conservadora direcionando a formação. Assim, as bases filosóficas e doutrinárias humanistas mantiveram-se na profissão, porém houve uma aproximação com o positivismo e a ideologia desenvolvimentista, na busca de cientificidade e da preparação técnica para o “fazer profissional”. Constitui-se o que Iamamoto denomina de arranjo teórico-doutrinário (IAMAMOTO, 2013).

[...] a modernização do conservadorismo marcou a atuação dos assistentes sociais durante o período ditatorial, fazendo surgir no Brasil o projeto modernizador da profissão. Suas ações visavam à adequação dos indivíduos à realidade social na lógica do desenvolvimentismo, vinculada à harmonia social, em um compromisso com a ordem vigente. Neste sentido, remetia a atuação profissional a responder as expressões da questão social com ações pontuais e individualizantes, buscando o enquadramento e ajustamento dos sujeitos, com ações corretivas e preventivas. (ASSUNPÇÃO; CARRAPEIRO, 2014, p. 109).

O segmento que defendia a ruptura do passado profissional questionava o padrão de desenvolvimento capitalista e a forma de enfrentamento da “questão social”, encarada através da repressão e do assistencialismo. Além disso, a revisão crítica que se processou nas Ciências Sociais e os movimentos estudantis

mobilizados dentro das Universidades, também corroboraram para promover a contestação das práticas profissionais do Serviço Social “tradicional”.

O posicionamento contrário ao desenvolvimento capitalista ressaltou a importância do Serviço Social se aprofundar numa prática pautada pelas necessidades dos segmentos explorados, tendo como perspectiva a transformação social.

Na década de 1980, o Serviço Social passou a buscar explicações sobre seu significado sócio-histórico e a se posicionar no enfrentamento da “questão social” ao lado da classe trabalhadora, vivenciando um processo de maturidade profissional que marca a interlocução real com a tradição marxista, atualmente hegemônica na profissão. Concomitante a esse processo de transformação interna da profissão, o país encontrava-se em um momento de grande efervescência política pelo fim da ditadura militar, com expressiva participação popular e dos movimentos sociais.

O movimento de renovação iniciado pelos assistentes sociais com o objetivo de repensar a profissão ocorreu, paralelamente, ao Movimento Sanitário, que tinha cunho de mudança, reforma e luta pela universalização do acesso à saúde, por compreendê-lo como direito de todos e um dever do Estado.

A Reforma Sanitária foi amplamente discutida a partir da atuação de diversos segmentos e movimentos sociais que organizaram conferências, simpósios e encontros durante anos, nos quais, cada vez mais se dava uma maior abertura à relação da população com a área da saúde. Em 1986, foi realizada a VIII Conferência Nacional de Saúde, a qual apontou vários temas relevantes, como o dever do Estado e o direito do cidadão no tocante à assistência à saúde; à reformulação do sistema nacional de saúde e ao financiamento do setor (BRAVO, 2007).

As mudanças estruturais vivenciadas na área da saúde, nesse período, são imprescindíveis de se destacar, por ser um importante campo de atuação do Serviço Social, que se modificou, principalmente, no período final do Regime Militar. Até então, o assistente social intervinha nessa área com uma prática curativa, como agente do Estado para atenuar as problemáticas de saúde e manter a força de trabalho ativa para o alcance dos interesses burgueses de acumulação de capital (BRAVO, 2007).

No entanto, **o movimento interno ocorrido no Serviço Social, que questionava a postura da profissão no enfrentamento da “questão social”,**

demorou a interferir na sua prática dentro da política de saúde e não teve significativa articulação com o Movimento de Reforma Sanitária:

Se o Serviço Social cresceu na busca de uma fundamentação e consolidação teórica, poucas mudanças consegue apresentar na intervenção. Sem dúvida, para se avançar hoje na profissão, se faz necessário recuperar as lacunas da década de 80. E a intervenção é uma prioridade, pois poucas alterações trouxeram os ventos da vertente intenção de ruptura para o cotidiano dos serviços. Este fato rebate na atuação do Serviço Social na área da saúde - o maior campo de trabalho. (BRAVO; MATOS, 2007, p. 204).

Dos grandes avanços ocorridos na política de saúde, destaca-se sua inclusão na Constituição Federal de 1988 como direito de todos e dever do Estado, com a integração dos serviços de saúde de forma regionalizada e hierarquizada, constituindo um sistema único. Por outro lado, esses avanços esbarraram na conjuntura econômica e política brasileira marcada pelo avanço do projeto neoliberal, caracterizado pela contenção dos gastos com a racionalização da oferta, a isenção de responsabilidade do Estado e o questionamento da universalidade do acesso (BRAVO; MATOS, 2007).

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado com princípios que visam a universalização, a participação popular, a integralidade na atenção e a descentralização na prestação dos serviços de saúde, atendendo grande parte das reivindicações do Movimento Sanitário.

Apesar do movimento de renovação interna do Serviço Social não estar articulado diretamente com a Reforma Sanitária, ele propunha um novo direcionamento à profissão pela defesa da democracia, dos direitos sociais e dos interesses da classe trabalhadora.

Logo, havia uma relação consensual entre os princípios que se propunham nos debates para construção de um novo Projeto Profissional e o projeto de Reforma Sanitária, pois este último coloca demandas para o assistente social no âmbito da luta pela democratização do acesso aos serviços de saúde, acesso às informações e estímulo à participação popular (CFESS, 2010).

No entanto, principalmente a partir da década de 1990, o projeto da Reforma Sanitária entra em disputa com um projeto privatista da saúde. Assistiu-se ao redirecionamento do papel do Estado, que teve a tarefa de apenas garantir o mínimo aos que não podiam pagar, ficando para o setor privado o atendimento de saúde

para os que tinham acesso ao mercado. As propostas do projeto privatista, baseado na política neoliberal 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 em nível local e eliminação da vinculação de fonte com relação ao financiamento. (CFESS, 2010, p. 22).

Observam-se, assim, as transformações ocorridas no Serviço Social, com ênfase na década de 1980, e como elas coincidiram com o período de redemocratização do país, o aumento da participação dos movimentos sociais e os avanços na política de saúde.

Enfatiza-se que tais avanços se chocam com as barreiras geradas pelas investidas de acumulação de capital, e conseqüentemente, atingem diretamente as demandas de saúde postas ao assistente social. A partir da década de 1990, a categoria construiu e consolidou a proposta de um Projeto Profissional que embasasse sua prática, aliado à classe trabalhadora e seus interesses, criado a partir da maturidade profissional de perspectiva crítica. Por outro lado, viu-se tolhido pelos interesses antagônicos do capital, por atuar na política de saúde devendo dar respostas às demandas de um Estado Neoliberal.

Nessa década, a Reforma Sanitária passou a ser desconstruída. Vincula-se a saúde ao mercado e descumprem-se os dispositivos constitucionais, com o desrespeito de princípios da universalidade, equidade e integralidade e a isenção do Estado sob a responsabilidade pela Saúde de todos (BRAVO, 2007).

Adiante, apresentam-se as principais demandas postas ao Serviço Social na atualidade e suas competências na política de saúde, na conjuntura a partir da década de 1990.

3.2 Inferências sobre as demandas e competências do(a) assistente social na atualidade no campo da saúde

A profissionalização do Serviço Social ocorreu com sua inserção na divisão social e técnica do trabalho, com base nas formas de enfrentamento do Estado à “questão social”, por meio das políticas sociais. Tais políticas requeriam agentes

para sua formulação e implementação, constituindo-se em mercado de trabalho para os assistentes sociais enquanto “agentes executores de políticas sociais.” (NETTO, 2001, p. 74).

Especificamente na política de saúde, novas demandas foram apresentadas ao assistente social após os avanços ocorridos, na década de 1980, principalmente com sua inclusão como direito de todos e dever do Estado, na Constituição Federal de 1988, compondo o tripé da Seguridade Social, junto da Assistência Social e Previdência.

Concomitante às mudanças na saúde, o Serviço Social continuou sua revisão teórico-metodológica interna para construção de um Projeto Profissional com nova direção social, com o intuito de romper com o conservadorismo que reitera a ordem capitalista. O próximo item deste trabalho dará enfoque ao chamado Projeto Ético-Político Profissional, configurado pelo Código de Ética de 1993, pelas Diretrizes Curriculares e pela Lei que regulamenta a profissão.

Essa revisão profissional demorou a alcançar a prática profissional nos serviços, mas propunha uma nova postura profissional, baseada em princípios que confluem com os mesmos defendidos pela Reforma Sanitária e incorporados à Constituição.

Mesmo com a garantia dos direitos constitucionais, os procedimentos para o adequado funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS), só puderam ser concretizados a partir da elaboração de Leis específicas da Saúde. Nesse propósito, foram criadas a Lei Orgânica da Saúde (LOS), Nº 8080/90, que dispõe sobre as atribuições e funcionamento do Sistema Único de Saúde, bem como, a Lei Federal Nº 8142/90, que trata sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde.

Desse modo, o novo Sistema Único de Saúde incorporou uma concepção ampliada de saúde, considerada como aquela que busca melhores condições de vida e de trabalho e acesso às políticas sociais e econômicas, por meio da nova organização do sistema em consonância com os princípios da intersetorialidade, integralidade, descentralização, universalização e participação social (CFESS, 2010).

Como fora afirmado, na década de 1990, esses avanços se depararam com uma conjuntura brasileira de investida neoliberal, que desfavoreceu a

implementação do funcionamento do SUS, como proposto na sua legislação. O Estado propôs, em contrarreforma, a defesa do processo de privatização, e assim, a mercantilização da saúde e ampliação do assistencialismo (CFESS, 2010).

Enquanto isso, os debates ocorridos dentro a categoria dos assistentes sociais, nesse período, ocorreram voltados para a nova direção social da profissão, seu significado social e a defesa da classe trabalhadora, ao atender seus interesses por meio da execução de políticas sociais públicas e de qualidade, no entendimento de que se configuram como direitos sociais. Assim, os objetivos profissionais e da Reforma Sanitária foram tensionados ao se direcionar na contramão aos propostos com a contrarreforma do Estado.

O projeto privatista apresentou, ao assistente social, demandas incongruentes à postura que o Projeto Profissional defende, de romper com o conservadorismo, mas que são exigências rotineiras do mercado de trabalho:

[...] seleção sócio-econômica (*sic*) dos usuários, atuação psico-social através de aconselhamento, ação fiscalizatória aos usuários dos planos de saúde, assistencialismo através da ideologia do favor e predomínio de práticas individuais. (BRAVO; MATOS, 2007, p. 206).

Todavia, o projeto da Reforma Sanitária apresentou demandas compatíveis com a proposta defendida pelo Projeto Profissional, solicitando um trabalho voltado para:

[...] busca de democratização do acesso as unidades e aos serviços de saúde, atendimento humanizado, estratégias de interação da instituição de saúde com a realidade, interdisciplinaridade, ênfase nas abordagens grupais, acesso democrático às informações e estímulo a participação cidadã. (BRAVO; MATOS, 2007, p. 206).

Apesar dos obstáculos para efetivação da Saúde como proposta em Lei, os princípios trazidos com a Reforma Sanitária continuaram sendo defendidos pela população e pelos movimentos sociais.

Em comum aos princípios do SUS, as mudanças originadas com o Projeto Profissional do Serviço Social incorporaram às novas legislações profissionais – Código de Ética e Lei que regulamenta a profissão – princípios que passaram a nortear a prática profissional na perspectiva de luta e ampliação dos direitos sociais.

[...] a integralidade se realiza pelo compromisso ético-político e competência técnica dos profissionais a partir da relação com o usuário. Ou seja, ouvir cuidadosamente, apreender, compreender e

analisar para identificar as necessidades de saúde da população [...] possibilita uma inserção diferenciada do assistente social na área da saúde, superando o estatuto de profissão paramédica, típico do modelo biomédico. [...] A participação da comunidade, igualmente um princípio constitucional e eixo organizador do Sistema Único de Saúde, é um outro ponto a ser destacado na relação entre as práticas dos assistentes sociais que se pautam no Código de Ética e no projeto ético-político e o SUS. [...] pode-se também observar a intrínseca relação do controle social com os pressupostos contidos no Código de Ética, Lei da Regulamentação da Profissão e o Projeto Ético-Político. (NOGUEIRA; MIOTO, 2007, p. 224-225).

Por esses avanços e contradições inerentes ao objeto de trabalho do Serviço Social nessa área – as expressões da “questão social” na saúde – não é possível apresentar demandas e competências profissionais desvinculando-as das discussões em torno do Projeto Ético-Político Profissional, que é expressão da maturidade intelectual da categoria e suscita inúmeros desafios para o exercício profissional, embasando as competências profissionais e permitindo a crítica à reiteração de demandas conservadoras ao assistente social.

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 as necessidades apresentadas pelos usuários. (BRAVO; MATOS, 2007, p. 213).

Todavia, a conjuntura vivenciada a partir da década de 1990 demonstrou que não se pode desconectar o exercício profissional da realidade do movimento histórico-social, e, portanto, há uma subordinação da prática às necessidades das entidades empregadoras. Conforme Costa (2007, p. 306) reforça, a seguir:

Assim, o trabalho dos assistentes sociais não se desenvolve independentemente das circunstâncias históricas e sociais que o determinam, de fato a inserção do Serviço Social nos diversos processos de trabalho, encontra-se profunda e particularmente enraizada na forma como a sociedade brasileira e os estabelecimentos empregadores do Serviço Social recortam e fragmentam as próprias necessidades do ser social e a partir desse processo como organizam seus objetivos institucionais que se voltam a intervenção sobre essas necessidades. A não consideração desse processo de subordinação, aliada a uma frágil discussão sobre as particularidades da prática profissional nos serviços de saúde, constituem uma das variáveis que interferem na tensão existente

entre as exigências do mercado e a idealização dos profissionais acerca de suas ações profissionais.

A esse respeito, Vasconcelos (2007) apresenta uma pesquisa, no âmbito da saúde hospitalar, na qual apontou as principais demandas para o Serviço Social, destacando os encaminhamentos, o atendimento às demandas espontâneas, as orientações, as informações, as providências, o apoio, os aconselhamentos – dentre outras – e conclui que há uma desconexão entre a prática profissional, baseada no Projeto Ético-Político Profissional, e as possibilidades da prática na realidade, que necessitam da leitura crítica da realidade para sua apreensão.

A autora expõe as dificuldades vivenciadas pelo Serviço Social na saúde, observadas por meio da referida pesquisa, e critica:

[...] a postura dos profissionais de se colocarem passivos, dependentes, submissos e subalternos ao movimento das unidades de saúde [...], o que determina a qualidade, quantidade, caráter, tipo e direção do trabalho realizado pelos assistentes sociais. (VASCONCELOS, 2007, p. 246).

Essa submissão – inclusive decorrente do modelo médico-centrado de atenção à saúde, dentre outras causas – rebate nas demandas apresentadas pelos outros profissionais de saúde ao assistente social, os quais consideram a demanda apresentada no nível da imediatez e não atentam para a leitura crítica da história e o contexto sócio familiar do usuário.

Outra crítica relevante, destacada pela autora, refere-se à prática profissional burocratizada. Ela chama atenção para o fato de que, ao realizar uma prática mecanizada, imposta pelas normas institucionais e gerenciais como forma de controle da prestação dos serviços – a exemplo dos cadastros seletivos que dificultam o acesso dos usuários aos serviços enquanto direito social – dificulta-se a abstração do que está aparente, da real necessidade do usuário. A autora demonstrou que a prática profissional está “hipotecada aos condicionantes político-institucionais” (VASCONCELOS, 2007, p. 253), que limitam as escolhas do assistente social.

Tendo em vista as dificuldades enfrentadas na prática profissional, as discussões em torno da efetivação do PEPP tornaram-se constantes dentre a categoria profissional. Sendo assim, em 2010, o Conselho Federal de Serviço Social lançou o documento: “Parâmetros para atuação do Assistente Social na Saúde”, com a finalidade referenciar a intervenção dos profissionais de Serviço Social nessa

área, atendendo as diretrizes do PEPP. O documento surgiu como necessidade dos profissionais darem respostas às demandas identificadas no cotidiano e foi resultante de discussões em Grupos de Trabalho, realizadas por todo país (CRESS, 2010).

Inicialmente, o texto dos “Parâmetros” começa uma discussão sobre os desafios atuais do SUS e do fortalecimento do Projeto Profissional do Serviço Social. Em seguida, adentra as atribuições e competências gerais do assistente social, a partir dos eixos: “[...] ações de atendimento direto aos usuários; ações de mobilização, participação e controle social; ações de investigação, planejamento e gestão; ações de assessoria, qualificação e formação profissional.” (CRESS, 2010, p. 14).

Na discussão trazida pelo documento, compreende-se que uma das funções principais do Serviço Social, pautado no Projeto Profissional, é a de buscar estratégias que efetivem o direito social à saúde, articulando-as, necessariamente, aos objetivos da Reforma Sanitária. Em continuidade, o documento apresenta competências e atribuições gerais do assistente social, pautado na Lei que Regulamenta a Profissão (Lei nº 8.662/93), que permitem ao profissional realizar a análise crítica da realidade e estruturar seu trabalho para o enfrentamento das situações e demandas sociais que se apresentam em seu cotidiano.

Em contramão aos avanços que o documento propõe, ao lado da Reforma Sanitária, o projeto privatista de saúde restringe direitos no âmbito da saúde e coloca demandas que surgem diante da dificuldade do acesso aos serviços e dos problemas com a qualidade e quantidade de atendimento. O assistente social é demandado, então, para receber reclamações e solucionar problemas estruturais. Historicamente, os profissionais de saúde demandam ao assistente social ações que não são atribuição do mesmo, de caráter burocrático e administrativo (CRESS, 2010).

As discussões para elaboração do documento definiram como as principais ações a serem desenvolvidas pelo assistente social: ações socioassistenciais e socioeducativas, voltadas para a democratização das informações, visando o acesso ao direito com qualidade; ações de articulação com a equipe de saúde e que incentivem a participação popular; ações de assessoramento à educação permanente e qualificação profissional (CRESS, 2010).

A definição de um conjunto de atribuições e competências conferidas ao Assistente Social foi necessária para reforçar e promover uma prática profissional comum entre a categoria, calcada nos princípios do Projeto Ético-Político Profissional e em favor da efetivação do Sistema Único de Saúde, conforme preconizam os princípios constitucionais. No entanto, as limitações impostas pela contrarreforma da saúde e pela Política Neoliberal para o acesso ao direito à saúde permanecem e se configuram como desafios constantes para o exercício profissional.

Adiante, discutir-se-á a respeito desse Projeto Ético Político do Serviço Social como norteador da autoimagem profissional, a partir da defesa de uma nova direção social.

3.3 Reflexões sobre a autoimagem profissional à luz do Projeto Ético-Político Profissional

Os avanços ocorridos no âmbito do Serviço Social a partir do processo de renovação teórico-metodológica da profissão, ao proporcionarem a recusa e crítica ao conservadorismo, alicerçaram as raízes de um projeto profissional novo, oferecendo bases para o que se denomina Projeto Ético-Político Profissional (PEPP).

Na década de 1980, o Serviço Social alcançou uma maturidade teórica que permitiu a discussão sobre esse Projeto, tendo em vista promover uma nova direção social aos assistentes sociais numa perspectiva democrática de garantia de direitos sociais para a classe trabalhadora, ou seja, uma proposta contra hegemônica ao projeto defendido pela burguesia.

Teixeira e Braz (2009) fazem uma discussão sobre as influências que os projetos societários exercem sobre os projetos profissionais e afirmam que esses projetos podem se alinhar a uma perspectiva de conservação ou de transformação. No caso do Projeto Profissional do Serviço Social, fica evidenciada a vinculação ao projeto societário de transformação da sociedade, o que se percebe a partir da revisão curricular de 1982, com a hegemonia da perspectiva crítica da realidade e do Código de Ética de 1986.

A perspectiva anterior, conservadora, pautava-se na “ética da neutralidade” (ABRAMIDES, 2006, p. 168). O Código de Ética de 1986 rompeu com o neotomismo e a visão abstrata do homem e incluiu o novo posicionamento profissional diante da realidade, disciplinando o exercício profissional voltado às demandas da classe trabalhadora, à democratização de direitos, à informação, à participação e autonomia dos usuários (CFAS, 1986).

No entanto, apesar da construção de uma ética de ruptura, o Código de 1986 não ofereceu uma sustentação teórica para uma compreensão dos fundamentos da profissão, ou seja, a reflexão marxista ofereceu base para uma reflexão crítica do significado social da profissão, mas não desvendou seus fundamentos e suas mediações ético-morais (ABRAMIDES, 2006).

Para superar essas lacunas, nortear as ações profissionais e atualizá-las aos avanços trazidos pela Constituição Federal e pelas novas discussões ocorridas dentre os profissionais, em 1993 foram lançados o novo Código de Ética Profissional e a Lei que Regulamenta a Profissão de Serviço Social (Lei 8.662/1993), com o objetivo de possibilitar uma melhor instrumentalização dos parâmetros éticos na prática cotidiana do exercício profissional. As entidades profissionais – Conselhos, Associações, Universidades – sentiram a necessidade da revisão do Código de 1986, tendo a participação de assistentes sociais de todo o país, preservando as aspirações coletivas da categoria.

No Código de Ética de 1993, evidenciavam-se os princípios que vinculam a profissão à perspectiva de transformação social, ao direcionar sua prática pautando-se na liberdade e democracia. A esse respeito, Vasconcelos (2007, p. 253) enfatiza:

Como explicitado no Código de Ética, é uma direção que, colocando como valor central a liberdade, fundada numa ontologia do ser social assentada no trabalho, tomando como princípios fundamentais a democracia e o pluralismo e, posicionando-se em favor da equidade e da justiça social, elege um projeto profissional vinculado ao processo de construção de uma nova ordem societária, sem dominação-exploração de classe, etnia e gênero.

Assim, esse Projeto Profissional suscita uma identidade profissional coletiva que surge permeada pelos contraditórios interesses de classe que determinam o Serviço Social. A identidade é construída a partir dos valores que foram se afirmando coletivamente e determinando a direção social impressa pela categoria diante desses interesses. Essa direção social é discutida e firmada

hegemonicamente pelos profissionais, voltada para os interesses da classe trabalhadora. Assim, se constroem as diretrizes profissionais que representam na categoria profissional sua “autoimagem” (NETTO, 1999).

A construção do Projeto Ético-Político Profissional defende a unidade entre a relação teoria e prática, a partir do embasamento da teoria social crítica, que possibilite a leitura da realidade objeto da ação profissional em sua totalidade, permitindo o exercício profissional consciente e politizante.

O objetivo da criação de um novo Código é de que os princípios defendidos pelos assistentes sociais sejam incorporados às relações entre as instituições e usuários, preservando os direitos da população usuária dos serviços. Além dos princípios citados – democracia, pluralismo, liberdade – firmam-se outros princípios fundamentais, como a “defesa intransigente dos direitos humanos”; “ampliação e consolidação da cidadania”; “respeito à diversidade”, dentre outros que sustentam o atual Projeto Profissional (CFESS, 1993).

A Lei que Regulamenta a Profissão de Serviço Social, também resultante desse processo de debates e implementada no mesmo ano do atual Código de Ética, apresenta as competências, as atribuições privativas do Assistente Social, bem como, as competências dos Conselhos Regionais e Federal de Serviço Social. Esses dois documentos normativos se complementam e são materialização do Projeto Ético-Político Profissional.

Abramides (2006, p. 83) reforça em relação às competências profissionais elencadas pela Lei 8.662/1993:

As competências profissionais direcionam-se fundamentalmente aos direitos civis, políticos e sociais, no atendimento das políticas sociais aos indivíduos sociais e, portanto, sujeitos portadores de direitos. Consequentemente para que o profissional possa desenvolver o projeto ético-político profissional em suas dimensões: teórico-metodológica, técnico-operativa e ético-política, torna-se necessário estabelecer uma permanente análise da realidade social que se constitui no solo histórico da formação e do exercício profissionais.

O CFESS (2012, p. 30) complementa que:

A Lei como instrumento, pôde articular princípios ético-políticos e procedimentos técnico-operacionais. O texto legal expressa, pois, um conjunto de conhecimentos particulares e especializados, a partir dos quais são elaboradas respostas concretas às demandas sociais, embora saibamos que a predefinição das atribuições privativas e competências, como uma exigência jurídica/legal, não as garante na

prática, posto estarem, também, condicionadas à lógica do mercado capitalista.

Em continuidade aos debates para consolidação do PEPP, apresentou-se uma Proposta de Diretrizes Gerais para o Curso de Serviço Social, em 1996, como revisão do Currículo Mínimo de 1982 e avaliação do processo de formação profissional diante das transformações contemporâneas. Realizaram-se dezenas de oficinas por todo Brasil, com envolvimento da Associação Brasileira de Ensino de Serviço Social (ABESS), das instituições de ensino, do CFESS e dos estudantes de Serviço Social.

As Diretrizes Curriculares reafirmaram, na formação profissional, a importância de compreender que o trabalho profissional é determinado pelas configurações conjunturais e estruturais da “questão social”, como base de fundação sócio-histórica da profissão, expressa “[...] pelas contradições do desenvolvimento do capitalismo monopolista”. Sendo assim, na década de 1990, foram apresentadas novas requisições ao Serviço Social, “[...] postas pelo reordenamento do capital e do trabalho, pela reforma do Estado e a organização das classes trabalhadoras.” (ABEPSS, 1996, p. 5).

O conjunto de diretrizes constitui uma base comum para os cursos de graduação em Serviço Social, mas cada instituição de ensino formula seu Currículo Pleno. Destacam-se princípios para a formação: o “Rigorous trato teórico, histórico e metodológico da realidade social”, a “Adoção de uma teoria social crítica”, o “Exercício do pluralismo”, a “ética”, dentre outras características que reiteram o rompimento da perspectiva conservadora na formação (ABEPSS, 1996, p. 6 e 7).

As diretrizes aludem para uma capacitação profissional constante que envolva as competências teórico-metodológica, técnico-operativa e ético-política para a apreensão crítica da realidade e o desvelamento das possibilidades de ação frente à questão social, implicando nas formas de agir do assistente social, ou seja, na instrumentalidade da profissão (ABEPSS, 1996).

A nova proposta curricular pretendeu superar a fragmentação do processo de ensino, visando apreender a questão social em sua totalidade e analisar a profissão no processo de produção e reprodução social em relação às refrações das questões sociais, nos diferentes contextos históricos.

Foi nesse contexto de avanços que demonstrou-se uma significativa maturidade profissional, progressiva desde os anos 1980, que vieram

reconfigurando a autoimagem do assistente social. A materialização do PEPP por meio dos documentos apresentados explicita o posicionamento hegemônico da categoria que se choca com o projeto majoritário capitalista. Daí suscitam-se as diversas contradições inerentes ao Serviço Social, assentando desafios constantes ao assistente social.

O entendimento de que o profissional é também trabalhador assalariado e inserido na divisão social e técnica do trabalho lhe permite essa reconfiguração de sua autoimagem, ao passo que, na análise crítica da realidade social, se reconhecem como sujeitos que não apenas defendem direitos dos trabalhadores, mas fazem parte dessa classe trabalhadora.

Ortiz (2010, p. 193) explica essa colocação, ao afirmar que:

[...] o chamado salto qualitativo experimentado pela profissão nos anos 80 permitiu, portanto, a construção de uma autoimagem profissional, cujos traços centrais se contrapõem à imagem social e tradicionalmente veiculada do profissional [...]. O autorreconhecimento como força de trabalho assalariada reconfigura a autoimagem profissional e desvela, ao mesmo tempo, os limites da profissão. No entanto, a condição de assalariamento não se apresenta ao assistente social como um entrave, mas como matéria, tendo em vista que será no enfrentamento dos limites existentes no mundo do trabalho, que o assistente social desenvolve seu modo de ser, afirmando um perfil profissional marcado por traços radicalmente opostos daqueles presentes ao longo da trajetória sócio-histórica da profissão [...]. A defesa dos direitos como mote do discurso e da ação profissional torna-se prioridade para esses profissionais.

Logo, se a postura do profissional assalariado que presta serviços a um Estado neoliberal define-se pela resistência, pela busca e defesa de direitos sociais, os desafios da contemporaneidade se confrontam com a efetivação dessa autoimagem e o rompimento com a postura conservadora. Como fora afirmado anteriormente, a política neoliberal, defendida a partir da década de 1990 aos dias atuais, prega o enxugamento do Estado e da sua responsabilização pelas políticas sociais e marca o aprofundamento da crise do capital e dos desdobramentos daí advindos.

O assistente social se defronta, nesse contexto atual, com esses desdobramentos, configurados nos altos índices de desemprego, na precarização do trabalho, na minimização do Estado e do campo das políticas públicas, adensando as expressões da “questão social”, encarando-a de forma consciente e crítica por terem delineadas suas possibilidades e limites, posto que as referidas contradições

permitem o aperfeiçoamento ético, político, técnico e formativo na profissão, o que resulta no fortalecimento de um projeto profissional com direção social e política definidas – o PEPP.

Esse projeto engendra uma nova concepção e autorrepresentação profissional, desafiando o assistente social a ter clareza de seu papel na divisão social e técnica do trabalho. Sendo assim:

[...] o exame crítico da trajetória sócio-histórica do Serviço Social brasileiro expressa nas ações e discursos de seus agentes e de suas entidades profissionais, permite-nos afirmar que está em curso a construção de uma nova imagem para esta profissão. (ORTIZ, 2010, p. 204).

Essa imagem é tensionada entre o perfil consolidado social e historicamente e a autoimagem atual, solidificada a partir do Projeto Ético-Político Profissional.

O presente estudo abordará, a seguir, a imagem da profissão consolidada a partir do seu exercício profissional na área da saúde, perante a equipe multiprofissional de saúde e os profissionais de Serviço Social, no nível terciário, em um hospital escola.

4. CAPÍTULO III – ANÁLISE DA IMAGEM SOCIAL E AUTOIMAGEM DO SERVIÇO SOCIAL OBSERVADAS EM UM HOSPITAL-ESCOLA

A profissão de Serviço Social se institucionalizou e tornou-se necessária a partir das contradições existentes nas relações sociais inseridas no capitalismo dos

monopólios, e desde então, vem construindo e reconhecendo sua função e seus significados diante das diversas conjunturas sociais, políticas e econômicas da sociedade brasileira.

Essa construção suscitou estudos e análises de fatores determinantes para a consolidação da imagem do Serviço Social na atualidade e permitiu avanços e desafios postos à profissão. Tais determinantes foram traçados nos capítulos anteriores deste trabalho e explicaram a tensão ainda existente entre a imagem social e a autoimagem profissional.

A presente pesquisa abordou os traços profissionais que construíram a imagem profissional, especificamente, no contexto da atuação do Serviço Social na política de saúde, em relação ao exercício profissional em um hospital-escola: o Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW).

Adiante, apresentar-se-á uma caracterização do hospital em questão, campo da pesquisa, adentrando no que diz respeito à inserção do Serviço Social nas atividades institucionais em resposta às demandas da gestão hospitalar, gerenciada, atualmente, pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH).

Posteriormente, analisar-se-ão as congruências e incongruências entre a imagem socialmente consolidada do Serviço Social, no âmbito do HULW, apreendida pelos profissionais de saúde da equipe multiprofissional; e a autoimagem profissional, compreendida e defendida pelas assistentes sociais dessa instituição, usando como parâmetro as diretrizes do Projeto Ético-Político Profissional.

O intuito foi de conhecer a imagem social e refletir na construção de uma autoimagem renovada, que extrapole o âmbito da imediatividade e permita aos demais agentes que permeiam o processo de trabalho do assistente social a compreensão da sua função e direção social, opostas às imposições do Estado capitalista à classe trabalhadora, possibilitando maiores avanços e atenuando os desafios profissionais.

4.1 Caracterização do Hospital Universitário Lauro Wanderley como *lócus* da pesquisa

O Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW) é uma instituição hospitalar pública que compreende a prestação de serviços integrados ao Sistema

Único de Saúde (SUS), considerado como referência na atenção de média e alta complexidades em diversas especialidades, no estado da Paraíba. Pertencente à Universidade Federal da Paraíba (UFPB), é atualmente vinculado ao Ministério da Educação e gerenciado pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) (HULW, 2017).

Posta a necessidade da formação de profissionais da área de saúde, o HULW foi construído no final da década de 1970, com apoio da reitoria da UFPB, no intuito de promover o vínculo entre ensino e assistência e inaugurado, oficialmente, em 1980 (HULW, 2017).

Desde então, a Universidade envida esforços para o crescimento da instituição, tornada campo de formação por receber estudantes das áreas de saúde, a partir do que executa a relação ensino-pesquisa-extensão e assistência. Atualmente, o Hospital oferece cursos de especialização e Residências médicas e multiprofissionais, além de prestar serviços especializados nas áreas: ambulatorial, internação hospitalar e cirurgias.

[...] a integração entre o ensino, pesquisa e a assistência à saúde no contexto do SUS é estreitamente relacionada à capacidade instalada e modalidades assistenciais que o HULW dispõe, visando responder às demandas de saúde da população e referenciada de João Pessoa, bem como a formação de profissionais para o Sistema Único de Saúde. Essa integração deve contribuir no fortalecimento do HULW para cumprir sua missão de qualificar a oferta de serviços, buscando o aperfeiçoamento do SUS na rede de atenção. (HULW, 2017, p. 19).

No entanto, a contrarreforma do Estado iniciada na década de 1990 e que atinge os direitos sociais, inclusive a saúde pública, repercutiu também nos investimentos governamentais para os Hospitais Universitários (HU's). No capítulo anterior, foram abordados os dois projetos que se mantêm em disputa no âmbito da saúde: o projeto defendido pela reforma sanitária, que preza pela saúde pública e de qualidade; e o projeto privatista, que focaliza e restringe o financiamento na saúde, atendendo às medidas neoliberais do Estado.

O atendimento da política neoliberal ao segundo projeto supramencionado foi intensificado a partir do Plano Diretor da Reforma do Estado – elaborado pelo Ministério da Administração e Reforma do Estado (MARE), no governo de Fernando Henrique Cardoso, em 1995 – que originou novos modelos de gestão com ideias centrais de disciplina fiscal, de privatização e a liberalização comercial, visando

retirar a responsabilidade do Estado na execução das políticas públicas (ARAÚJO, 2015).

Com o discurso de redução de gastos pelos “desperdícios” da administração pública, esse governo propôs contratos com entidades de direito privado para gerenciar serviços sociais, como a saúde, e como consequência, a reestruturação produtiva do trabalho para adequar a produção de serviços de saúde à lógica da produtividade/lucratividade do sistema capitalista (ARAÚJO, 2015).

Nesse sentido, Sodré (et al, 2013) apresentaram um panorama do contexto em que se encontravam os HU's, nos anos 2000, no momento em que surgiu a proposta do governo federal de repassar sua administração para a EBSEH, destacando a precarização das relações e condições de trabalho, instalações físicas deficientes, redução de leitos, defasagem salarial, dentre outros fatores que abriram precedentes para investidas do mercado privado em decorrência do discurso de ineficiência do Estado.

Com a prerrogativa de criar condições materiais e institucionais para que os HU's pudessem se estruturar e gerir suas funções, instituiu-se o Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF), através do Decreto nº 7.082 de 27 de janeiro de 2010, que estipulou a partilha igualitária dentre os Ministérios da Educação e da Saúde sobre as despesas dos HU's (BRASIL, 2010).

A relação que empurra os hospitais universitários, ora para o Ministério da Saúde, ora para o Ministério da Educação, gera o descaso com esses hospitais de ensino que não possuem seu pertencimento definido nas políticas públicas. (SODRÉ, 2013, p. 372).

Todavia, a despeito das propostas do REHUF, por meio da Lei nº 12.550, de 15 de dezembro de 2011 foi criada a EBSEH, empresa com personalidade jurídica de direito privado e patrimônio próprio, para o gerenciamento dos HU's (BRASIL, 2011), embora o contrato firmado entre a empresa e a Universidade Federal da Paraíba tenha sido firmado posteriormente, em 2013, com a finalidade da:

[...] prestação de serviços gratuitos de assistência médico-hospitalar, ambulatorial e de apoio diagnóstico e terapêutico à comunidade, assim como a prestação às instituições públicas federais de ensino ou instituições congêneres de serviços de apoio ao ensino, à pesquisa e à extensão, ao ensino-aprendizagem e à formação de pessoas no campo da saúde pública [...]. (BRASIL, 2011).

A EBSEERH se enquadra no discurso gerencial “modernizador”, que apresenta uma forma de privatização tímida para não abrir diálogo com a sociedade, pelo seu caráter de empresa pública de direito privado, integrando a administração indireta. Mantém-se a vinculação com o poder público e a natureza dos serviços do SUS, mas flexibilizam-se as relações de trabalho e as normas de direito público e,

“[...] embora a EBSEERH não possa ser considerada um mecanismo de privatização propriamente dito, implica em ampliar o espectro de penetração da lógica do mercado na gestão dos serviços do Sistema Único de Saúde.” (SODRÉ et al, 2013, p. 253).

A legislação da EBSEERH orienta que a Reitoria de cada Universidade deve indicar uma Superintendência para administrar os HU's, conforme ocorre no HULW, a partir da qual as ações devem ser descentralizadas para os demais setores da instituição:

O modelo de governança experimentado no HULW com a chegada da EBSEERH é a gestão compartilhada distribuída entre todos os segmentos envolvidos: gerência de atenção à saúde, gerência de ensino e pesquisa e gerência administrativa, que se caracteriza por uma atuação participativa, capaz de atender as três áreas de competência – gestão, atenção à saúde e ensino. (HULW, 2017, p. 22).

O compartilhamento das ações ocorre por meio da vinculação entre os setores e, apesar do Plano Diretor estratégico (PDE) do HULW afirmar que a empresa desenvolve uma gestão compartilhada, no cotidiano institucional os processos decisórios nem sempre perpassam todas as categorias profissionais, sendo organizados de forma verticalizada, conforme apresenta o organograma a seguir:

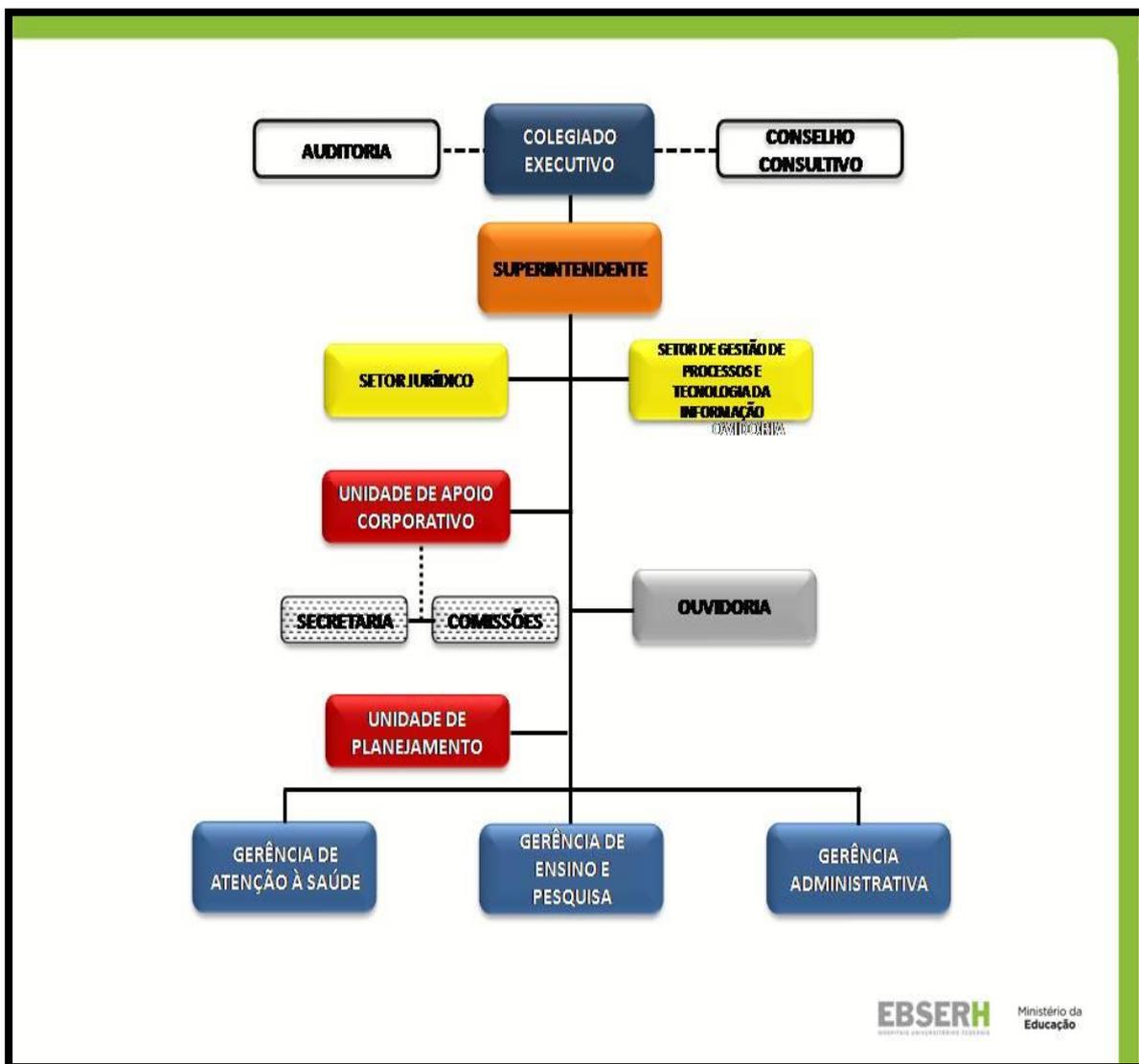


Figura 1: Organograma da EBSEH/HULW.
Fonte: MEC (2014).

Como se pode verificar, 03 (três) Gerências são interligadas à Superintendência, todavia, a **Gerência de Atenção à Saúde** é a responsável pela administração da **Divisão de Gestão do Cuidado**, da Divisão Médica, da Divisão de Enfermagem e da Divisão de Apoio Diagnóstico e Terapêutico. Essas Divisões foram criadas para a descentralização das responsabilidades sob suas respectivas áreas e subdivididas em Unidades, as quais prestam os serviços diretos aos usuários.

Na **Divisão de Gestão do Cuidado** está inserida a **Unidade de Atenção Psicossocial**, que é constituída pelo Serviço Social e pela Psicologia, conforme se visualiza no organograma da EBSEH:

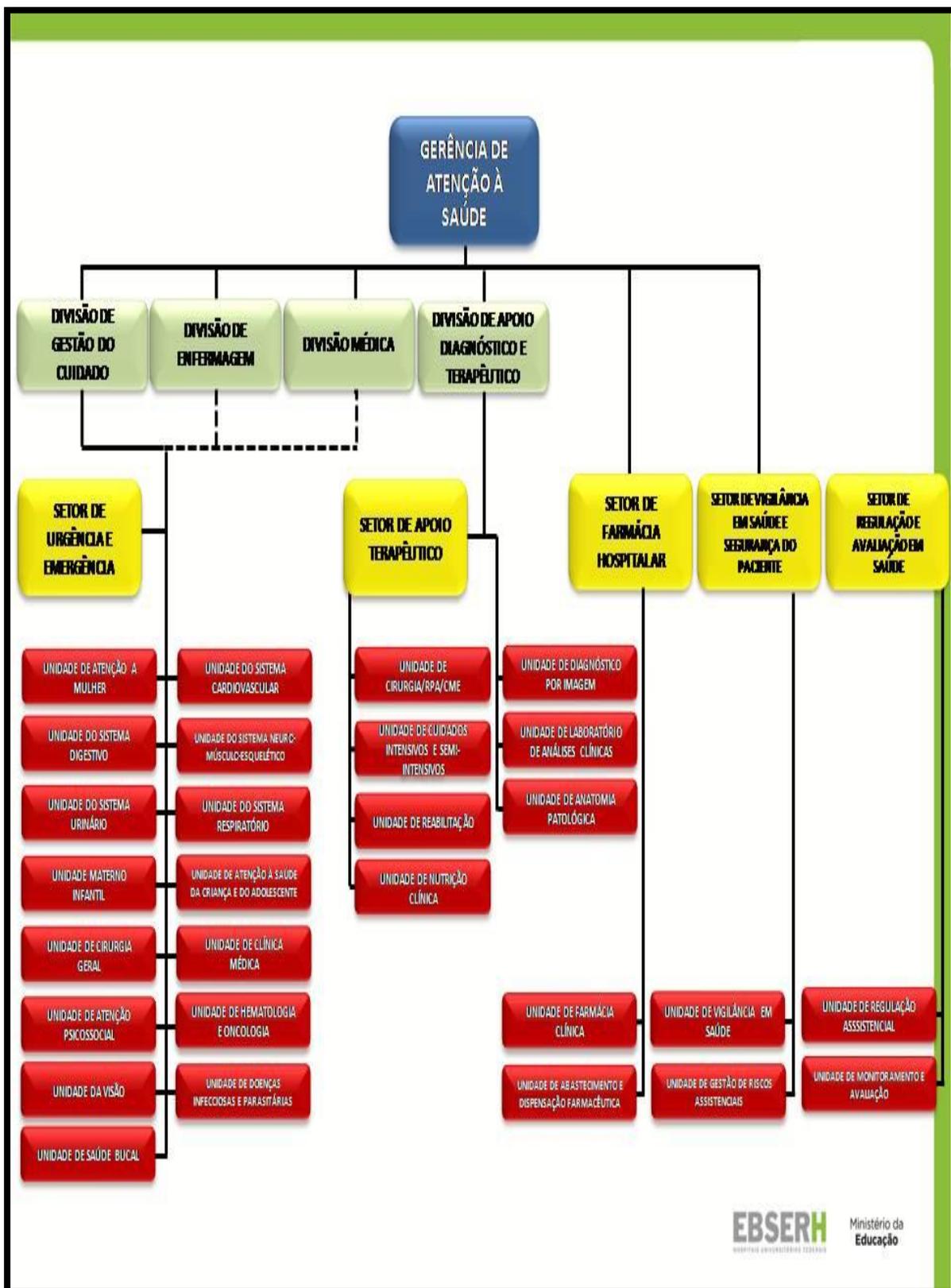


Figura 2: Organograma da Gerência de Atenção à Saúde da EBSE RH/HULW. **Fonte:** MEC (2014).

O profissional do Serviço Social foi inserido no HULW em 1979, décadas anteriores à criação da EBSE RH, e, desde então, vivenciou diversas transformações

na sua estrutura organizacional até constituir o formato atual em conformidade com o que institui a empresa, ao pertencer à Unidade Psicossocial.

Esse período de inserção coincidiu com a efervescência de discussões no interior do Serviço Social sob seu exercício e sua renovação profissionais. A profissão, no HULW, seguiu o intuito de organizar e sistematizar sua atuação frente às demandas dos usuários dos serviços, em continuidade às discussões emergentes na categoria quanto a uma atuação mais crítica.

Desde então, o Serviço Social passou a registrar e revisar suas rotinas e práticas em um documento chamado “Manual de Serviço”, que veio a ser denominado, em 2008, de “Manual Operacional” (HULW, 2015). Esse Manual tem a finalidade de apresentar à instituição os objetivos e competências profissionais que norteiam o exercício profissional, demonstrar os procedimentos utilizados na rotina do assistente social, além de estender a assistência prestada ao ensino e à pesquisa da Universidade, em concordância com o Projeto Profissional hegemônico.

Um marco para o Serviço Social foi o ano de 1990, em que foi formado o grupo de estudos que resultou na elaboração e execução da sua proposta pedagógica, norteadora do seu exercício profissional. Com esta proposta, o Serviço Social redimensionou suas concepções teórico-metodológicas e seus instrumentais técnico-operativos, no sentido de responder às crescentes demandas dos usuários da instituição. (HULW, 2015, p. 4).

Nas últimas décadas, o Serviço Social reforçou o diálogo com a Universidade através da supervisão de estagiários em formação, aperfeiçoou seus instrumentos técnico-operativos, utilizados na prestação da assistência, e buscou conquistar espaço e reconhecimento institucional por meio de qualificação profissional e dos debates com a administração hospitalar.

Atualmente, apesar de dividir a composição da Unidade de Atenção Psicossocial com a profissão de Psicologia, o Serviço Social possui coordenação própria e está inserido nos diversos setores do HULW, sendo composto por 16 (dezesseis) assistentes sociais que atuam nas clínicas de internação e no ambulatório. Além da assistência prestada aos usuários, as assistentes sociais da instituição também supervisionam alunos em estágio obrigatório e residência multiprofissional, atendendo ao que rege o Projeto Ético-Político Profissional (PEPP).

O PEPP é congruente com a proposta do SUS conforme foi criado e defendido pela Reforma Sanitária, defendendo a universalização da política de saúde, a responsabilidade do Estado na sua prestação e a equidade no acesso.

Assim, compreende-se que cabe ao Serviço Social – numa ação necessariamente articulada com outros segmentos que defendem o aprofundamento do Sistema Único de Saúde (SUS) – formular estratégias que busquem reforçar ou criar experiências nos serviços de saúde que efetivem o direito social à saúde, atentando que o trabalho do assistente social na saúde que queira ter como norte o projeto-ético político profissional tem que, necessariamente, estar articulado ao projeto da reforma sanitária. (BRAVO; MATOS, 2007, p. 213).

Diante do exposto, percebe-se a contradição vivenciada pelo Serviço Social nos espaços sócio-ocupacionais na saúde, que se amplia no âmbito dos HU's principalmente após o modelo de gestão da EBSERH, por apresentar traços do projeto privatista da saúde e priorizar o alcance de metas quantitativas, secundarizando a qualidade da assistência.

Costa (2007) enfatiza que a importância dada à quantificação da produção na saúde traz impactos para a prática dos assistentes sociais porque avalia a produtividade em função da quantidade de procedimentos realizados, o que “aliena desse mapa da produtividade o ‘nomadismo dos usuários’, ‘as emergências sociais’ e, principalmente, o reconhecimento das contradições universais e particulares da política de saúde” (COSTA, 2007, p. 349). Desconsideram-se, segundo a autora, as condições de trabalho das assistentes sociais em relação à capacitação continuada, aos instrumentos e equipamentos necessários às suas intervenções.

Outrossim, o Serviço Social convive com o desafio de promover os debates democráticos, a ampliação do acesso à saúde, a autonomia do usuário, o reconhecimento da saúde como direito por parte da instituição, em contrapartida ao discurso de seletividade, à restrição dos serviços oferecidos, à redução de leitos, à dificuldade de acesso pela burocratização, à falta de materiais, o que leva parte da população a valorizar e procurar os serviços de saúde privados.

O projeto privatista estimula a mercantilização da saúde, enquanto o Serviço Social tem aguerrido sua luta em torno da responsabilização do Estado pela prestação dos serviços e a manutenção do SUS com qualidade, necessitando da participação popular nesse campo de tensão. Esse fato reproduz uma imagem social das assistentes sociais como mediadoras de conflitos, atenuando a necessidade do usuário em consenso com o que o HULW pode oferecer, o que evidencia o desafio

de efetivação do PEPP pela dificuldade de questionar os interesses institucionais, tendo em vista que as profissionais vendem sua força de trabalho ao empregador para a própria subsistência.

Destaca-se, deste modo, que a subalternidade dessas profissionais se amplia com a gestão da EBSERH pela via de contratação por meio da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), visto que sua legislação flexibiliza as relações de trabalho em favor do empregador e relativiza a autonomia das assistentes sociais.

Sendo assim, os empregados públicos vinculados à EBSERH não possuem a mesma segurança que os servidores estatutários do Regime Jurídico Único (RJU), regidos pela lei 8.112/90, cuja estabilidade no serviço público é garantida constitucionalmente (BRASIL, 1988, art. 41).

Perante esse novo modelo de gestão da saúde, avaliar-se-á, nos próximos itens, a imagem social e a autoimagem do Serviço Social no contexto do HULW.

4.2 Análise da imagem social do Serviço Social no HULW a partir da percepção da equipe multiprofissional de saúde

Neste tópico serão demonstrados e analisados os resultados da pesquisa de campo, obtidos através das entrevistas aplicadas com profissionais componentes das equipes multiprofissionais de saúde atuantes no HULW, cuja amostra foi de 20 (vinte) profissionais: enfermeiras, médicos(as), psicólogas e nutricionistas, selecionados(as) a partir de sua interação diária junto às assistentes sociais na sua rotina de trabalho.

As questões iniciais voltaram-se para conhecer o perfil dos(as) entrevistados(as) na instituição. Em seguida, aplicaram-se 09 (nove) questões abertas a respeito de fatores que identificam a compreensão da imagem do Serviço Social, apresentados agrupados em temas relativos ao exercício profissional do(as) assistente social na saúde.

4.2.1 Perfil dos(as) profissionais que compõem a equipe multiprofissional

Dos(as) 20 (vinte) profissionais entrevistados(as) para analisar a imagem social atribuída ao Serviço Social do HULW, houve predominância do sexo feminino – 17 (dezesete) – e de jovens adultos – 12 (doze) – correspondendo respectivamente a 85% e 60%, conforme apresentado na Tabela 1.

Tabela 1: Sexo e faixa etária dos(as) profissionais da equipe multiprofissional

Profissionais	Sexo		Faixa etária (anos)		
	Masculino	Feminino	30 a 40	41 a 50	51 a 60
Médicos(as)	3	3	3	1	2
Enfermeiras	-	10	5	5	-
Psicólogas	-	2	2	-	-
Nutricionistas	-	2	2	-	-
TOTAL	3	17	12	6	2
%	15	85	60	30	10

Fonte: Dados primários (João Pessoa, 2018).

De acordo com Nicolau (s.d.), é considerado jovem adulto a pessoa entre 20 e 40 anos e de meia-idade quem tem entre 40 e 65 anos. A faixa etária que prevaleceu correspondeu a um ciclo da vida mais valorizado, pois, ao ser associado à capacidade laboral, apresenta-se mais útil para o viés de produtividade no trabalho, incentivado pelo modelo gerencial da EBSERH para o alcance de metas quantitativas planejadas para cada ano pela equipe e supervisionadas pela direção.

Já em relação ao sexo prevalente na amostra, apesar de historicamente as mulheres terem sofrido restrições e discriminações sociais que dificultaram sua inserção no mundo do trabalho (LIMA, 2018), nas últimas décadas tem se observado o crescimento da sua procura e empregabilidade em áreas que não provocam o rompimento com suas atividades no âmbito doméstico, como áreas do “cuidado”, direcionando sua carreira, por exemplo, para ramos da pediatria, psicologia, enfermagem, etc. (MACHADO, 1986). O mesmo autor reitera que o setor saúde vem empregando majoritariamente mulheres, o que justifica a amostra da pesquisa ser composta pela maioria do sexo feminino.

Em relação aos dados institucionais, a maioria – 12 (doze) ou 60% – dos(as) profissionais entrevistados(as) possuíam vínculo celetista, ligados à EBSERH e 08 (oito) 40% possuíam vínculo estatutário, ligados ao Regime Jurídico Único (RJU),

estabelecido via concursos públicos realizados anteriormente à adesão do Hospital à EBSEH, como verifica-se na Tabela 2.

Tabela 2: Vínculo empregatício e tempo de trabalho dos(as) profissionais da equipe multiprofissional no HULW

Profissionais	Vínculo empregatício		Tempo de trabalho (anos)		
	CLT*	RJU**	1 a 5	6 a 10	Mais de 10
Médicos(as)	1	5	2	3	1
Enfermeiras	7	3	7	1	2
Psicólogas	2	-	2	-	-
Nutricionistas	2	-	2	-	-
Total	12	8	13	4	3
%	60	40	65	20	15

*Consolidação das Leis Trabalhistas / Carteira Assinada

**Regime Jurídico Único / Estatutário

Fonte: Dados primários (João Pessoa, 2018).

O gerenciamento hospitalar trazido pela EBSEH implantou características empresariais no âmbito público estatal, inicialmente pelo tipo de vínculo mais instável com o empregado público, por meio da CLT, mas também pela forma de administração hierarquizada, visando o alcance de metas institucionais.

Quanto ao tempo de trabalho na instituição, a maioria – 13 (treze) ou 65% – tinha entre 1 e 5 anos de atuação profissional no HULW. Como em 2014 havia a possibilidade de aposentadoria de 6 servidores técnico-administrativos no ambiente organizacional, 11 no ambiente administrativo e 165 no ambiente da área de saúde (MIRANDA, 2011), neste mesmo ano foi realizado o primeiro concurso da EBSEH, o que certamente influenciou na amostra supracitada.

Tabela 3: Local de trabalho e carga horária semanal dos(as) profissionais da equipe multiprofissional no HULW

Profissionais	Local de trabalho						Carga horária semanal				
	Obstetrícia	DIP	C.M	UTI	C.C	Pediatria	20	24	30	36	40

Médicos(as)	-	1	2	2	-	1	2	1	2	-	1
Enfermeiras	2	1	1	3	2	1	-	-	3	7	-
Psicólogas	-	-	-	1	-	1	-	-	-	-	2
Nutricionista	-	-	1	1	-	-	-	-	-	-	2
Total	2	2	4	7	2	3	2	1	5	7	5
%	10	10	20	35	10	15	10	5	25	35	25

Fonte: Dados primários (João Pessoa, 2018).

Quanto ao setor de atuação dos(as) entrevistados(as), 02 (dois) atuavam na Obstetrícia, 02 (dois) na Clínica de Doenças Infecciosas e Parasitárias (DIP), 04 (quatro) trabalhavam na Clínica Médica, 07 (sete) na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), 02 (dois) na Clínica Cirúrgica e 03 (três) na Clínica de Pediatria, evidenciando que a pesquisa alcançou um público diverso, pertencente a todas as clínicas de internação onde há atuação do Serviço Social.

A carga horária de trabalho dos(as) médicos(as) variou entre 20 e 40 horas semanais. As enfermeiras com vínculo CLT tinham carga horária de 36 horas, enquanto que as estatutárias trabalhavam 30 horas semanais. O contrato de todas as psicólogas e nutricionistas do hospital era de 40 horas semanais.

Assim, outra característica observada foi a carga horária diferenciada para profissionais da mesma categoria, com horas superiores de trabalho para empregados da EBSEH, implicando numa maior exploração do trabalhador celetista.

Quanto ao ano de formação, houve predominância de profissionais formados nos anos 2000 – 14 (quatorze) ou 70% –, a partir do que se pode inferir que a maioria teve sua formação atravessada pelas diretrizes e pelos princípios do SUS, dado que sua sanção data dos anos 1990.

Em relação ao tipo de instituição de formação, a maioria – 15 (quinze) ou 75% – concluiu a graduação em instituição pública, que ainda é o local de ensino superior mais concorrido, considerando-se além da gratuidade, o nível de qualidade do ensino. Nas duas últimas décadas, mesmo com a expansão da iniciativa privada no ensino superior, a criação de políticas de incentivo ao acesso às universidades públicas – como o Programa Universidade Para todos (PROUNI), o Programa de Financiamento Estudantil (FIES) e as cotas – também reduziram as desigualdades de acesso ao ensino superior público (SALATA, 2018). Os dados relativos aos anos e tipo de instituição de formação estão apresentados na Tabela 4, a seguir.

Tabela 4: Ano e local de formação dos(as) profissionais da equipe multiprofissional

Profissionais	Ano de formação			Local/Tipo	
	1994 a 2000	2001 a 2006	2007 a 2011	Instituição Pública	Instituição Privada
Médicos(as)	2	2	2	5	1
Enfermeiras	4	3	3	6	4
Psicólogas	-	1	1	2	-
Nutricionistas	-	1	1	2	-
Total	6	7	7	15	5
%	30	35	35	75	25

Fonte: Dados primários (João Pessoa, 2018).

Quando questionados(as) acerca da participação em cursos de pós-graduação, a Tabela 5 a seguir, demonstra que todos(as) os(as) profissionais entrevistados possuíam pós-graduação e, os 07 (sete) que tinham título de mestre, também possuíam especialização. Os(as) 06 (seis) médicos(as) possuíam especialização em nível de Residência Médica; 03 (três) enfermeiras e 01 (uma) psicóloga possuíam Residência Multiprofissional. Do total de entrevistados, 02 (duas) possuíam Doutorado, Mestrado e especialização.

Tabela 5: Dados relativos à conclusão de cursos de pós-graduação pelos(as) profissionais da equipe multiprofissional

Graduação	Entrevistados (as)	Especialização	Residência	Mestrado	Doutorado
Medicina	6	3	6	3	0
Enfermagem	10	8	3	3	1
Psicologia	2	2	1	-	-
Nutrição	2	2	-	1	1
TOTAL	20	15	10	7	2
%	170*	75	50	35	10

Fonte: Dados primários (João Pessoa, 2018).

Esclarece-se o destaque do percentual do total de entrevistados ter excedido os 100% da amostra em virtude de haver entrevistados que apontaram mais de um elemento em suas respostas, havendo intercessão de mais de uma pós-graduação para a mesma pessoa.

Sendo um hospital-escola, referência no ensino e na pesquisa, é compatível encontrar uma amostra de profissionais qualificados, com pós-graduação. Além disso, nos casos dos(as) profissionais com contrato via Regime Jurídico Único (RJU), há o incentivo financeiro pelo Plano de Cargos, Carreira e Salários (PCCS) no âmbito da Universidade Federal, o que também justificaria o interesse. No caso dos profissionais celetistas, a princípio, como a seleção da EBSERH continha pontuação de títulos, este foi um critério que favoreceu o ingresso para quem o possuía na soma dos pontos. Posteriormente, pode ser explicado pelo incentivo do Plano de Cargos, Carreiras e Salários da EBSERH, que prevê critérios que permitem aos empregados o crescimento na carreira, embora os recursos destinados à progressão na carreira estejam limitados a 1% na folha salarial anual. (EBSERH, 2018).

Mister salientar que a competitividade e concorrência, marcantes no neoliberalismo, impulsionam a busca por pós-graduações para adequação profissional às exigências do mercado de trabalho. A redução do investimento na educação superior pública e expansão da iniciativa privada, nos anos 1990; o aumento do ensino a distância; as políticas públicas voltadas à democratização do acesso à educação, nos anos 2000 (SALATA, 2018), também são fatores significativos para as mudanças no ensino superior brasileiro.

Nos itens a seguir serão demonstradas as percepções relativas à imagem social do(a) assistente social e os elementos que implicam sobre tal visão, bem como suas repercussões sobre a autoimagem profissional e a concretização do atual PEPP.

4.2.2 Percepção do(a) assistente social como profissional de saúde: a perspectiva da equipe multiprofissional

Para que fosse possível elucidar **qual a imagem social do Serviço Social junto à equipe multiprofissional com quem** atua, optou-se por iniciar questionando sobre a **compreensão de Serviço Social**, a partir do que foram

apresentados diversos conceitos, **prevalecendo**³ em 12 respostas (**60%**) uma **visão que ligava o Serviço Social a um tipo de “ajuda”, “apoio”, “suporte”, “auxílio” aos usuários e aos profissionais de saúde**, como aparece nas falas seguintes:

“Pra” (*sic*) mim é um profissional que atua junto com os profissionais de saúde, que **ajuda** tanto na parte burocrática quanto na parte de assistência ao paciente como um todo e também na parte de assistência ao profissional de saúde [...]. (Profissional 1, grifo nosso).

“Pra” (*sic*) mim é um serviço de **apoio** aos pacientes e aos profissionais que atuam diretamente na assistência. (Profissional 3, grifo nosso).

O que eu imagino, de forma leiga, seria o **apoio** social como o próprio nome já diz. A intervenção em questões dessa natureza social, intermediação, esclarecimento, **suporte** para o cidadão, no caso de informações, de encaminhamentos. Aqui, na nossa rotina, o que eu mais vejo é a questão do **suporte** aos acompanhantes. (Profissional 6, grifo nosso).

Uma profissão que tem por objetivo orientar e **ajudar** as pessoas no seu contexto social. (Profissional 20, grifo nosso).

Por sua vez, apenas 02 (dois) entrevistados (**10%**) afirmaram não saber responder o que é o Serviço Social:

Pergunta difícil! Eu não sei exatamente o que é, na verdade, só sei que é importante, mas eu não sei direito o que é o Serviço Social, não. Eu tenho uma tia que é Assistente Social, mas eu nunca fui atrás. Eu acho que é um serviço que presta uma assistência não só ao paciente, mas uma assistência mais social, como o nome já fala (Profissional 12).

Dos(as) 20 (vinte) entrevistados(as), 05 (cinco), ou 25%, tiveram uma **visão positiva da profissão, compreendendo o Serviço Social como uma profissão que dá encaminhamentos de cunho social**, a partir da perspectiva dos direitos sociais, como se pode observar nas falas abaixo:

É a **garantia dos direitos** do cidadão; trabalha também com relação às políticas públicas, através do debate e da **viabilização do acesso da população aos seus direitos**, a serem protagonistas na história desse país. (Profissional 8, grifo nosso).

Acho que é mais de quem vai **proteger os direitos** sociais de cada cidadão. (Profissional 10, grifo nosso).

³ Esclarece-se que, **em alguns casos, no decorrer das análises, o percentual excedeu os 100% da amostra** em virtude de haver entrevistados(as) que apontaram mais de um elemento na mesma resposta.

É um serviço que a gente presta ao usuário principalmente de apoiar e **dar encaminhamento sobre os direitos** do paciente, dar esse atendimento às famílias, mas ao certo qual o papel do Serviço Social, principalmente na maternidade, ele está vinculado à **proteção dos direitos** dos usuários e apoiar quanto aos encaminhamentos que essas pessoas podem ter para alcançar essa **assistência que ela tem direito**. (Profissional 17, grifo nosso).

A perspectiva de acesso aos direitos sociais constitui a direção que norteia a prática defendida em seu Projeto Profissional hegemônico que traz em si “uma imagem ideal da profissão”. (NETTO, 1999, p. 98).

Em 06 (seis) respostas, o que equivaleu a **30%** da amostra, as assistentes sociais foram definidas como as **profissionais que fazem o elo entre os distintos sujeitos**, enfatizando-se a relação do Serviço Social com a família, os acompanhantes, os usuários e a equipe de saúde. Esse elo foi descrito no sentido de ligação entre os sujeitos, não no sentido da mediação como categoria dialética necessária à intervenção.

[...] Às vezes a gente tem alguma dúvida ou dificuldade e vocês nos ajudam com isso, tanto na **relação paciente-família, médico-família e médico-paciente**. (Profissional 1, grifo nosso).

É extremamente importante ter essa **ligação com os pacientes, acompanhantes, familiares dos pacientes** com o setor de Serviço Social. Muitas vezes a forma como a gente fala com os pacientes não é tão compreendida quanto o pessoal do Serviço Social que tem um contato melhor com o paciente, que tem uma linguagem mais fácil [...]. (Profissional 2, grifo nosso).

No mesmo sentido, essa ligação também foi visualizada como necessária não apenas na relação entre os distintos sujeitos, mas para o acesso aos direitos sociais, conforme apontado na fala a seguir:

O Serviço Social é uma formação profissional que vem auxiliar a **interação entre paciente, familiares, sociedade, instituições** no que diz respeito a todos os direitos [...]. (Profissional 13, grifo nosso).

As falas destacaram o reconhecimento desse elo entre as assistentes sociais e os demais sujeitos que envolvem seu trabalho na saúde como consequência de uma maior facilidade do diálogo e fruto da orientação, no sentido de ajudar e auxiliar o usuário no que fosse necessário, o que estaria mais próximo de uma intervenção centrada nas ações de natureza socioeducativa, contudo, **as respostas não contemplaram o entendimento da mediação necessária ao**

exercício profissional para superação da imediatividade dessa ajuda, indicando reforço às ações de caráter emergencial/assistencial e à interpretação de normas e rotinas (COSTA, 2007). Tal tendência já havia sido observada no mesmo espaço institucional em pesquisa apresentada por Miranda (2011, p. 255), na qual afirma:

No que tange à mediação do Serviço Social, por vezes ela não é percebida pelas demais categorias como decorrente de um direito do usuário, nem tampouco é reconhecida a necessidade de intermediação por um profissional que detenha um saber próprio, cujo Projeto Ético-Político esteja vinculado à classe trabalhadora e, portanto, a garantia e ampliação de direitos na sociedade capitalista, mas, sim é entendida como favor, uma concessão que ignora as relações interpessoais [...].

Apesar de apenas 10% terem manifestado desconhecimento sobre o que é o Serviço Social e de os recortes supracitados demonstrarem relativa clareza em determinados aspectos relacionados à atuação do Serviço Social na instituição – perspectiva dos direitos dos usuários (25%), elo entre os sujeitos (30%) – ao final das entrevistas, foi comum ouvir dos(as) entrevistados(as) o questionamento do que realmente é e faz o Serviço Social e a necessidade de divulgação das atribuições profissionais no hospital. Esse momento foi profícuo para o esclarecimento e troca de informações, mas também destacou o quanto ainda são expressivos os traços tradicionais sobre a profissão, gerando dissonância entre o que o Serviço Social no HULW realiza, o que é observado em outras instituições hospitalares, entre aquilo que se convencionou identificar como próprio do Serviço Social e o que, de fato, vem sendo executado, dificultando sua compreensão a partir do que é defendido no atual PEPP.

A tentativa de conceituar o Serviço Social demonstrou, nas falas, certa percepção de que “ninguém sabe exatamente o que faz o assistente social” (ORTIZ, 2010, p. 147), tanto devido à história profissional de subalternidade às exigências do mercado de trabalho, como pela “ausência de especificidade” (GUERRA, 1995, p. 157) da profissão diante das diversas formas que a “questão social” se expressa, que também é reforçada pela “formação intelectual e cultural generalista crítica” do bacharel em Serviço Social, presente no Projeto Pedagógico da graduação de algumas universidades brasileiras (CONSEPE, 2017).

Quando inquiridos sobre **a relevância do trabalho das assistentes sociais para a equipe multiprofissional de saúde, todos(as) afirmaram ser importante**, fundamental, conforme se visualiza nas falas a seguir:

É essencial! Toda essa parte social do paciente fica com vocês! Eu entendo que essa parte de saúde, de tratar o paciente, de fazer o diagnóstico é nossa, mas a parte social de apoio social seria do Serviço Social, para ajudar, porque não teria como a pessoa fazer o serviço de saúde sem ter a parte social por trás. (Profissional 1).

Muito importante! Acho que para tudo funcionar direito, tem que ter a participação de todo mundo, cada um fazendo um pouco [...]. (Profissional 2).

Eu acho fundamental, principalmente, como elo de informar, conscientizar, eu acho que é mais nesse sentido de situar o paciente de termos gerais e de dar o suporte, de ser aquela pessoa que vai dar o suporte nas coisas que são pouco divulgadas [...]. (Profissional 6).

Durante a aplicação da entrevista, foram expostas incompreensões acerca dos questionamentos realizados sobre o Serviço Social – como exemplo da Profissional 9 que afirmou: “[...] eu não entendo muito bem esse Serviço Social daqui” – entretanto, houve reconhecimento na fala de todos(as) os(as) profissionais entrevistados(as) quanto à relevância para o trabalho em equipe. Todavia, deve-se ponderar que os **motivos para esse reconhecimento foram explicitados de forma superficial**, considerando importante para “dar o suporte”, para “dar apoio social”, **demonstrando certo desconhecimento da totalidade envolvida no exercício profissional**.

Acredita-se que o reconhecimento exposto acerca do exercício profissional das assistentes sociais na saúde teve relação com o entendimento ampliado do conceito de saúde, utilizado após a criação do SUS, por relacionar a saúde a condicionantes e determinantes, como: “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, art. 3), os quais apresentam problemáticas quanto ao acesso, cuja atuação do assistente social é direcionada.

Sendo assim, há o entendimento de não focar apenas na doença, mas na sua prevenção e na promoção da saúde, englobando os fatores sociais no cuidado. No âmbito hospitalar, não há outro profissional além do(a) assistente social que

tenha, prioritariamente, por objeto de intervenção as expressões da “questão social” vivenciadas pelo usuário do serviço e que considere para sua intervenção as condições de vida e a história do usuário, de forma integral.

Ao serem questionados(as) sobre as características observadas **no perfil profissional das assistentes sociais do HULW**, apenas 01 (uma) entrevistada (5%) afirmou ter “pouca convivência” (Profissional 2) para responder essa questão, 01 (um) entrevistado (5%) não soube responder e 01 (um) profissional (5%) expressou como característica: “Razoável” (Profissional 05).

Onze (11), **55%, dos profissionais exaltaram características somente positivas**, dentre elas: a “proatividade”, o “compromisso”, a “humanização” e a “presteza”, como exemplificado a seguir:

Quando precisava resolver alguma coisa de exame de paciente, de medicação, ela ia atrás dos médicos, dos residentes, aí eu acho que é isso: **compromisso, responsabilidade, proativa, eficiente** [...]. (Profissional 7, grifo nosso).

Das que eu tive contato: **proatividade, interesse** em resolver demandas, mesmo que não “seja” (*sic*) do Serviço Social, eu vejo interesse. (Profissional 18, grifo nosso).

Para além das características mencionadas, houve também menção à “**boa vontade**”, algo muito presente na visão estereotipada, decorrente do tipo de conduta da profissão em seus primórdios e que, em alguns casos, é usada como alternativa aos entraves burocráticos do acesso à saúde.

Boa vontade, proatividade, questões legais pautadas na boa vontade, **conhecimento, tem uma rede de contatos, empatia**. (Profissional 20, grifo nosso).

Tais características permitem afirmar que, apesar dos entraves vivenciados no cotidiano da prática do(a) assistente social na saúde, as assistentes sociais do HULW vêm intervindo de forma propositiva e em defesa dos usuários do serviço, conforme apresentado pelos 55% dos(as) entrevistados(as) que descreveram um perfil com características positivas.

No entanto, é significativo o número de entrevistados(as) que elencaram **somente características negativas, o equivalente a 4 (quatro) profissionais (20%)** da amostra, que expuseram características como a “falta de humanização” e

“impaciência” no trabalho da assistente social com a qual se relaciona, como descrito a seguir:

[...] eu acho que o Serviço Social, para a realidade que a gente tem que é um público que às vezes não tem muita orientação, eu acho que **poderia haver um trato mais humanizado**; às vezes eu percebo **abordagens muito agressivas, muito impacientes**, às vezes as pessoas não têm orientação, não sabem, e aí as **abordagens são um pouco duras**. Eu já vi situação que a pessoa não sabe, então eu preciso orientar com compreensão. (Profissional 6, grifo nosso).

Por sua vez, 02 (dois) profissionais entrevistados (10%) afirmaram que as características são “relativas” e dependem da assistente social com a qual se convive:

Já encontrei assistentes sociais dispostas a ajudar, e também já encontrei assistentes sociais que nem sequer me deixavam terminar a frase, que logo diziam: essa não é minha função. Eu entendo que essa não seja a sua função, mas assim, o que você acha que eu possa conseguir nem com diálogo “pra” (*sic*) conseguir ver se a gente consegue resolver o problema? Então **foi meio a meio, já consegui muita ajuda, mas também recebi muita negação**. (Profissional 01, grifo nosso).

Uma particularidade do trabalho em equipe que se deve considerar são as dificuldades de relações interpessoais. Em algumas respostas, percebeu-se a correlação do que foi apresentado sobre o perfil da assistente social com a forma de relacionamento entre os componentes da equipe, logo, se não havia um bom entendimento e respeito profissional, as respostas apresentadas foram mais hostis.

4.2.3 Análise do exercício profissional das assistentes sociais sob a perspectiva da equipe multiprofissional

Com relação à **atuação profissional das assistentes sociais**, no capítulo anterior foram abordadas as demandas e competências do assistente social na atualidade, em conformidade com o que preceitua o PEPP e os Parâmetros para Atuação do(a) Assistente Social na Saúde (CFESS, 2010).

Com o intuito de conhecer o entendimento dos(as) profissionais de saúde em relação à atuação profissional do Serviço Social, foi **questionado sobre o**

conhecimento de quais seriam as atribuições das assistentes sociais no HULW, cujas respostas apontaram para a imagem projetada a partir do exercício profissional no cotidiano e do histórico profissional na instituição.

Entre as respostas obtidas, a maioria – **08 (oito) 40%** – **apresentou atribuições que estão presentes na rotina de trabalho voltadas exclusivamente ao atendimento de demandas imediatas, ajuda e apoio para as necessidades pontuais dos usuários e da rotina institucional e do sistema de saúde**, ratificando a visão sobre a natureza do Serviço Social apontada no tópico anterior.

É exatamente **ajudar nas dificuldades que a gente tem quando o paciente precisa de um medicamento** fora daqui, ou então o paciente está com dificuldade de entender como **conseguir algum exame**. Essa orientação vocês também nos ajudam na parte social com **relação a transporte**, qual a dificuldade que o paciente está tendo para vir nas consultas, enfim, **ajudar nessa parte social** mesmo. (Profissional 1, grifo nosso).

Atribuições seriam passar visita na clínica, entender e tentar atender as demandas dos pacientes internados, muito tempo internados, esse internamento prolongado acaba trazendo algumas demandas sociais de família, **necessidade de algum medicamento** que precise ter acesso já garantido durante a alta, aí precisa da orientação do Serviço Social, de como conseguir isso; **conexão de transporte**, às vezes, paciente de um município que não tem transporte próprio, estar em conexão com o Serviço Social desse município. (Profissional 15, grifo nosso).

Orientar sobre as condições de internação nas clínicas; ajudar a providenciar, **facilitar questões de documentos, exame externo**, atender a demanda do paciente em questões sociais. (Profissional 20, grifo nosso).

Assim, **a instrumentalidade profissional predominante apreendida pelos(as) demais profissionais de saúde foi a formal-abstrata**, oposta ao aporte teórico-metodológico crítico utilizado para o exercício profissional; tampouco foi expresso nas falas o caráter ético-político necessário para a atuação das assistentes sociais e apenas alguns instrumentos e técnicas utilizados foram identificados. Em sentido contrário, o PEPP defende outra perspectiva de instrumentalidade, conforme consta nas Diretrizes Curriculares da profissão:

Os fundamentos históricos, teóricos e metodológicos são necessários para apreender a formação cultural do trabalho profissional e, em particular, as formas de pensar dos assistentes sociais. Estas formas de pensar implicam formas de agir, ou seja, a instrumentalidade da profissão (GUERRA, 1995), reconhecendo seus aspectos tradicionalmente consolidados, mas também buscando

novas formas de ação profissional. Tal fundamentação e instrumentalidade são os componentes que permitem a compreensão do cotidiano de vida dos usuários. (GUERRA apud ABEPSS, 1996, p. 13).

Para repensar essas formas de ação profissional a partir da compreensão do cotidiano, as “Diretrizes” apontam a necessidade conjunta de competência teórico-metodológica, técnico-operativa e ético-política do(a) assistente social.

Os “Parâmetros para Atuação do(a) Assistente Social na Saúde” apresentam algumas das demandas mais comuns das equipes de saúde que não requerem essa competência e não são atribuições do(a) assistente social – sejam elas: marcação de consultas e exames; solicitação e regulação de ambulância; identificação de vagas, dentre outras –, mas que foram trazidas nas respostas dos(as) entrevistados(as) “frente às condições de trabalho e/ou falta de conhecimento das competências dos assistentes sociais”. (CFESS, 2010, p. 46).

Em 06 (seis) respostas **(30%) foram citadas atividades que não competem ao(à) assistente social**, não contemplaram o que se questionou ou reforçaram uma perspectiva sobre a profissão que reiterou uma prática burocrática e assistencialista, por exemplo:

Investigação psicossocial, identificação, ajudar em necessidade que não seja de ordem médica. (Profissional 5, grifo nosso).

Aqui, as atribuições que eu vejo são de **coletar dados**, histórico familiar, questão de dar autorização de acompanhante. Sempre vi **limitado a isso**. (Profissional 9, grifo nosso).

Organizar essa demanda social, **organizar a questão burocrática**, acredito que para estar internado precisa de algumas **documentações de pacientes** que têm dificuldade de acesso, acredito que seja essa **questão burocrática**, como também de transporte. (Profissional 11, grifo nosso).

Essa visão superficial do exercício profissional, a vinculação da prática às burocracias, às atividades administrativas e ao trabalho psicossocial remete às atividades profissionais executadas anteriormente à configuração do atual PEPP com as quais se busca romper desde a perspectiva de “intenção de ruptura” no processo de renovação.

A título de esclarecimento, entende-se necessário ratificar a compreensão do CFESS (2010) que não considera como atribuições do(a) assistente social:

[...] aquelas ações que possuem um caráter eminentemente técnico-administrativo, como também aquelas que demandam uma formação técnica específica (de outras profissões da saúde) não contemplada na formação profissional dos assistentes sociais. (CFESS, 2010, p. 47).

Por outro lado, **06 (seis) profissionais – 30% – indicaram a perspectiva da garantia de direitos** intermediada pelas assistentes sociais, como se observa a seguir:

Identificar as demandas sociais dos usuários, orientar e encaminhar quando necessário, é quem identifica, orienta, encaminha, reforça normas e rotinas da instituição, que não é fazer as normas, e sim, reforçar essas orientações, **ler os direitos e deveres desses usuários**, é articulação com a rede de serviços desse hospital. (Profissional 8, grifo nosso).

Nesse sentido, justamente de **quem vai defender os direitos**, quais **são os direitos dos usuários** aqui dentro do HU, e também, quanto à questão da saúde, então o Serviço Social vai tentar **facilitar que esses direitos ocorram**. É mais nesse sentido. (Profissional 10, grifo nosso).

Diante do exposto, entende-se a necessidade de fundamentar melhor o exercício profissional pelo uso de técnicas e instrumentos sintonizados com o atual PEPP, de modo a tornar ainda mais evidente o que é e como faz o Serviço Social, mas também de realizar reuniões e debates entre as equipes para elucidar as ações profissionais, a rotina e os processos de trabalho no contexto hospitalar, desmistificando ações e iniciando um trabalho educativo sobre a profissão.

Para fundamentar melhor a compreensão da imagem projetada em relação ao Serviço Social, questionou-se **quais são as atividades realizadas pelas assistentes sociais no HULW mais perceptíveis/visualizadas** pelos membros da equipe multiprofissional. Em geral, as **ações de acesso à informação/orientação e comunicação/diálogo para acolhimento e esclarecimento dos usuários apareceram na maioria das falas – 13 (treze) ou 65%**, embora nem sempre a finalidade da orientação tenha sido compreendida para acesso aos direitos.

[...] **a conversação** junto a esses familiares, **orientando na continuidade** dos direitos que esses pacientes têm [...] (Profissional 13, grifo nosso).

Orientar sobre condições não clínicas, empenhadas sobre documentação, alta, busca de casas de apoio (Profissional 20, grifo nosso).

Resta destacar que o direito à informação está estabelecido na Lei Orgânica da Saúde (LOS), portanto entende-se que não se trata de uma função privativa das assistentes sociais, devendo, pois, todos os profissionais da saúde exercitarem essa conduta.

[...] Artigo 7º, incisos: V – direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde; VI – divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário. (BRASIL, 1990).

Do mesmo modo, o Código de Ética do(a) Assistente Social também defende a prerrogativa da informação como dever profissional na sua relação com os usuários:

[...] Artigo 5º, alíneas b: garantir a plena informação e discussão sobre as possibilidades e consequências das situações apresentadas [...]; c: democratizar as informações e o acesso aos programas disponíveis no espaço institucional [...]. (CFESS, 1993, p. 29).

Dentre as atividades citadas, **12 (doze) ou 60% das respostas apresentaram as ações de forma pontual e genérica**, que, embora sejam competência de toda equipe, foram enxergadas somente no nível da aparência, não alcançando as dimensões e mediações necessárias às intervenções citadas, o que não permite compreender a finalidade maior de tal atividade, qual seja: a viabilização de um direito social e constitucional, conforme se observa nos exemplos seguintes:

Como eu trabalho em UTI, o que eu observo mais é a relação do Serviço Social com as famílias dos pacientes dando apoio, **dando informações, informações gerais** que são específicas do Serviço Social (Profissional 4, grifo nosso).

Entrar em **contato com familiares, com outros órgãos**, com prefeituras de outras cidades “pra” (*sic*) tentar resolver os problemas que o paciente tenha (Profissional 7, grifo nosso).

No âmbito de um hospital público de ensino, que vivencia mudanças trazidas por uma gestão empresarial, é necessário que as assistentes sociais realizem sua intervenção apreendendo a demanda, apresentada na imediaticidade, por meio de várias mediações. Descolar a mediação na compreensão dialética sob a realidade redundaria em ações descoladas das reais necessidades e possibilidades da intervenção, sendo assim, ela possibilita a passagem entre o imediato e o mediato, articulando vários complexos, diante de uma totalidade ainda mais complexa (PONTES, 1995).

Na prática, esse processo permite às assistentes sociais compreenderem de forma crítica que a demanda se apresenta envolvida por determinações estruturantes do sistema capitalista, pela forma que é efetivada a política de saúde, pelas relações entre os profissionais de saúde, pelo posicionamento do Estado sob a demanda, dentre outros complexos que proporcionam ao profissional criar estratégias para atender as reais necessidades dos usuários, utilizando-se de meios teóricos, políticos, éticos e técnicos defendidos pelo PEPP. Esse alcance das mediações não foi visualizado nas falas, tampouco apreendido pelos demais profissionais de saúde.

Em vários momentos, **a questão da “rede”, seja de relacionamentos, seja entre os serviços, foi destacada** pelos(as) entrevistados(as) como uma ação cotidiana das assistentes sociais, **o que implicaria numa perspectiva de trabalho intersetorial e voltada à integralidade do cuidado**, ainda que isto tenha sido colocado tacitamente, provavelmente não tendo sido percebido em sua plenitude por esses profissionais, dado que acontecem de forma mais voltada aos arranjos intersetoriais.

Isto se dá **porque**, de acordo com Silva (2016), **o(a) assistente social é reconhecido(a) como o(a) profissional que compreende a rede de serviços prestados pelo SUS**, o que acaba deixando sob sua responsabilidade, quase exclusiva, os encaminhamentos daquilo que seja externo ao hospital. O autor reforça que:

[...] na perspectiva de integralidade deveriam todas as profissões compreender a rede como instância de acesso a bens e serviços, inclusive para conhecer suas fragilidades e as dificuldades que os usuários enfrentam quando buscam por seus direitos inclusive para que os planos pós-hospitalares sejam traçados de modo mais realístico. (SILVA, 2016, p. 146).

Por outro lado, 04 (quatro) entrevistados(as) – 20% – fugiram da pergunta ou afirmaram não saber responder e **apenas 02 (dois) – 10% – profissionais se aproximaram de forma mais coerente daquilo que é proposto no PEPP:**

O assistente social vai possibilitar encaminhamentos de **direitos dos pacientes**, enquanto hospitalizados, para garantir a continuidade da sua vida diária em relação a atestados; a garantir medicações especiais frente aos órgãos públicos; possibilitar a interlocução entre as instituições hospitalares e seus órgãos competentes nisso de continuidade; essa interação entre outros profissionais de outras instituições que permite a continuidade do tratamento dentro e fora

da instituição; fortalecer o vínculo dos familiares com aqueles pacientes; fazer a busca ativa daqueles familiares que não estão comparecendo ao serviço, para verificar em lócus ou através de uma escuta algum mecanismo que esteja impossibilitando essa interação e este direito que o paciente tem da presença dos familiares aqui dentro; a conversação junto a esses familiares, **orientando na continuidade dos direitos que esses pacientes têm** e também auxiliar a equipe de saúde na execução para adquirir os exames que são pactuados nas instituições e que o assistente social conhece todo o fluxo da rede de saúde dentro do Estado (Profissional 13, grifo nosso).

Chama atenção o fato das atividades de ensino e pesquisa, preceptoria e supervisão de estágio sobressaírem apenas em uma única fala (5% da amostra), mesmo sendo atividades rotineiras pelas quais as assistentes sociais não recebem gratificação, bem como não são dispensadas de carga horária para cumpri-las, mas que são exigidas ao se trabalhar em um hospital-escola.

A preceptoria que faz acompanhamento dos alunos, tanto dos residentes, quanto dos estudantes; as demandas sociais que surgem e participam de eventos também (Profissional 14).

A união entre ensino / pesquisa / extensão e assistência é fundamental no âmbito dos Hospitais Universitários e está apontada na missão institucional, conforme o Plano Diretor Estratégico do HULW que assevera:

Prestar assistência integral, ética e humanizada à comunidade, de acordo com os princípios e diretrizes do SUS, na busca permanente pela excelência, desenvolvendo atividades de ensino, pesquisa e extensão para formação de profissionais que respeitem a dignidade humana e sejam agentes transformadores da sociedade. (HULW, 2017, p. 25).

Complementa-se à missão institucional, o fato de ser atribuição privativa das assistentes sociais supervisionar estagiários de Serviço Social, especificada no Código de Ética (CFESS, 1993) e na Resolução Nº 533 (CFESS, 2008), que regulamenta a supervisão direta de estágio em Serviço Social. Reforça-se que o Conselho Superior de Ensino, Pesquisa e Extensão (CONSEPE) da UFPB explicita que “[...] o estágio curricular supervisionado é um componente curricular norteado pelos princípios da integração teoria-prática e da indissociabilidade ensino-pesquisa-extensão [...]” (UFPB, 2007, art.1), o que avigora a importância da supervisão realizada pelas assistentes sociais aos estudantes.

Em termos gerais, percebeu-se a compreensão de que as ações profissionais se voltam para o direito, mas ainda numa lógica simplista, mais voltada

ao acesso e às demandas imediatas, sem necessariamente considerar os Determinantes Sociais de Saúde (DSS).

4.2.4 Demandas profissionais e institucionais voltadas às assistentes sociais sob a perspectiva da equipe multiprofissional

Ao serem questionados(as) sobre **quais as demandas mais comuns que, no cotidiano de trabalho, necessitariam da intervenção das assistentes sociais**, demonstrou-se a expectativa existente sobre o que a assistente social deve ou não fazer. Neste caso, alguns(mas) profissionais retomaram as demandas mencionadas nas atividades perceptíveis, apontadas anteriormente, enquanto que outros(as) complementaram com **demandas que acreditavam que, mesmo não sendo visualizadas no cotidiano, deveriam ser atendidas pelo Serviço Social**.

Nesse sentido, algumas demandas apontadas, que serão exemplificadas neste item, demonstraram a expectativa sobre as profissionais para a solução de demandas que poderiam ter outro direcionamento.

[...] as demandas emergenciais, se não forem reencaminhadas para os setores competentes por meio do planejamento coletivo elaborado na unidade, vão impossibilitar ao assistente social o enfoque nas suas ações profissionais. (CFESS, 2010, p. 43).

Dois(duas) profissionais (10% da amostra) se referiram ao Serviço Social como “atuantes”, mas não souberam mencionar demandas que deveriam ser solucionadas pelas assistentes sociais.

O total de **09 (nove) – 45% – entrevistados(as) atribuíram demandas que reforçam práticas eminentemente conservadoras e burocratizadas**, requerendo a intervenção da assistente social, não compreendendo que tais demandas competem a outros serviços. Foram citadas práticas que vinculavam a profissão à coesão e ao consenso dos usuários, visando o ajuste às normas do serviço e o controle do acesso para que nada saísse da ordem institucional.

Informações com relação ao **comportamento das famílias** e a expectativas que elas devem ter com relação ao tratamento na UTI, passar essas informações para a família sobre o funcionamento da UTI, dos horários e limitações do funcionamento geral, **e com a psicologia tentar diagnosticar** algum conflito [...] (Profissional 4, grifo nosso).

Não sei se cabe ou se é algo extra: **identificar se há vaga** em outros serviços (Profissional 5, grifo nosso).

[...] o formulário de vocês que não tem mais endereço, essas coisas, **não que seja da competência de vocês**, até porque **tem uma secretária que esse é o serviço dela**, a paciente deu entrada no hospital, vocês vão receber a família, vão fazer a entrevista social dessa família e quem tem que procurar endereço e essas coisas **é a secretária**, mas isso era uma mão na roda “pra” (*sic*) gente, ajudava bastante porque, às vezes, a gente não conseguia, e na hora da entrevista social vocês sempre pegavam esses dados e a gente sempre tinha eles nas mãos; mas assim, **não é que seja demanda pra vocês**, mas eu acho que não custava nada ter ali na entrevista. (Profissional 18, grifo nosso).

Além das dificuldades existentes na saúde pública e que se ampliaram com a investida neoliberal – o subfinanciamento da saúde, a não concretização da universalização, o estímulo à privatização, entre outras –, com a adesão à EBSEH cresceu-se o modelo de gestão vertical e burocratizado. A vivência no HULW permitiu afirmar que esse modelo resgatou as tentativas, por parte da gestão hospitalar, em atribuir demandas burocratizantes às assistentes sociais da instituição, a exemplo de inseri-las no setor administrativo responsável pela admissão e regulação de usuários, o Núcleo Interno de Regulação (NIR), fato que não ocorreu na prática devido à mobilização profissional e recusa a essa proposta. Soma-se a isso, a burocratização do fluxo de acesso aos serviços de saúde, o que desafia as assistentes sociais a “[...] empreender uma lógica de inserção dos profissionais e da operacionalização das ações em saúde que supere ações individualizadas, burocráticas, repetitivas, acrílicas [...]” (VASCONCELOS, 2007, p. 261), visando facilitar o acesso aos direitos.

Em 12 (doze) – 60% – respostas foram apresentadas demandas que não são privativas às assistentes sociais, mas que vêm sendo solucionadas pelas mesmas na instituição, tais como orientações quanto ao acesso à medicação de alto custo, viabilização de transporte, questões relacionadas à alta do usuário ou em relação à necessidade da presença da família. Mesmo sendo demandas pontuais, interferem no acesso aos direitos dos usuários, como o direito a transporte para Tratamento Fora de Domicílio (TFD), direito a um acompanhante (para usuários amparados por lei), direito ao fornecimento pelo estado de medicamentos de alto custo, dentre outros. Observa-se um exemplo na seguinte fala:

Ausência de familiares nas visitas; orientação dos familiares em relação a adquirir medicamentos de alto custo fora do hospital; exames que precisam de uma orientação até de documentação, de direitos que esse paciente tem, então são essas as que eu elenco como as mais importantes (Profissional 13).

Essas demandas pontuais se inserem numa totalidade social e interferem no acesso e retorno aos serviços de saúde com qualidade, em sua integralidade. Sendo assim:

O trabalho do assistente social se desenvolve em um contexto de diversidade de processos dinâmicos nos quais as demandas institucionais e dos usuários oportunizam ao profissional **o contato com a realidade em seus aspectos aparentes, expressões de uma totalidade social**, com interferência direta nas condições de saúde da população e a intervenção do sistema de saúde sobre aquelas demandas. (SILVA, 2016, p. 123). (Grifo nosso).

Ao serem **indagados(as) se já identificaram alguma demanda que precisaram solicitar a intervenção do Serviço Social no HULW**, houve variação nas respostas de acordo com a linha de cuidado trabalhada na clínica de atuação. Na Clínica de Pediatria, por exemplo, apresentaram-se demandas que envolviam o fluxo de atenção e os direitos da criança e do adolescente, diferentemente da Clínica de Obstetrícia que atende por demanda espontânea mulheres em trabalho de parto, envolvendo a linha de cuidado da saúde da mulher e seus respectivos direitos.

No entanto, a despeito da diversidade de respostas, **o ponto em comum mais citado foi o envolvimento das assistentes sociais na relação com os usuários, seus familiares e acompanhantes**, cujas problemáticas que apontaram para a necessidade do diálogo com os usuários são comumente deixadas pela equipe a cargo do Serviço Social.

Em 08 (oito) – 40% – falas, a demanda identificada foi a necessidade de conversar e orientar os familiares e acompanhantes quanto a diversas necessidades do usuário interno: solicitação de medicação de alto custo ao Estado; rotina hospitalar e normas de acompanhante; intermediação do contato com o médico; alta hospitalar. Seguem exemplos das demandas nas falas:

Em questão de uma visita ampliada, essa questão da **conversa com a família e o médico**, e a equipe médica, em relação a dar a má notícia, ou acompanhamento do quadro quando necessário (Profissional 8, grifo nosso).

O que é sempre recorrente é a **questão de acompanhante**. Às vezes, é uma criança que necessita de mais de um acompanhante, tem que recorrer à assistente social, que geralmente é quem resolve essa questão de mais de um acompanhante (Profissional 19, grifo nosso).

Para além do atendimento individual ao usuário interno, reconhece-se a importância da intervenção das assistentes sociais junto às suas famílias. A imagem social vinculada ao Serviço Social “tradicional” – no que tange às suas relações com as famílias – expressava em seu modo de ser o caráter conservador, compreendendo o papel do assistente social na busca da harmonia, do ajuste e da correção das mesmas, moralizando-as de acordo com as normas socialmente aceitas (CARDOSO, 2016). Segundo o referido autor, a influência da Igreja Católica e da teoria positivista construiu uma identidade do Serviço Social atrelada ao assistencialismo, ao tecnicismo e ao paternalismo, a qual se mantiveram vinculada ao Serviço Social até hoje, ainda que tenha perdido sua hegemonia após a defesa do PEPP pela categoria profissional, desde os três últimos decênios.

A partir das conquistas que emergiram após a Constituição Federal de 1988 e da hegemonia do PEPP, a família passou a ter centralidade na proteção social, requerendo a atenção do Serviço Social para a ampliação do acesso dos indivíduos e da coletividade aos direitos sociais.

Os “Parâmetros” que orientam a intervenção profissional na saúde indicam a importância de conhecer o contexto social e econômico dos usuários e da sua família para subsidiar as estratégias de ação e participação da família no processo do cuidado (CFESS, 2010).

Em referência ainda à mesma questão, concernente às demandas que os profissionais **precisaram solicitar a intervenção do Serviço Social, em 05 (cinco) – 25% – respostas** foram evidenciadas aquelas que surgiam por não haver, no hospital, protocolos assistenciais efetivos que direcionassem o fluxo de determinadas atividades, logo, **solicitou-se à assistente social para “corrigir” falhas administrativas da instituição**, como se pode observar:

[...] **paciente que precisa ser transferido “pra” (sic) outra instituição, “pra” (sic) manter contato com outra instituição, “pra” (sic) ajustar a logística** de como esse paciente vai ser transferido, e outras coisas também [...] (Profissional 3, grifo nosso).

Providenciar documentação que o paciente não tem (Profissional 20, grifo nosso).

No HULW existe um núcleo responsável por regular e intermediar a transferência de usuários – o NIR – bem como admitir novos usuários na instituição, através do preenchimento de dados pessoais necessários à internação e à abertura de prontuário. Portanto, entende-se que providências para transferência e acesso à documentação de usuários devam ser atividades executadas por esse setor.

Essas atribuições, de quaisquer atividades ao Serviço Social que não condizem com sua função social, ocorrem devido às dificuldades de desvelamento das reais demandas profissionais, ante as diversas manifestações da “questão social”, o que “contribui historicamente para o delineamento de determinadas representações acerca da profissão, como aquela que pode fazer tudo” (ORTIZ, 2010, p. 131).

Além das questões já apresentadas, também foram mencionadas requisições de **intervenções das assistentes sociais sobre demandas que se conformam em expressões da “questão social”**, em contextos sociais de violência, negligência, uso de drogas, abandono, dentre outros pontos, o que foi citado **por 07 (sete) – 35% – profissionais**.

[...] aí a gente chama o Serviço Social “pra” (*sic*) intervir e procurar saber o que está acontecendo, o contexto. Às vezes, a paciente é **usuária de drogas**, também tem aquelas dificuldades, aí a gente precisa que o Serviço Social, e não só o Serviço Social, mas também em conjunto com Psicologia, também atue no sentido de tentar investigar, sondar essa história, tentar saber o lado dessa paciente que, às vezes, a gente não tem esse acesso. A gente se limita muito à parte assistencial, mas quando a gente enxerga que tem alguma coisa diferente, que a gente sabe que não é da nossa competência, que é da competência de outro profissional, talvez possa atuar e ter uma abordagem muito melhor que a nossa, então a gente sempre pede ajuda das meninas do Serviço Social (Profissional 15, grifo nosso).

Embora o assistente social seja reconhecido como profissional de saúde (CFESS, 1999) foi comum a sua associação com a Psicologia e o não vislumbre da sua ação como parte da assistência à saúde, restringindo a intervenção à lógica psicossocial.

A atuação multiprofissional é essencialmente defendida pelo SUS, ao abranger a integralidade no atendimento em seus princípios. Entretanto, o que eventualmente ocorre na rotina hospitalar é a confusão entre o exercício profissional

do Serviço Social e da Psicologia, recuperando a já superada modalidade de intervenção do Serviço Social tradicional, das décadas iniciais de sua institucionalização, quando o profissional era formado e requisitado para atuar nos desajustes, desequilíbrios e patologias dos indivíduos, caracterizado pela psicologização dos problemas sociais, tendo em vista o ajustamento dos indivíduos aos padrões de normalidade instituídos e a moralização da sociedade (CARDOSO, 2016).

Todavia, por lidarem diretamente com os problemas sociais relatados pelos usuários e familiares, esta aproximação das duas categorias repercute na necessária relação interdisciplinar e no diálogo entre os profissionais de Serviço Social e Psicologia, cada um executando seu núcleo de saber. Portanto,

Pôde-se perceber uma tendência em agregar Serviço Social e Psicologia a partir dos depoimentos em que a orientação esteve associada ao apoio às famílias, fato bastante comum no início da profissão, já quase superado hodiernamente, mas que ainda deixou resquícios, sobretudo no ambiente hospitalar onde se convive com a dor, o medo da perda, além do isolamento do usuário e de sua família do convívio social e das suas atividades normais [...]. (MIRANDA, 2016, p. 247).

Perante as demandas tradicionalmente requeridas à intervenção da assistente social – e reproduzidas nesta pesquisa em âmbito hospitalar – reitera-se que, para desconstruir a imagem social tradicional e aproximá-la de uma autoimagem profissional em que ambas estejam vinculadas ao projeto hegemônico do Serviço Social, exige-se do profissional a constante compreensão dos processos sociais que dão origem a essas demandas. Consequentemente e necessariamente:

O profissional transita por contextos institucionais nos quais lhe são abertos espaços para a contraposição à imagem de ajuda e subalternidade e, sem “messianismos”, lhe é possível expor uma identidade profissional forte e coesa oriunda do projeto ético-político da profissão. (SILVA, 2016, p. 137).

Tecidas as considerações sobre o que é o Serviço Social, suas principais atribuições e demandas, a seguir, avalia-se a qualidade do trabalho das assistentes sociais a partir da expectativa dos profissionais de saúde.

4.2.5 Inflexões do exercício profissional das assistentes sociais inferidas pela equipe multiprofissional

Frente à imagem concebida sobre o Serviço Social no HULW, questionou-se **de que forma a atuação das assistentes sociais interfere na rotina de trabalho dos(as) entrevistados(as)**, a partir do que, **15 (quinze) – 75% – declararam que a intervenção do Serviço Social interfere de forma positiva, reforçando aspectos citados anteriormente, como a importância do apoio à equipe, aos usuários e familiares quanto às situações de cunho social e extra-hospitalar, numa perspectiva interdisciplinar:**

Interfere **de forma positiva**, porque justamente por fazer essa **ponte entre a família e o serviço** ajuda a gente a se antecipar e resolver algum problema, ajuda a orientar os familiares quando tem alguma deficiência do serviço que precisa ser sanada de forma externa e o Serviço Social atua nesse ponto, então o impacto é positivo. (Profissional 3, grifo nosso).

Por sua vez, **02 (duas) – 10% – profissionais responderam que interfere de forma negativa; 01 (um) – 5% – disse que a atuação do Serviço Social não interfere no seu trabalho; 01 (uma) – 5% – não soube responder; e 01 (uma) profissional – 5% – não quis responder essa questão.**

Em relação à percepção negativa de como a atuação do Serviço Social interfere no trabalho do profissional da equipe, isso ocorreu pela expectativa da realização de atividades que não competem à assistente social, bem como pela visão superficial que se tinha, decorrente da prática do Serviço Social observada em outras instituições.

De maneira negativa. Como o trabalho deveria ser outro, tipo: paciente teve alta, mora no interior, aí precisa ligar para o interior, **“pra” (sic) ver ambulância**, não existe esse esforço aqui, sinto falta desse empenho, **eu não entendo muito bem esse Serviço Social daqui.** (Profissional 9, grifo nosso).

Reconhece-se que a inserção dos assistentes sociais nos processos de trabalho dos serviços de saúde é permeada pelas necessidades que se redefinem a partir das transformações históricas na saúde pública, que ora se aproximam das propostas da Reforma Sanitária, ora atendem ao modelo da contrarreforma do Estado que defende a mercantilização da saúde e a torna, por esse viés, mais

seletiva e burocratizada. Sendo assim, conforme afirma Costa (2007, p. 343), muitas das demandas apresentadas nos serviços de saúde,

“[...] originam-se de uma "refuncionalização" das tradicionais práticas do Serviço Social na área da saúde. Aqui, estão situadas as "emergências sociais", as triagens socioeconômicas, os aconselhamentos e encaminhamentos voltados para o "ajustamento" das necessidades dos usuários ao modelo em curso”.

Por outro lado, os “Parâmetros” para atuação profissional defendem que:

As ações a serem desenvolvidas pelos assistentes sociais devem transpor o caráter emergencial e burocrático, bem como ter uma direção socioeducativa por meio da reflexão com relação às condições sócio-históricas a que são submetidos os usuários e mobilização para a participação nas lutas em defesa da garantia do direito à Saúde. (CFESS, 2010, p. 43).

Todavia, salienta-se que, quanto mais os valores e as condutas que constituem a autoimagem das assistentes sociais se aproximarem da defesa intransigente de uma sociedade mais justa e democrática – na qual o Estado deve oferecer serviços de saúde de qualidade como direito social de todos –, a construção da imagem social sobre essas profissionais tenderá a se aproximar mais de sua autoimagem, diminuindo as incongruências com o que propõe o PEPP.

Ao serem questionados(as) sobre **como avaliavam as atividades desenvolvidas pelo Serviço Social do HULW**, 3 (três) profissionais – 15% – informaram ter pouco contato ou não querer avaliar as atividades das assistentes sociais. Outros 03 (três) profissionais – **15%** – **avaliaram as atividades de forma negativa**, expressando falas como: “deixa a desejar” (Profissional 5), embora todos(as) os(as) entrevistados(as) tenham reconhecido a importância do Serviço Social para a equipe multiprofissional, em questão anteriormente analisada.

O relato de fala abaixo demonstra que os(as) 03 (três) profissionais mostraram-se insatisfeitos(as) quanto às atividades desenvolvidas por terem expectativas destoantes com as diretrizes do PEPP ou desconhecerem quais são as reais competências do Serviço Social.

Sinceramente, eu acho que **falta divulgação do papel do Serviço Social, falta divulgação das rotinas**, nem que seja só informativo, o que compete ao Serviço Social para os outros profissionais poderem saber, porque, querendo ou não, é uma profissão que ultimamente tem ganhado um destaque, tem aparecido mais, então coisas vão se aperfeiçoando e a gente fica sem saber o que é, e não tem nem

como você cobrar. **É difícil avaliar se não sabemos o que compete; no setor, eu acho deficiente.** (Profissional 6, grifo nosso).

O desconhecimento das competências profissionais também ficou explícito, tanto em avaliações negativas, quanto positivas:

De forma positiva e resolutiva, mas eu acho que poderia ter um *link* melhor, **uma divulgação maior das atribuições** do que vocês fazem. (Profissional 14, grifo nosso).

Os(as) 14 (quatorze) – 70% – restantes avaliaram positivamente as atividades desenvolvidas pelo Serviço Social, mesmo reconhecendo dificuldades vivenciadas, como a falta de assistente social 24 horas na instituição, os entraves burocráticos e os problemas de resolutividade das políticas públicas:

Eu acho que a gente acaba lidando com uma comunidade muito carente, a gente sabe que as políticas públicas às vezes não atendem a demanda dos pacientes e eu vejo que, apesar do empenho do Serviço Social em tentar ajustar ou melhorar e atender as demandas desses pacientes, esbarram realmente nas dificuldades. Se eu não tenho um órgão do governo que possa dar essa assistência, por mais que o serviço tente, como a população é muito carente, muitas vezes pode não conseguir ser resolutivo, não por conta da equipe, mas por conta das dificuldades burocráticas. Mas pelo menos das vezes que eu precisei de algum paciente, que precisei resolver alguma questão com o Serviço Social, me foi resolutivo. E se cabia àquele profissional, se era algo que ele podia fazer, foi resolutivo, mas se foi algo que dependia de instâncias maiores, infelizmente. (Profissional 11).

Diante da análise das falas quanto à imagem social do Serviço Social no HULW, percebe-se uma aproximação, ainda que superficial, donde de fato as assistentes sociais se inserem no interior dos processos de trabalho em saúde, como profissionais que ligam os diversos setores e órgãos, em âmbito institucional e fora dele, sendo seu principal resultado a busca da integralidade das ações (COSTA, 2007).

Destarte, considera-se a necessidade da realização de reuniões entre as equipes de saúde para elucidação dos papéis e do processo de trabalho do assistente social no âmbito hospitalar, pelo fato de que a prática é perceptível no campo da imediaticidade e a ausência de debates camufla o caráter ético-político da profissão. Por conseguinte, a incompreensão do exercício profissional acaba vilipendiando a sua autonomia.

4.3 Avanços e desafios em torno da construção de uma autoimagem crítica da profissão

Para discorrer sobre a autoimagem do Serviço Social no Hospital Universitário é preciso observar se as características, as condutas e o entendimento das assistentes sociais em torno do significado da profissão condizem com os valores e princípios defendidos pelo Projeto Ético-Político Profissional.

Foram aplicadas entrevistas com 10 (dez) assistentes sociais, permitindo a autorreflexão sobre seu exercício profissional e a observação dos avanços e desafios do Serviço Social no âmbito do HULW.

4.3.1 Perfil das assistentes sociais que compõem a equipe do Serviço Social

Do mesmo modo como foi feito em relação aos(as) profissionais que compunham à época da pesquisa a equipe multiprofissional e atuavam com as assistentes sociais, antes de iniciar a apresentação dos dados relativos à autoimagem profissional, foi traçado o perfil dessas, todas do sexo feminino, com faixa etária predominante entre 41 e 60 anos – 8 (oito) ou 80% –, consideradas adultas de meia idade (NICOLAU, s.d.).

Tabela 6: Faixa etária das assistentes sociais do HULW

Idade	30 a 40	41 a 50	51 a 60	Total
Total	2	5	3	10
%	20%	50%	30%	100%

Fonte: Dados primários (João Pessoa, 2018).

Quanto ao modo de contratação, conforme atestado na Tabela 7, **50% das assistentes sociais entrevistadas pertenciam ao RJU e 50% eram vinculadas à EBSERH via CLT.** Registre-se que a abertura de vagas no concurso público da EBSERH não atingiu o quantitativo de assistentes sociais em desfalque na Instituição, bem como não considerou o número de solicitação de aposentadorias, no entanto, até o momento da coleta de dados, elas já compunham maioria do quadro total da equipe do Serviço Social.

A vivência no HULW permite afirmar que há uma diferenciação nas exigências da gestão às profissionais da EBSERH, no que tange ao cumprimento de metas e nos incentivos sobre a remuneração, embora a carga horária semanal seja a mesma para todas as assistentes sociais devido ao cumprimento da Lei Nº 12.317/2010, que garante a jornada de trabalho de 30 horas da categoria, sem redução de salário. Sobre os incentivos, refere-se ao Plano de Cargos, Carreiras e Salários (PCCS) dos funcionários RJU que garante mais benefícios para Progressão Horizontal e Vertical dos profissionais do que os benefícios oferecidos pelo PCCS da EBSERH.

Em relação ao tempo de atividade no HULW, as assistentes sociais da EBSERH trabalhavam há menos de 5 anos, perfazendo 50% das entrevistadas; da amostra restante, 10% trabalhavam entre 6 a 10 anos e 40% atuavam há mais de 10 anos na instituição.

É significativo refletir sobre o fato de que 50% da amostra foi inserida na instituição durante a implantação de um processo de mudança cultural, voltado a uma lógica que busca maior eficiência nos recursos públicos, mas que também gera insatisfação e insegurança entre determinado grupo de funcionários e mesmo entre os usuários, dada a possibilidade de fragilização do SUS e abertura de leitos para o setor privado, num cenário de redução de custos na saúde pública.

Tabela 7: Vínculo empregatício e tempo de trabalho das assistentes sociais no HULW

Vínculo empregatício			Tempo de trabalho (anos)			
Consolidação das Leis Trabalhistas	Regime Jurídico Único	Total	1 a 5	6 a 10	Mais de 10	Total
5	5	10	5	1	4	10
50%	50%	100%	50%	10%	40%	100%

Fonte: Dados primários (João Pessoa, 2018).

Fazendo uma relação entre os dados referentes à idade e ao regime de contratação, em geral, as que têm maior idade são as assistentes sociais mais antigas na instituição, regidas pelo Regime Jurídico Único (RJU) e que, a despeito do tempo de atuação na instituição, permanecem participantes na intervenção e no aperfeiçoamento profissional.

Optou-se por não informar os setores de atuação das assistentes sociais porque, embora houvesse assistentes sociais direcionadas para cada Clínica de internação, todas eram ligadas à Unidade Psicossocial e conheciam os diversos setores do HULW, seja por meio dos plantões em dias não úteis, ou por substituição a alguma profissional em período de férias. Além desse motivo, apresentar o setor específico implicaria na consequente divulgação da profissional entrevistada e anularia o sigilo desta pesquisa.

Tabela 8: Ano de conclusão de formação das assistentes sociais no HULW

Ano	Ano de formação			Total
	1982 a 1985	1997 a 2000	2001 a 2006	
Total	2	5	3	10
%	20%	50%	30%	100%

Fonte: Dados primários (João Pessoa, 2018).

No que concerne à sua graduação, 20% formaram-se na década de 1980, período em que ocorreu a efervescência pela redemocratização do país e os debates amplos sobre a renovação profissional em um processo de amadurecimento teórico e crítico. Após a formação dessas profissionais, houve ainda modificações na formação, na década de 1990, e para alcançá-las foi necessário constante aperfeiçoamento e participação nas novas discussões, o que foi facilitado por estarem inseridas no âmbito da Academia, em um hospital-escola, cujo estímulo foi observado quando questionadas sobre a realização de pós-graduação, constatando-se que ambas possuíam especialização e mestrado acadêmico.

As demais entrevistadas se formaram posteriormente à elaboração das Diretrizes Gerais para o Curso de Serviço Social, de 1996, que estão atualizadas com as novas propostas do PEPP, voltadas para promoção de uma atuação que englobe as mediações entre teoria e prática.

No que tange ao tipo de instituição de formação, 100% se graduaram em instituições públicas de ensino, cuja defesa pela qualidade é significativa.

Tabela 9: Dados relativos à conclusão de cursos de pós-graduação pelas assistentes sociais do HULW

Não possui	Especialização	Mestrado	Total
1	7	5	13
10%	70%	50%	130%*

Fonte: Dados primários (João Pessoa, 2018).

Quanto à formação continuada, apenas 01 (uma) – 10% – entrevistada não possuía curso de pós-graduação e nenhuma realizou Doutorado; 70% possuíam especialização; e 50% possuíam mestrado. O percentual de pós-graduações excedeu os 100% porque houve uma intercessão, na qual 03 (três) profissionais (30%) possuíam especialização e mestrado.

As profissionais concursadas pelo Regime Jurídico Único (RJU) recebem incentivo para qualificação, tanto financeiro pelo PCCS, conforme afirma o Artigo 11 da Lei Nº 11.091/2005, que “Será instituído Incentivo à Qualificação ao servidor que possuir educação formal superior ao exigido para o cargo de que é titular [...]”, como também, por estarem inseridas em instituição pública de ensino.

Com relação às concursadas via EBSERH, regidas pela Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), considera-se que para aprovação no último concurso público – pelo qual ingressaram na instituição – a titulação por pós-graduações também computava para aprovação. Desse modo, justifica-se o percentual de profissionais qualificadas.

4.3.2 Auto percepção das assistentes sociais como profissionais de saúde

Para se compreender a autoimagem profissional e buscando permitir realizar uma analogia entre a questão da imagem social e da autoimagem profissional, de modo a perceber eventuais congruências e incongruências, optou-se por iniciar **questionando as assistentes sociais sobre a conceituação⁴ de Serviço Social**, o que decorreu em opiniões particulares diferentes que convergiram em alguns pontos explanados a seguir.

⁴Do mesmo modo como ocorreu com as questões aplicadas à equipe multiprofissional, **algumas análises das indagações feitas às assistentes sociais excederam o quantitativo de 100% da amostra**, pois na mesma resposta encontraram-se mais de um elemento relevante a se analisar.

Para 02 (duas) assistentes sociais – **20%** – **a profissão estava atrelada à perspectiva da garantia dos direitos sociais**, como se destaca abaixo:

Eu considero o Serviço Social muito atuante, equipe integrada, que se empenha ao máximo em **viabilizar os direitos dos usuários** que chegam até aqui! Todos os profissionais, sem exceção, defendem essa bandeira de viabilizar o atendimento ao usuário. (Assistente social 1, grifo nosso).

Características que definiram o Serviço Social no HULW como **“atuante” e “organizado”** foram ressaltadas em 04 (quatro) respostas – **40%** –, considerando uma profissão que “consegue se afirmar enquanto uma **categoria coesa**” (Assistente social 9).

As particularidades que associam o Serviço Social ao PEPP se sobressaíram em 04 (quatro) falas – **40%** –, qualificando a **postura ética** no seu exercício profissional, bem como “uma **identidade política** bem definida” (Assistente social 2).

Ah, o Serviço Social, felizmente, é bem centrado, bem focado no **Projeto Ético-Político da profissão**, realmente, é quem se procura trabalhar mediante aos Parâmetros, dentro da defesa, digo que intransigente “pra” (*sic*) ter uma prática realmente pautada, dentro do respaldo do projeto. (Assistente social 3, grifo nosso).

Pode-se inferir que na correlação feita com o Projeto Profissional estava **implícita a defesa pela garantia dos direitos sociais e humanos** – destacada no Código de Ética do Serviço Social –, bem como o reconhecimento da profissão na intervenção das expressões da “questão social”, por ser referida nas Diretrizes Curriculares que também compõem a construção daquele.

Em **05 (cinco) falas – 50%** – **apontou-se que o Serviço Social do HULW estaria à frente da atuação profissional de outras instituições**, “à frente, até pelo fato de ser um hospital de ensino, ainda conseguimos nos impor” (Assistente social 6).

Eu acho que a gente ainda consegue ter um espaço “privilegiado”, como eu tenho experiência em outros espaços ocupacionais, eu não vejo a gente tão aquém não, do que seria o ideal, é óbvio que a gente precisa melhorar em muitos aspectos. (Assistente social 9).

A partir dessas características de “estar à frente” e poder “se impor”, pode-se inferir, por relação, que a autonomia das assistentes sociais do HULW decorre da estabilidade do vínculo empregatício das mesmas, diferentemente do Serviço Social de algumas outras instituições, cujo vínculo de trabalho mais instável e precário, subordina o(a) profissional a práticas que não lhes são específicas. Esse fato implica na fragilidade da atuação do Serviço Social dessas outras instituições e na tentativa dos outros profissionais de saúde do HULW em equiparar e atribuir as mesmas competências, por vezes errôneas, realizadas a partir das condições descritas. Agrega-se ainda à referida autonomia, a inserção das assistentes sociais do HULW no contexto acadêmico que permite e exige contínua reflexão sobre o exercício profissional, inclusive pela interlocução proveniente da realização de estágios e Residências.

Apenas (01) uma entrevistada – 10% – aludiu de forma direta a prática voltada para a “questão social” e (01) uma – 10% – conceituou o Serviço Social como “uma profissão social e historicamente inscrita na divisão sócio-técnica do trabalho, ligada ao campo da saúde”. (Assistente social 10).

Sobre a intervenção do assistente social no âmbito hospitalar, Silva (2016, p. 116) assevera:

Os desafios que se colocam para o assistente social, que trabalha junto à atenção de alta complexidade em saúde, estão expressos na possibilidade de apreender, pelo referencial da teoria social crítica, as modernas manifestações da questão social e a explicar, a partir desse referencial, a relação com o adoecimento da classe trabalhadora. Nesse sentido, é preciso que se identifiquem as determinações estruturais e conjunturais que incidem sobre o objeto de trabalho do assistente social e as necessárias mediações para a participação desse profissional no processo coletivo de trabalho em saúde.

Por sua vez, a pseudo “ausência de especificidade” no fazer profissional dificulta a definição do que é o Serviço Social pela própria categoria, como explica Ortiz (2010, p. 149):

Trata-se de uma categoria que tem dificuldades de explicitar a própria natureza da profissão, remetendo-lhe sempre ao seu agir. Tal tendência é explicável face ao caráter eminentemente interventivo da profissão e que lhe confere utilidade social.

Na sequência das questões aplicadas, indagou-se sobre **quais as atribuições das assistentes sociais no HULW**, buscando compreender as atividades que elas exercem no seu cotidiano. Destarte, destaca-se a diferença entre atribuição e competência, a partir do entendimento de Yamamoto (2012, p. 37): “No sentido etimológico, a competência diz respeito à capacidade de apreciar, decidir ou fazer alguma coisa, enquanto a atribuição é uma prerrogativa, privilégio, direito e poder de realizar algo”. Assim, as competências se referem às ações que as assistentes sociais podem fazer, mas não lhes são exclusivas, enquanto que as atribuições lhes são privativas.

Uma declaração das entrevistadas avigora esse entendimento:

[...] o que não fica muito claro na equipe é: quais são as minhas atribuições privativas e as minhas competências que eles não entendem, porque se compete a mim, também pode competir à enfermagem, “né” (*sic*)?! (Assistente social 8).

Nas respostas obtidas, observou-se que **todas as atribuições citadas voltaram-se para a garantia de direitos e do acesso aos serviços e à rede de saúde**, a fim de garantir ao usuário a continuidade do cuidado de forma integral, partindo do conhecimento da história do usuário, das orientações e encaminhamentos necessários para isso, centrando-se em ações de cunho socioeducativo, como demonstrado a seguir:

As minhas atribuições são de tentar **orientar**, mostrando aos usuários a **questão dos seus direitos e deveres**, não só aos usuários, mas sim, também aos seus acompanhantes com questão da orientação, não só a nível de instituição, mas além da instituição; com relação à **referência para os outros serviços**, com relação ao **acompanhamento com melhor qualidade**. (Assistente social 7, grifo nosso).

[...] fazer o acolhimento dos usuários, orientá-los, **encaminhá-los, fazer referência e contrarreferência, encaminhamento pra rede**. Também aqui realizamos a entrevista social, embora simplificada atualmente, uma entrevista mais simplificada, mas só em situações mais específicas, dependendo do nosso usuário, de todo o contexto social e de saúde, **analisando o processo saúde-doença** [...]. (Assistente social 10, grifo nosso).

Quando perguntadas sobre **o perfil das assistentes sociais do HULW, diversas características positivas da equipe** foram mencionadas por todas as entrevistadas (100%) e selecionadas nos seguintes fragmentos de fala:

“profissionalismo”, “resolutividade”, “competência”, “empenho”, “autonomia”, “boa comunicação/capacidade de dialogar”, “capacidade de organização”, “respaldo total do PEPP”, “grupo coeso”, “consolidado”, “não abre mão dos espaços”, “compreensão do usuário como um sujeito de direito”, “bravura”, “conduta de firmeza de enfrentamento”, “resistência”, “responsabilidade em formar”, “comprometimento com o usuário”, “participação em eventos”, “atuantes”, “mediadoras”, “críticas”, “qualificadas”, “aprimoramento profissional”.

Por sua vez, em 02 (dois) dos relatos nos quais se citaram características positivas, também se enfatizaram o “conservadorismo” como característica negativa ainda presente, embora tenham compreendido não existir seu predomínio. Duas (02) assistentes sociais também mencionaram entraves que interferiam nas características profissionais, como: “certa dificuldade de ter média argumentação de ganho, frente ao que é posto pela demanda institucional, a gente consegue pelo menos confrontar” (Assistente social 4); e que “falta apoio da administração e da gestão.” (Assistente social 8).

Neste sentido, houve uma autoavaliação positiva, sintonizada com os preceitos do PEPP e dos Parâmetros de Atuação do(a) Assistente Social na Saúde, mas não deslocada das reais condições de atuação ou alheia à necessidade de organização e resistência em relação às questões macro societárias que interferem na saúde pública.

4.3.3 Demandas profissionais e institucionais voltadas ao Serviço Social sob a perspectiva das assistentes sociais

No início deste capítulo foram elucidadas as demandas apresentadas às assistentes sociais do HULW na percepção dos(as) profissionais da equipe multiprofissional de saúde, a partir da imagem social que perfaz o exercício profissional. Todavia, no presente item, as próprias assistentes sociais delinearão **quais as demandas que a instituição mais apresentaria ao Serviço Social**, na perspectiva da sua autoimagem.

Para 04 (quatro) assistentes sociais – **40%** –, **as principais demandas envolveriam as orientações e os encaminhamentos que visariam o acesso a direitos**, mais uma vez incluindo a perspectiva das ações em rede e intersetoriais:

A gente pensa muito articulado com outros setores da rede, exatamente para garantir esses direitos. É o que eu falei anteriormente, os direitos de saúde, tipo: muito contato com os municípios de origem dos usuários “pra” (sic) efetivação das consultas, exames, a gente trabalha muito também com orientação de TFD, SAD, passe livre, e por aí vai. (Assistente social 3).

Os encaminhamentos no campo da saúde se configuram em um dos caminhos de acesso aos direitos sociais, por meio das políticas públicas intersetoriais, para atender as demandas com as quais as assistentes sociais atuam. Por essa razão, a compreensão da efetivação dos direitos como responsabilidade do Estado e a defesa de sua concretização com qualidade são características intrínsecas ao PEPP e devem ser prioritárias na intervenção profissional.

O compromisso com a qualidade dos serviços compõe um dos princípios fundamentais do Código de Ética Profissional, que também defende a qualidade do exercício profissional nas ações institucionais (CFESS, 1993). Esse compromisso é reforçado nos “Parâmetros” que norteiam a atuação na saúde (CFESS, 2010).

Não obstante, 05 (cinco) assistentes sociais – **50%** – **indicaram demandas da instituição encaminhadas ao Serviço Social, cuja resolução não seria de sua competência, sendo restritas a atividades burocrático-administrativas, ainda em sintonia com o Serviço Social “Tradicional”.**

[...] são demandas de regulação que não “cabe” (sic) ao Serviço Social, não “é” (sic) nossa atribuição. Outra atribuição é de estar fazendo ligações para outros hospitais com relação a exames, isso aí não cabe a gente, mas a gente tenta explicar e mostrar o que realmente é atribuição do Serviço Social mesmo [...]. (Assistente social 7).

Ao retomar os relatos da **equipe multiprofissional** (no tópico anterior) com relação às demandas que os(as) profissionais entendiam que deveriam ser solucionadas pelas assistentes sociais, **evidenciou-se em 45% dos discursos a menção às demandas que requereriam atividades profissionais burocráticas e conservadoras, para o controle e ajuste às normas hospitalares ou para correção de falhas administrativas.** Claramente apresenta-se uma incongruência à autoimagem, por ser entendimento comum das assistentes sociais de que a resolução dessas demandas não é de sua competência, conquanto sejam

solicitadas e encaminhadas rotineiramente ao Serviço Social, emergindo conflitos pela recusa à execução das mesmas.

Também foram relatadas **03 (três) demandas – 30% – que cotidianamente seriam solucionadas pelo Serviço Social, mas não seriam de competência exclusiva desta profissão**, o que acaba gerando uma sobreposição e acúmulo de tarefas sobre a equipe, e, por sua vez, dificultando a possibilidade de realização de ações planejadas de médio e longo prazos:

As demandas principais são: orientar para assuntos de educação em saúde; a instituição também demanda que a gente faça uma seleção daqueles usuários, por exemplo, que teriam direito a estar acompanhados, isso nos casos de exceção, que obviamente, que os casos previstos em lei já têm isso garantido. (Assistente social 10).

Os dados confirmaram o entendimento de que a imagem social sobre o Serviço Social ainda permanece atrelada ao imediatismo, às ações acríticas, fragmentadas e conservadoras, as quais constituíam de fato a prática das assistentes sociais, antes do incurso e defesa do PEPP à profissão. Os avanços advindos de uma postura profissional crítica conduz a uma autoimagem do Serviço Social mais atuante, propositivo e que defende os direitos da classe trabalhadora.

Ao passo que as assistentes sociais realizam condutas com o viés condizente à direção social afirmada no PEPP, a imagem conservadora vai se desconstruindo, o que pode ser confirmado nas análises anteriores referentes ao perfil profissional das assistentes sociais na percepção da equipe multiprofissional e das próprias assistentes sociais do HULW, revelando, em geral, uma postura proativa, de resistência e enfrentamento às requisições impostas, com valores emancipatórios.

Nesse debate sobre as demandas apresentadas pela instituição e outros profissionais ao Serviço Social, indagou-se se elas permitiam que as ações das assistentes sociais fossem condizentes com o PEPP e foi unânime em todos os relatos a exposição de **dificuldades para a efetivação dos princípios e diretrizes do PEPP**, a partir das demandas encaminhadas ao Serviço Social. Ademais, todas as entrevistadas afirmaram que as demandas “nem sempre” permitiam – 80% –, ou “não” permitiam – 20% – essa correlação com o Projeto Profissional, devido ao “[...] histórico que a categoria tem, muitas vezes pelo desconhecimento das outras

categorias com relação à exatamente o que faz o Serviço Social” (Assistente social 3).

Os fatores “desconhecimento” ou “deturpação” do que faz a assistente social foram os mais evidenciados – 09 (nove) ou 90% – nos dados coletados. Conseqüentemente, a reação das assistentes sociais foi de tensionamento e resistência às determinações institucionais que não sejam coerentes com o Projeto Profissional. Os relatos seguintes contemplaram a ideia da categoria apresentada nos resultados das entrevistas:

Na prática a gente vive nas nossas rotinas, num estado permanente **de tensão**, porque em algumas situações, nos são solicitadas determinados tipos de ações que não têm e que não “está” (*sic*) “relacionado” (*sic*) ao nosso Projeto Ético-Político. Então é **uma luta diária**, praticamente, que a gente tem que dar visibilidade a essa profissão no formato que ela se insere a partir do Projeto Ético-Político, da Lei que regulamenta nossa profissão, e a gente tentar desvincular aquela imagem que o Serviço Social carregou consigo durante um tempo e que a sociedade como um todo ainda está fadada a uma atuação mais na perspectiva caritativa. E infelizmente, a gente percebe que mesmo os profissionais hoje que têm acesso às informações, a uma facilidade de acesso às informações, a gente percebe que eles ainda carregam porque, assim, o que é mais preocupante é que, mesmo os profissionais mais jovens, eles ainda têm essa ideia de que determinados tipos de encaminhamentos são determinados pelo profissional do Serviço Social de forma equivocada. (Assistente social 5, grifo nosso).

[...] acho que é **um espaço de enfrentamento, de desconstrução e construção**, cotidianamente, não é um espaço privilegiado onde a gente vai lá e executa o nosso projeto bonitinho, não. É na **base da luta, do desgaste, do enfrentamento**. (Assistente social 9, grifo nosso).

Uma (01) assistente social (10%) associou a postura da “instituição e o modelo de gestão também dificultam muito que isso aconteça” (Assistente social 10), em relação à efetivação do PEPP.

Assim, ainda houve uma conexão entre as demandas que eram, de fato, apresentadas pela equipe e as necessidades imediatas que os(as) profissionais de saúde compreendiam que deveriam ser solucionadas pelo Serviço Social por fazerem parte do cotidiano da atenção à saúde dos usuários. Netto (2000) apresenta características do cotidiano que cabem ser referidas aqui: a heterogeneidade, a imediatividade (uma relação automática entre o pensamento e a ação) e a superficialidade.

Sendo assim, o cotidiano é o espaço das respostas imediatas em todas as esferas da sociabilidade, e as ações que nele ocorrem, “[...] formam um continuum” (MATOS, 2015, p. 685), o que implica na necessidade de compreender que as assistentes sociais não estão imunes às características presentes no cotidiano, a exemplo do conservadorismo da sociedade brasileira, e elas podem projetar alguma ação conservadora na prática profissional, por tê-la internalizada nos seus valores do cotidiano (familiar ou social). Todavia, se estiverem mais qualificadas e interligadas aos valores do PEPP, tendem a oferecer respostas às demandas mais condizentes com os princípios de liberdade, emancipação, autonomia, democracia.

A postura de resistência e luta por direitos, afirmada pelas assistentes sociais, implica na forma como eles são efetivados na instituição. Sendo assim, **buscou-se conhecer se os direitos são informados aos usuários e se são efetivados no âmbito do HULW**, na visão dessas profissionais.

Diante dos dados coletados, observou-se que 08 (oito) ou **80%** das **profissionais do Serviço Social reconheceram que os direitos são informados na instituição, mas a sua efetivação ocorre parcialmente**. A “demora no acesso aos serviços”, a “falta de medicamentos”, o “cancelamento de procedimentos agendados” foram os exemplos mais citados que configuraram a não efetivação total de direitos. Além disso, **apontou-se por 02 (dois) ou 20% a percepção ampla de que as fragilidades na política de saúde e no Sistema Único de Saúde também interferem no âmbito micro, nas unidades hospitalares**.

São orientados, na maioria das vezes, mas nem sempre são efetivados. Não “consegue” (*sic*) pelos entraves institucionais. (Assistente social 1).

Parcialmente. A gente vê muitos problemas lá dentro também. A gente vê falta de medicamentos, procedimentos que precisariam ser realizados, e o paciente às vezes recebe alta sem realizar aquele procedimento. Então, nem todos os direitos são respeitados e a própria demora na realização de alguns procedimentos que levam “o” (*sic*) agravamento daquele quadro de saúde em si, já é uma negação de direitos. (Assistente social 9).

Apesar das dificuldades supracitadas, **05 (cinco) – 50% – assistentes sociais apontaram a informação dos direitos sociais como atribuição do Serviço Social, enfatizando o caráter de luta, da busca pela sua efetivação, à medida que são informados aos usuários**. É como se as assistentes sociais

convivessem num constante conflito para alcançar prerrogativas já conquistadas, porém, nem sempre atendidas.

Os direitos são informados, alguns **lutamos para que eles sejam viabilizados**, tentamos a viabilização de todos, porém são barrados. (Assistente social 7, grifo nosso).

Tal tensão reside no fato de que o Serviço Social atua em relações contraditórias, próprias da sociedade capitalista, na e sobre a realidade (IAMAMOTO, 1982).

A partir desta compreensão, decidiu-se perguntar sobre como os remanescentes do conservadorismo se refletem sobre a profissão e a concretização do PEPP, o que será exposto no próximo item.

4.3.4 Compreensão dos influxos do conservadorismo e do atual PEPP sobre o exercício profissional relatados pelas assistentes sociais

No primeiro capítulo desse trabalho discorreu-se sobre os rebatimentos do conservadorismo sobre a atuação do Serviço Social, pelo entendimento de que o pensamento conservador repercute, indubitavelmente, na construção da imagem social e da autoimagem dos assistentes sociais em geral. Já no segundo capítulo, versou-se sobre as conformações do Projeto Ético-Político Profissional hegemônico do Serviço Social, compreendendo-o como consequência do amadurecimento teórico-metodológico e ético-político profissional, o qual trouxe, dentre outras características, a recusa ao conservadorismo, buscando tangenciar o exercício profissional a partir de uma perspectiva de vinculação com a classe trabalhadora.

A partir das considerações supramencionadas e das análises empreendidas nos capítulos anteriores, neste tópico, através da percepção das assistentes sociais do HULW, pretendeu-se verificar se há rebatimentos do pensamento conservador na sua atuação, e, se sim, quais são eles, e como isto recai sobre a autoimagem profissional.

Neste sentido, **foi unânime o reconhecimento pelas assistentes sociais da existência de rebatimentos do conservadorismo sobre seu exercício** e, embora tenham sido utilizados termos diferentes, houve predominância – 09 (nove) ou 90% – da compreensão do conservadorismo **como resultante da imagem**

profissional do Serviço Social concebida nas suas protoformas/origens, bem como, destacou-se o conservadorismo presente nas demais categorias profissionais com as quais as assistentes sociais atuam, trazendo-lhes como rebatimentos o encaminhamento de demandas que requerem condutas conservadoras e sincréticas.

Ao se retomar as considerações do sincretismo presente no exercício profissional do Serviço Social tecidas por Souza (2014), conclui-se que as mediações particulares que perpassam a profissão (e dessas, exemplificam-se as demandas do mercado de trabalho, das equipes multiprofissionais e as condições de atuação) determinam características e tensionamentos ao exercício profissional, que, ainda segundo o autor, não sinalizam a superação do sincretismo na profissão, caracterizado pelas ações fragmentadas, desconectadas da história e de criticidade.

Netto (2001) explica que as próprias demandas fragmentadas que são objeto da intervenção do assistente social se apresentam como um conjunto sincrético. Desse modo, se os projetos profissionais apresentam a autoimagem de uma profissão, conforme afirma Netto (1995), o Serviço Social deve responder às contraditórias requisições sincréticas que lhes surgem, e, a partir das configurações do PEPP, embasar-se pela teoria social crítica para compreender a totalidade dos fenômenos com os quais atua, correlacionar continuamente a teoria com a prática e evidenciar na intervenção seu posicionamento ético-político correspondente à direção social do PEPP, utilizando-se de sua instrumentalidade.

No que condiz aos rebatimentos do conservadorismo, em diversas falas aludiram-se ações que o representam, direta e indiretamente, tais como: o “assistencialismo”, a “saúde como favor”, a “benesse”, o “jeitinho brasileiro”, o “preconceito com o usuário”, a “adequação das pessoas” à lógica institucional e ao sistema, o “pragmatismo” das ações, a “burocracia”, o “retorno funcionalista”. As assistentes sociais esclareceram que a recusa a essas práticas e a busca pelo rompimento com o conservadorismo é presente e diária.

Percebo. Geralmente eles são por parte de algumas categorias profissionais, que ainda têm um entendimento não tão progressista da política da saúde, “vê” (*sic*) a assistência à saúde, às vezes, de forma errônea, como algo de cunho conservador, de favor mesmo, de benesse, então, demanda do Serviço Social atividades que têm essa perspectiva. E isso é um enfrentamento diário “pra” (*sic*) você, enquanto profissional, desmistificar e romper com essas demandas. Num primeiro momento, parece que é o profissional que se nega ao

atendimento, que não quer atender porque a visão que ainda tem do Serviço Social é uma visão muito ligada ao Serviço Social “tradicional”, às origens do Serviço Social no período de sua institucionalização. (Assistentes social 2).

Ademais, houve também a menção por **01 (uma) das profissionais – 10% – da conjuntura econômica brasileira atual, eminentemente conservadora, que rebate sobre as políticas públicas e a atuação do Serviço Social:**

O conservadorismo e o neoconservadorismo estão caminhando lado a lado com os sistemas econômicos, então quando a gente pensa nesse sistema econômico na atual conjuntura, que está totalmente atrelado aos interesses do mercado financeiro, isso vai acabar rebatendo na execução das políticas públicas. Então, no dia a dia a gente percebe uma maior dificuldade dos usuários em acessar o serviço, e esses serviços estão totalmente correlacionados à lógica do capital, onde o que é mais avaliado é a questão orçamentária, os gastos dos recursos públicos e não a necessidade do usuário. É mais a questão financeira e isso rebate e dificulta a nossa atuação; hoje a gente tem um leque de possibilidades. (Assistente social 5).

Sendo assim, não há como dissociar da prática profissional as consequências do conservadorismo presente na vida social, pois ele “é, e sempre será, alimento imprescindível da reprodução do capital, e por isso nunca sai de cena. Ou seja, é um alimento central para conservar a sociedade capitalista e sempre estará a seu dispor” (BOSCHETTI, 2015, p. 639), daí a compreensão do necessário fortalecimento do PEPP e seu viés de resistência e defesa profissional da classe trabalhadora.

Considerando a importância do **PEPP** para a afirmação de uma intervenção crítica, as assistentes sociais foram questionadas sobre seu conhecimento e como ele se expressa no seu exercício profissional cotidiano, cujo **conhecimento foi asseverado por todas as entrevistadas.**

Quando questionadas sobre como o PEPP se expressa, dentre as respostas obtidas, **5 (cinco) – 50% – pontuaram explicitamente** que isto ocorre por meio do Código de Ética Profissional, das Diretrizes Curriculares e da Lei que regulamenta a profissão, como denotado abaixo:

A primeira aproximação que a gente tem com relação ao Projeto Ético-Político na graduação através das aulas e das leituras que a gente é convidada a fazer, eu acho que é o Código de Ética, e se expressa bastante, como que ele se materializa, como ele se projeta, é isso. Eu acho que quando a gente olha “pro” (*sic*) outro enquanto sujeito ativo de um processo, enquanto sujeito pensante, não busca manipular o outro, já é uma forma da gente tentar trazer “pra” (*sic*)

nossa prática o Projeto Ético-Político. Olhar “pro” (*sic*) outro enquanto ser capaz de interpretar a sua história, de modificá-la, a gente sabe o quanto é difícil, mas poderíamos fazer diferente também. A gente está em um espaço privilegiado em relação ao usuário, então a gente tanto pode trabalhar na perspectiva do Projeto Ético-Político, quanto a gente pode trabalhar contra ele, porque o **próprio ambiente do trabalho, ele é organizado de forma que se o profissional não tiver clareza, ele trabalha no desfavor do projeto**. (Assistente social 9, grifo nosso).

Destaca-se, no relato anterior, a menção sobre a organização do serviço que pode, a critério da postura assumida pela assistente social, ser desfavorável a efetivação do PEPP. Acerca disso, deve-se ponderar que a instituição é um espaço público, provedor de serviços de saúde, que vem sofrendo modificações aprofundadas com a contrarreforma do Estado, cuja proposta de modelo de gestão restringe a responsabilidade desse ente sobre o direito à saúde e os investimentos na área, tornando seu acesso mais difícil, seletivo e burocratizado.

Além disso, pode-se dizer que há uma relação entre a organização desse ambiente de trabalho com as características culturais historicamente arraigadas à sociedade brasileira, em que a presença da ideologia do mando e do favor, traz características como a subordinação, o arbítrio, o “jeitinho”, a cumplicidade, que contraria a autonomia dos trabalhadores (IAMAMOTO, 2007) e a perspectiva da saúde como direito equânime e universal.

Por conseguinte, intensifica-se uma cultura organizacional na instituição hospitalar centralizada e verticalizada, pois é em torno da cultura que se negociam e se designam as formas de organização dos serviços e papéis, considerando as perspectivas e os valores dos trabalhadores e a realidade da instituição, estabelecida pela lógica de mercado, o que conjumina em rebatimentos para a organização dos processos de trabalho do Serviço Social (MIRANDA, 2016).

Ainda a respeito das formas como o PEPP se expressa, 04 (quatro) assistentes sociais – 40% da amostra – informaram características ou princípios que foram mencionados numa tácita referência ao Código de Ética, às Diretrizes Curriculares ou à Lei que Regulamenta a profissão, conforme se vê no exemplo:

Na medida em que eu prezo pelo **sigilo**, na medida em que eu não deixo as pessoas fazerem um **pré-julgamento**, na medida em que eu me posiciono **sem fazer juízo de valor** da história de vida daquela pessoa, eu já estou me posicionando, e outras questões também. Questões políticas, que a gente tem que esclarecer ao

usuário, não de forma político-partidária, “né” (*sic*)?! Mas, assim, no entendimento da realidade, que ele tem que se **manifestar, que ele tem direitos**. (Assistentes social 8, grifo nosso).

O sigilo profissional, o repúdio às formas de discriminação e preconceito, a defesa da autonomia dos usuários e dos seus direitos são princípios claros do atual Código de Ética Profissional.

Apenas uma assistente social – 10% – não explanou como o PEPP se expressa, por entender que as dificuldades vivenciadas dificultam sua concretização:

Ele se expressa muito bem, porque a gente sabe que no papel é tudo muito bem, tudo muito bonito, tudo muito arrumadinho, só que na prática, “pra” (*sic*) gente ter aquela prática de acordo com ele, tem momentos que “é” (*sic*) difícil diante da realidade que a gente vive, e que estamos em um momento aqui no HU, não estamos no melhor momento. (Assistente social 6).

Pensando na relação teoria/prática, **as assistentes sociais foram indagadas se percebiam a influência do PEPP sobre as suas intervenções profissionais e de que forma isso aconteceria.**

Todos os relatos sistematizados demonstraram que a forma como o PEPP influencia a prática concatena-se com a busca, a orientação e a tentativa de viabilização de direitos dos usuários, mas, apesar de serem cientes de que os direitos sociais são garantias legais, conjuminados às propostas do Projeto Profissional, elas **não têm o poder de garanti-los e**, neste sentido, defenderam **a luta, o enfrentamento, a autonomia do usuário para que os serviços com qualidade sejam reconhecidos pela instituição como direito**, não como favor.

Eu consigo perceber, **no momento que você está buscando, eu não digo nem garantindo, porque a gente não tem tanta autonomia “pra” (*sic*) garantir esses direitos**, mas tentar buscar a garantia de direitos, você “tá” (*sic*) buscando liberdade, você “tá” (*sic*) buscando a universalização de direitos, enfim, ela se rebate nesses aspectos. A liberdade, a vida, a garantia de direitos, direitos básicos e fundamentais “pro” (*sic*) ser humano. (Assistente social 4, grifo nosso).

Se eu me manifesto, se eu sei da importância dos direitos dos usuários, **se eu faço com que ele se empodere com relação a isso, ou pelo menos compreenda, porque se empoderar é um processo mais complexo**, mas que compreenda que ele tem esses direitos e que ele precisa lutar, e que não pode ficar calado [...], então, na medida em que eu deixo “ele” (*sic*) ciente de tudo e até de coisas básicas que ele tem direito, então eu já estou agindo de forma, envolvendo isso. (Assistente social 8, grifo nosso).

Diante das falas, pode-se inferir que as profissionais tinham criticidade sob a realidade social e institucional e não recaíram numa perspectiva fatalista – posto que se posicionaram em favor do enfrentamento das expressões da “questão social” em prol dos usuários –, bem como tinham consciência de que não são responsáveis pela garantia dos direitos, reconhecendo a responsabilidade do Estado, evitando também incorrer em posturas messiânicas.

Considerando que a efetivação de direitos, na nossa sociedade, dependerá da correlação de forças e não da intencionalidade do assistente social, aqui repõe-se o messianismo, como uma velha característica vinculada à imagem profissional do assistente social. (GUERRA, 2002, p. 6).

Logo, se a imagem social encontrada entre a equipe multiprofissional do HULW apontou para uma compreensão da assistente social como profissional que irá solucionar os problemas de cunho social, sem que, contudo, tivessem sido feitas ressalvas contundentes aos processos sócio-históricos e à realidade vivenciada, a autoimagem mostrou-se mais coerente com a realidade, reconhecendo a totalidade social na qual o profissional está inserido e seus limites enquanto trabalhador assalariado que vivencia as contradições inerentes ao sistema capitalista.

4.3.5 Importância e limites do seu exercício profissional inferidos pelas assistentes sociais

Pela premissa da integralidade defendida pelo SUS, as assistentes sociais têm o desafio cotidiano de atuar junto aos usuários, compreendendo os determinantes sociais de saúde que influenciam o processo de adoecimento da população usuária dos serviços do HULW, envolvendo a equipe multiprofissional no cuidado.

Nesse sentido, **todas as assistentes sociais – 100% – defenderam a relevância do seu trabalho na equipe multiprofissional de saúde** e o fator mais mencionado para ratificá-la foi a “visão ampliada”, uma espécie de “olhar diferenciado” que permitiria a “articulação” com outros serviços e a “compreensão integral” do usuário, por parte das condições sociais, buscando compreender como

inflexionam a saúde das pessoas e como isto pode facilitar ou dificultar o tratamento hospitalar.

Eu acho importante. **A gente tem um olhar específico, diferenciado em relação à questão saúde-doença, a gente não olha para a doença, a gente olha para vários determinantes que se correlacionam.** Então eu acho que a gente tem muito a contribuir e despertar o outro “pra” (*sic*) determinados aspectos da dimensão da vida. Acho que a gente soma quando a gente tem clareza do nosso papel e do que a gente “tá” (*sic*) fazendo ali, quais são as nossas possibilidades que se abrem e que, muitas vezes, a gente é que tem que ir lá abrir. (Assistente social 9, grifo nosso).

Conforme os próprios “Parâmetros para Atuação do(a) Assistente Social na Saúde”, o profissional dispõe de uma visão exclusiva para decifrar as condições de saúde do usuário e possui competência privativa para proceder com seus encaminhamentos, diferenciando-o dos demais trabalhadores da equipe multiprofissional de saúde (CFESS, 2010).

Ao discutir sobre a importância das assistentes sociais na equipe de saúde, foram expostas novamente as dificuldades de atuação multiprofissional devido à incompreensão das competências do Serviço Social.

[...] Se não se tem compreensão do que é função, do que é competência de cada profissional, esse trabalho multi não funciona, e não reconheço o outro. Eu já disse que por parte de muitos profissionais, claro que não é de todos, têm uma visão errônea do que é competência do Serviço Social. Mas a gente vai paulatinamente, a gente vai educando no sentido de mostrar qual é o nosso papel dentro Sistema Único de Saúde, dentro do trabalho em saúde. (Assistente social 2).

Esta convivência conflituosa entre a imagem socialmente construída e a autoimagem renovada da profissão reside, entre outros fatores, no fato de que naquela foram desconsideradas as condições objetivas nas quais as assistentes sociais se inserem, como reforça Costa (2007, p. 305-306):

Subjacente à idealização da ação do Serviço Social, parece haver uma desconsideração das condições objetivas sob as quais se desenvolve a prática profissional, no contexto de produção dos serviços públicos de saúde. Nesse caso, as condições objetivas dizem respeito ao caráter subsidiário da prática em relação às atividades-fins das organizações de saúde e às relações de subordinação inerentes à condição de trabalhadores assalariados.

Sendo assim, na perspectiva da **imagem social**, a importância é reconhecida no momento em que a assistente social é considerada resolutive para a equipe multiprofissional, em alusão à demanda colocada, desconsiderando a intencionalidade profissional, suas condições de trabalho e as dificuldades de acesso da própria política de saúde. Portanto, **embora todos tenham apontado a importância do Serviço Social**, e, por conseguinte, a relevância do seu trabalho, **não compreenderam a totalidade que envolve seu exercício profissional**.

O último elemento abordado na entrevista **versou acerca das maiores dificuldades vivenciadas pelo Serviço Social no HULW**, apresentando-se primeiramente a “incompreensão” ou “não entendimento” das atribuições e competências das assistentes sociais por parte da equipe multiprofissional, tanto que **em 05 (cinco) – 50% – das respostas constatou-se a tentativa de atribuir competências que não são de responsabilidade das assistentes sociais**.

Além disso, também **foram citadas por 03 (três) entrevistadas – 30% – dificuldades relativas à infraestrutura e à perda de espaço físico**, como se pode observar:

A questão do **espaço físico** tem sido um problema. Estávamos comentando que a gente comemora até por uma sala que se consegue. Então, eu acho que está ficando difícil segurar o espaço já conquistado. O **entendimento mesmo do que seja o Serviço Social e quais são as suas atribuições**, isso também é um problema, porque se não fosse isso, a gente não se angustiaria tanto no cotidiano. A **falta de comunicação** também, a comunicação não flui, não segue o fluxo e isso não é muito interessante. E o fato dessa comunicação ser fragilizada institucionalmente, em última instância ela rebate no usuário. (Assistente social 9, grifo nosso).

Em 03 (três) – **30% – das respostas, também foi citada a dificuldade de visibilidade do Serviço Social com relação à gestão hospitalar**, muitas vezes também associada à falta de comunicação interna e à verticalização da organização institucional:

[...] a dificuldade que a gente tem tido “pra” (*sic*) ser chamado para espaços de discussão ou de deliberação, de decisões na instituição, o Serviço Social não tem sido chamado. As comunicações são feitas, mas o Serviço Social, muitas vezes, é o último a saber [...]. (Assistente social 10).

Ademais, foram salientadas a dificuldade em manter os espaços físicos já conquistados para atendimento dos usuários, o pouco diálogo e a impressão da falta de reconhecimento da importância do Serviço Social por parte da gestão hospitalar.

No início deste capítulo discorreu-se sobre a hierarquia institucional da EBSEH, presumindo-se que é um espaço onde predominam relações de poder que também interferem na imagem socialmente construída do Serviço Social e que desafiam a capacidade de mobilização coletiva da categoria profissional como resposta de uma autoimagem renovada, proativa e que defende os interesses dos usuários do SUS.

Nesse campo de relações de poder entre as Gerências que compõem a administração do HULW com os interesses do Serviço Social, cabe destacar a importância da dimensão ético-política dessa profissão, ainda que não se ignore que o conservadorismo e o neoliberalismo norteiam a execução das políticas públicas com impacto na “desuniversalização” dos direitos sociais, dentre eles a saúde, e na responsabilização dos indivíduos pela sua condição de bem-estar.

Esses fatores alcançam a realidade hospitalar e seu tipo de administração, ou seja, a realidade e as requisições institucionais se confrontam com o acesso universal e equânime dos direitos defendidos pelas assistentes sociais, o que dificulta a autonomia profissional. É necessário ter a compreensão de que:

[...] a prática profissional do Serviço Social é necessariamente polarizada pelos interesses das classes sociais em relação, não podendo ser pensada fora dessa trama. Relação que, como já afirmamos, é essencialmente contraditória e na qual o mesmo movimento que permite a reprodução e a continuidade da sociedade de classes cria as possibilidades de sua transformação. (YASBEK, 2014. p. 681).

Tratam-se de “[...] disputas políticas no espaço das políticas sociais” (YASBEK, 2014. p. 681) que acontecem no cotidiano das assistentes sociais e implicam no desafio diário do debate ampliado, do exercício da cidadania e da democracia. Em relação ao exposto, o fragmento de fala corrobora com as afirmações:

[...] Isso tem desmotivado muito a categoria. E por outro lado, arrefecido nossa luta, e isso me preocupa muito, porque se o Serviço Social não consegue se impor, enquanto profissão que compõe a equipe de saúde com o fim de prestar um serviço adequado aos usuários que nos empregam e são a razão maior de estarmos aqui,

fica complicado. Se você não consegue se empoderar, enquanto categoria, como você vai empoderar o usuário?! (Assistente social 10).

Por fim, **para 03 (três) – 30%** – assistentes sociais, também foram **elencados os problemas de acesso dos usuários aos serviços devido às dificuldades conjunturais de efetivação da política de saúde e 01 (uma) – 10%** – assistente social citou como **maior dificuldade o planejamento de ações da construção de protocolos e fluxos institucionais para viabilização do acesso aos serviços prestados**, tendo em vista que, mormente, os fluxos são organizados para manterem o bom andamento da rotina institucional e não para favorecerem o usuário e seus familiares.

Diante dos dados levantados e das considerações inferidas, em relação à imagem (endógena e exógena) do Serviço Social no HULW, percebe-se que a autoimagem encontra-se em consonância com os princípios e diretrizes do atual Projeto Profissional, mas não estão descoladas da realidade e das suas limitações. Nessa perspectiva, as assistentes sociais reconheceram influências das diretrizes do PEPP nas suas intervenções, ressaltando que, embora ele não seja inteiramente efetivado diante das dificuldades citadas, a resistência e o enfrentamento são posicionamentos característicos no conjunto dessa categoria profissional, aludidos em favor dos usuários, da qualidade dos serviços e do compromisso assumido formalmente com a classe trabalhadora e, à medida que a autoimagem se consolida nesse horizonte, a imagem social tradicionalmente vinculada à profissão se desconstrói, ainda que em “passos lentos”.

A morosidade para essa desconstrução decorre, exatamente, das dificuldades cotidianas elencadas nos relatos das assistentes sociais nessa pesquisa, resultantes da utilização dos serviços de saúde como produto rentável aos interesses capitalistas, conservando a acumulação de capital, a ordem e a supremacia burguesa. Destarte, ao atribuir competências conservadoras ao Serviço Social que exijam condutas eminentemente sincréticas, ao restringir os espaços de deliberação na instituição e desconsiderar a prioridade da saúde como direito universal, fragiliza-se a categoria de assistentes sociais, mantém-se a fragmentação das demandas sociais e distancia-se da leitura crítica da realidade em sua totalidade.

Assim, permanecem e reconfiguram-se os desafios profissionais na atualidade que requerem o fortalecimento do Serviço Social com apoio das entidades de classe, do conjunto CFESS/CRESS, na busca de estratégias para fortalecer, não apenas o Serviço Social, mas o conjunto de trabalhadores que oferecem os serviços públicos, com reconhecimento da responsabilidade do Estado sobre eles. A busca da melhoria dos canais de comunicação da rede de serviços, da participação e do controle social; de uma organização horizontal, intersetorial, articulada aos direitos sociais; a descentralização dos processos decisórios no âmbito hospitalar, em meio a outros fatores, correspondem atualmente a desafios complexos para o Serviço Social, e seus óbices podem reduzir sua atuação às expectativas sociais que lhes foram tradicionalmente requeridas.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Discorrer a respeito da imagem social e da autoimagem do Serviço Social em um hospital-universitário, suscitou neste trabalho o desafio do olhar crítico permanente sobre a profissão para compreensão da totalidade que a envolve, considerando a influência sofrida de perspectivas ecléticas e conservadoras na sua formação durante décadas. Essas perspectivas resultaram às assistentes sociais aquisições e práticas sincréticas, perdurando até os dias atuais, embora se tenham passado quase 40 (quarenta) anos da “intenção de ruptura” com essas influências a partir das discussões para construção do Projeto Profissional plural e crítico, norteador do exercício profissional na atualidade.

Nesse sentido, a análise da imagem social da profissão no campo da saúde – entendendo que ela é dinâmica e se constrói pelas formas que o modo de ser e de aparecer da profissão são projetados na consciência dos sujeitos (profissionais de saúde) – permitiu compreender que sua relação dialética com a autoimagem do Serviço Social (das assistentes sociais) é necessária para construir os valores e significados da profissão e desconstruir aspectos do exercício profissional na saúde que não atendam os princípios do PEPP.

A sintonia entre o Projeto Profissional e os avanços propostos pela Reforma Sanitária e consolidados no SUS, e, em contrapartida, a existência de um Projeto Privatista de saúde com direção oposta àquela, faz emergir inúmeros desafios e contradições para atuação das assistentes sociais, que entram essa desconstrução dos aspectos tradicionais no exercício da profissão.

Neste sentido, para fundamentar este estudo, partiu-se da compreensão de que, numa sociedade capitalista, a imagem social é atravessada por uma concepção utilitária, a partir das formas fenomênicas das coisas, sendo construída na sua imediatividade, a qual atravessa o senso comum (KOSIK, 2010) e, portanto, fez-se necessário entender que a imagem da profissão é um dos seus níveis, mas ela e a realidade não são, necessariamente, a mesma coisa (ORTIZ, 2010), sendo indispensável entender que o significado social e a funcionalidade do Serviço Social

estão atrelados ao seu processo de institucionalização, profissionalização e legitimação.

Portanto, no que tange à imagem social do Serviço Social no HULW, apresentada nos resultados da pesquisa, concluiu-se que se sobressaíram (60%) os elementos que caracterizaram a profissão ainda vinculada à perspectiva de “ajuda”, “apoio” ou “auxílio” aos usuários e à equipe de saúde, como profissão subsidiária a quaisquer necessidades que se apresentarem no cotidiano, mas sem a compreensão exógena das dimensões e intencionalidades necessárias à intervenção.

Já em relação à autoimagem, opondo-se ao perfil supracitado (dos 60% da equipe multiprofissional), 50% das assistentes sociais definiram a categoria no HULW como um Serviço Social que “está à frente”, como uma “categoria coesa” (40%), com “postura ética” (40%) e “atrelada à perspectiva de garantia dos direitos sociais” (20%), de modo a tentar suplantar as visões tradicionais que atravessam sua autoimagem.

Apesar de não terem conseguido associar a análise da profissão à totalidade que envolve o exercício profissional das assistentes sociais, todos(as) da equipe multiprofissional afirmaram que consideram o Serviço Social relevante no trabalho em equipe multiprofissional, associando-o ao “suporte” e ao “apoio” social e das equipes.

A mesma relevância foi identificada entre as assistentes sociais, entretanto relacionada à efetivação da integralidade nas ações das equipes, devido ao entendimento do conceito ampliado de saúde, ou seja, se deu a partir de uma visão mais ampla, que não ignorou as limitações e implicações a organização institucional e da política de saúde.

Na percepção da equipe multiprofissional, em 40% das respostas predominou as atribuições de atividades que atendessem as demandas imediatas e genéricas e o apoio para necessidades pontuais e da rotina institucional, somando-se a 30% de atividades citadas estritamente burocráticas e assistencialistas, embora houvesse a percepção por 65% da equipe, das atividades realizadas mais visualizadas no cotidiano, que ocorreriam por meio de ações que promoveriam acesso à informação e orientação – inclusive para a garantia de direitos, citada por 30% dos(as) entrevistados(as) –, utilizando do diálogo para acolhimento e esclarecimento do que seria necessário aos usuários e seus familiares.

Mesmo que em grupo minoritário, o reconhecimento da ligação da profissão à perspectiva da viabilização de direitos, demonstrou que as demandas aparentes predominantes compõem uma totalidade social e interferem no acesso e retorno aos serviços de saúde com qualidade, em sua integralidade. Foram significativas as alusões feitas pela equipe multiprofissional sobre demandas que apresentaram contextos de exclusão social e vulnerabilidade, que se configuram em expressões da “questão social”.

Em contrapartida, todas as assistentes sociais inferiram que suas atribuições estão relacionadas com a garantia de direitos e o acesso aos serviços e à rede de atenção à saúde.

No campo exógeno, prevaleceram-se considerações positivas (55%) sobre as características do perfil das assistentes sociais, 70% dos profissionais declararam que a intervenção das mesmas na sua rotina de trabalho é positiva e 70% avaliaram positivamente as ações desenvolvidas pelas assistentes sociais no HULW, apesar de uma minoria (15%), de ponderações que avaliaram negativamente a profissão, por expectativas da execução de atividades burocráticas não convergentes às atribuições das assistentes sociais.

Tal incompreensão foi ratificada ao tentar-se identificar as demandas que a equipe acreditava necessitar da intervenção do Serviço Social, em que 45% dos (as) entrevistados(as) apontaram demandas que reforçariam práticas eminentemente conservadoras e burocratizadas, 60% mencionaram demandas não privativas às assistentes sociais e 25% citaram demandas para o Serviço Social corrigir falhas administrativas da instituição, excedendo o percentual de 100% devido a intercessão de alguns desses elementos nas mesmas respostas.

Desse modo, em referência ao questionamento relativo à **compatibilidade entre a imagem social do Serviço Social no HULW e as diretrizes do Projeto Ético-Político Profissional**, conclui-se que **não foi percebida compatibilidade entre ambos**, pois em sua maioria, conforme percentual supramencionado, observou-se uma expectativa mecanicista e pontual do exercício profissional no atendimento de demandas imediatas. A imagem social demonstrada não compreendeu a totalidade, a criticidade necessária à intervenção perante as contradições intrínsecas às demandas sociais resultantes do próprio modelo da política de saúde que vem sendo implementado.

Poucos aspectos foram apresentados pela equipe multiprofissional, que mostrassem o entendimento da intervenção das assistentes sociais, voltados para o acesso democrático dos direitos sociais e humanos; para a autonomia dos usuários; a necessidade de contextualização dos fenômenos apresentados no cotidiano institucional; a compreensão do movimento histórico da realidade que modifica as demandas da área da saúde, de acordo com os interesses da classe dominante, os quais são componentes do Projeto Profissional e devem estar inerentes à atuação, logo, não se mostraram compreendidos no âmbito da imagem social.

Por sua vez, **a autoimagem profissional no HULW vem se construindo mais compatível ao Projeto atual da profissão**, ao passo que se expressa, por toda amostra de assistentes sociais, o discurso das atribuições voltadas para a garantia de direitos, a busca constante pela ruptura de práticas conservadoras e a leitura crítica diante de algumas exigências institucionais eticamente contrárias ao que o PEPP defende.

De maneira geral, nota-se que essas características sintonizadas ao Projeto Profissional não se limitaram apenas no nível do discurso, mas se espalharam na intervenção das assistentes sociais. Essa afirmativa se fundamenta pela postura descrita, por todas as entrevistadas, de negação do exercício de atividades que reiterem o conservadorismo e a burocratização na profissão; recusa que foi perceptível também no âmbito da imagem social, causando certa incompreensão sobre a atuação das assistentes sociais no HULW – a exemplo do que mencionou a Profissional 9: “[...] eu não entendo bem esse Serviço Social daqui.”

Houve primazia nas afirmações, no âmbito da autoimagem, de que o Serviço Social do hospital supramencionado tem uma atuação diferenciada em relação ao Serviço Social que compõe algumas outras instituições de saúde, tanto pela precarização do vínculo de trabalho mais fragilizado das últimas, que subordina ainda mais a profissão aos interesses da instituição empregadora e infere na sua autonomia, quanto pela maior aproximação do HULW com os debates atuais no campo da Universidade, decorrente da relação entre assistência-ensino-pesquisa-extensão.

Ainda em relação à autoimagem, a maioria (90%) atribuiu como dificuldades de efetivação dos princípios e diretrizes do Projeto Profissional, as demandas requisitadas que não condizem com as atribuições profissionais, pois acredita que

há uma incompreensão do que faz o Serviço Social por parte da equipe e gestão hospitalar.

No mesmo sentido, em relação às maiores dificuldades vivenciadas de forma geral, na Instituição, 50% reafirmaram a tentativa de atribuir competências que não são de sua responsabilidade, posto restringirem-se a atividades burocrático-administrativas, mas também, expressaram-se as dificuldades de visibilidade da profissão e de comunicação (30%) e a perda de espaço físico (30%), o que inibiria a participação nas deliberações em prol dos usuários. Disto resulta o fato de que 80% das assistentes sociais asseveraram que os direitos dos usuários são cotidianamente informados, mas que sua efetivação ocorre parcialmente.

Portanto, é mister considerar que, se a imagem social é um reflexo da realidade, mesmo não apresentando sua essência, faz parte de sua constituição; logo, embora tenham apresentado discursos contrários ao conservadorismo, todas as assistentes sociais afirmaram que ele rebate na intervenção profissional, principalmente pelas condutas e demandas conservadoras requisitadas pelos demais profissionais da equipe, sendo característica inerente à realidade da sociedade capitalista.

Desse modo, o exercício profissional das assistentes sociais mantém-se tensionado pela relação dialética entre a imagem social, marcada pelo ecletismo e sincretismo que reiteram a ordem capitalista, e a autoimagem profissional, que se vincula à perspectiva democrática de ampliação dos direitos, conforme defende o PEPP, o que **confirma parcialmente a hipótese de que há incongruências entre a imagem endógena e exógena das assistentes sociais**, uma vez que também foram observadas determinadas congruências entre ambas, a partir da menção a questões como: a perspectiva de trabalho no âmbito social, do direito, a proatividade, a humanização, a orientação, o acolhimento.

Contudo, a autoimagem que vem se solidificando com a defesa do Projeto hegemônico da profissão se depara com as contradições próprias da dinâmica do capital. No âmbito do HULW, destacam-se elementos que precisam ser elucidados no intuito de repensar estratégias para fortalecer a autoimagem profissional, e, conseqüentemente, a autonomia, a participação e a democratização dos direitos dos usuários.

Um dos elementos abordados por Miranda (2011), é a questão da centralização do poder do médico, tanto como norteador da equipe em relação à

assistência prestada ao usuário, como na ocupação de cargos de chefia/direção das Gerências do hospital, o que decorre da forma como o HULW foi pensado e estruturado para formação de profissionais médicos na Universidade, do reconhecimento do domínio do saber médico e do corporativismo ainda presente nessa profissão.

Esse fato inflexiona a subordinação do exercício profissional das assistentes sociais à organização do trabalho ditada pelo saber médico, e por outro lado, provoca-as a lutar por uma atuação do Serviço Social que rompa com o modelo de saúde centrado no médico e motive a efetivação da assistência multiprofissional, a partir do entendimento do conceito ampliado de saúde e da integralidade na assistência derivados da Reforma Sanitária. Costa (2007) considera que a superação dessa centralidade médica é essencial para reconstrução dos processos de trabalho dos quais as assistentes sociais são partícipes na saúde, dirimindo as imprecisões e desqualificações técnicas.

Outro elemento, cuja discussão se faz necessária, refere-se ao modelo atual de gestão dos HU's. Alguns discursos apresentados reiteraram as dificuldades vivenciadas ou ampliadas atualmente, no HULW, de manter espaços conquistados pelo Serviço Social, de comunicação e participação nas deliberações; dificuldades pelos "entraves institucionais", referentes à falta de materiais, cancelamento de cirurgias, falta de leitos para atender a demanda reprimida. Tais óbices, dentre outros, sugeriram a reflexão crítica à gestão dos serviços públicos executados por uma empresa de direito privado, como a EBSERH, que foi criada e aderida com uma proposta de prestar serviços exclusivos do SUS, seguindo as orientações da Política Nacional de Saúde, contraditoriamente, todavia, à realidade destacada na pesquisa de restrição de acesso ao direito à saúde.

Importante frisar que o discurso governamental na atual conjuntura política e econômica brasileira, de defesa de um Estado mínimo e sua desregulamentação em torno das políticas sociais, oferece bases para o modelo de gestão supramencionado, favorece o mercado e o acúmulo de capital de grandes empresas e ataca a garantia dos direitos humanos e sociais da classe trabalhadora. O atual governo – do Presidente Jair Bolsonaro – marcado pelo ultraconservadorismo, ignora a importância da equidade no atendimento às necessidades sociais das minorias – negros, indígenas, LGBT's e outros grupos socialmente excluídos – e os culpabiliza pela sua condição social, dificultando o exercício profissional do Serviço

Social baseado no Projeto Ético-Político, o qual somente consegue ser efetivado em um Estado democrático de direito. Por conseguinte, constitui-se em um governo de conservação da ordem e dos interesses da elite brasileira que agudiza os desafios dessa profissão.

Enquanto assistentes sociais críticas, deve-se manter atenção sobre o exercício profissional, buscando constante aperfeiçoamento e a correlação da teoria social crítica com a prática, posto que, na atualidade, a perspectiva conservadora e pós-moderna que se insere na Academia e no cotidiano profissional se contrapõe aos avanços do Projeto Profissional, constituindo-se em ameaça para o direcionamento que a autoimagem vem consolidando.

A divulgação das atribuições do que fazem as assistentes sociais é necessária e foi enfaticamente sugerida pelos profissionais da equipe multiprofissional, mas pouco ocorre na rotina do HULW. A desmistificação do Serviço Social como profissão da ajuda, que auxilia na resolução de quaisquer demandas, deve ser permanentemente realizada para o rompimento das demandas e condutas conservadoras, por meio da promoção do debate plural com os profissionais da equipe de saúde e entre a própria categoria de assistentes sociais, com vistas ao seu fortalecimento ético-político.

É preciso ampliar a reflexão crítica de que as expressões da “questão social” na saúde decorrem da estrutura do sistema capitalista, que sobrevive com respaldo do Estado por meio da exploração de classe e, necessariamente, exclui parte dos trabalhadores do acesso ao emprego, à autonomia, às condições dignas de sobrevivência, dentre outras necessidades que não são prioridades da intervenção estatal.

É necessário, inclusive, expandir os espaços de debate na esfera da gestão hospitalar e promover ações que deem visibilidade e alcance da relevância profissional, evidenciando sua postura de defesa aos usuários que sofrem as consequências da exclusão de direitos, próprias do sistema supramencionado.

6. REFERÊNCIAS

ABRAMIDES, M. B. C. **O Projeto Ético-Político Profissional do Serviço Social brasileiro**. 2006. 425f. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2006. Disponível em: <<http://www.ssrede.pro.br/wp-content/uploads/2017/06/t5.pdf>>. Acesso em: 04 jun. 2019.

ANTUNES, R. **Adeus ao trabalho? Ensaios sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho**. São Paulo: Cortez; Campinas: Ed. Unicamp. 1999.

ARAÚJO, I. M. M. Direito à saúde: aspectos do modelo neodesenvolvimentista brasileiro e da privatização da saúde. **R. Dir. Sanit.**, São Paulo, v. 16 n. 1, p. 128-145, mar./jun. 2015.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENSINO E PESQUISA EM SERVIÇO SOCIAL. **Diretrizes Gerais para o Curso de Serviço Social** (Com base no Currículo Mínimo aprovado em Assembleia Geral Extraordinária de 8 de novembro de 1996). Rio de Janeiro, 1996. Disponível em: <http://www.abepss.org.br/arquivos/textos/documento_201603311138166377210.pdf>. Acesso em: 04 jun. 2019.

ASSUMPÇÃO, R. P. S.; CARRAPEIRO, J. M. Ditadura e serviço social no Brasil: contribuições para prosseguir rompendo com o conservadorismo na profissão. **Lutas Sociais**, São Paulo, v.18, n. 32, p.105-118, jan./jun. 2014.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 4. ed. Lisboa: Edições 70, 2006.

BEHRING, E. R.; BOSCHETTI, I. **Política Social: fundamentos e história**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

BOSCHETTI, I. Expressões do conservadorismo na formação profissional. **Rev. Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 124, p. 637-651, out./dez. 2015.

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

_____. **Decreto nº 7.082, de 27 de janeiro de 2010**. Casa Civil. Brasília, 2010.

_____. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Lei Orgânica da Saúde**. Brasília, 1990.

_____. **Lei nº 12.550, de 15 de dezembro de 2011**. Casa Civil. Brasília, 2011.

_____. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. **Ministério Da Saúde**. 2012. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html>. Acesso em: 04 jun. 2019.

_____. Resolução Nº 510/2016, de 07 de abril de 2016. **Ministério da Saúde**. 2016. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>>. Acesso em: 04 jun. 2019.

BRAVO, M. I. S. Política de Saúde no Brasil. In: MOTA, A. E. et al. (Orgs.). **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**. 2. ed., São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2007. p. 88-110.

BRAVO, M. I. S.; MATOS, M. C. Projeto Ético-Político do Serviço Social e sua Relação com a Reforma Sanitária: elementos para o debate. In: MOTA, A. E. et al. (Orgs.). **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**. 2. ed., São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2007. p. 197-217.

CARDOSO, P. F. G. 80 anos de formação em Serviço Social: uma trajetória de ruptura com o conservadorismo. **Rev. Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 127, p. 430-455, set./dez. 2016.

CONSELHO FEDERAL DE ASSISTENTES SOCIAIS. **Código de Ética Profissional do Assistente Social, de 9 de maio de 1986**. Rio de Janeiro, 1986. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/CEP_1986.pdf>. Acesso em: 04 jun. 2019.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. Resolução Nº 273, de 13 de março de 1993. **Código de Ética Profissional do Assistente Social**. Brasília, 1993.

_____. Lei Nº 8.662/1993. **Regulamentação da Profissão de Assistente Social**. Brasília, 1993.

_____. Resolução Nº 533, de 29 de setembro de 2018. **Regulamentação da supervisão direta de estágio no Serviço Social**. 2018. Disponível em: <<http://www.cfess.org.br/arquivos/Resolucao533.pdf>> Acesso em: 04 jun. 2019.

_____. Reflexões sobre atribuições privativas do(a) assistente social. In: **Em Questão: Atribuições Privativas do(a) Assistente Social**. Brasília, 2012.

CONSELHO SUPERIOR DE ENSINO, PESQUISA E EXTENSÃO. Resolução nº 10/2017. **Projeto Pedagógico do Curso de Graduação em Serviço Social (Bacharelado)** – Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes, Universidade Federal da Paraíba, 2017.

COSTA, M. D. H. O Trabalho nos Serviços de Saúde e a Inserção dos(as) Assistentes Sociais. In: MOTA, A. E. et al. (Orgs.). **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**. 2. ed. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2007. p. 304-351.

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES. **Plano de Cargos, Carreiras e Salários**. Divisão de Gestão de Pessoas. Brasília, jun. 2018.

FORTI, V. L. R. Pluralismo, Serviço Social e projeto ético-político: um tema, muitos desafios. **Katálysis**, Florianópolis, v. 20, n. 3, p. 373-381, set./dez. 2017.

GUERRA, Yolanda. **A Instrumentalidade do Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 1995.

GUERRA, Y. et al. **Imagem do Serviço Social**: essência e aparência de uma categoria profissional. Projeto do Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre os Fundamentos do Serviço Social na Contemporaneidade – NEFSSC. Escola de Serviço Social, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2002.

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO LAURO WANDERLEY. Manual Operacional do Serviço Social. **Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares**. Universidade Federal da Paraíba, 2015.

_____. Plano Diretor Estratégico – PDE. **Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares**. Universidade Federal da Paraíba, 2017.

IAMAMOTO, M.; CARVALHO, R. **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil** – esboço de uma interpretação histórico-metodológica. São Paulo: Cortez/Celats, 1982.

IAMAMOTO, M. V. **O Serviço Social na Contemporaneidade**: trabalho e formação profissional. São Paulo: Cortez, 1998.

_____. Projeto profissional, espaços ocupacionais e trabalho do (a) assistente social na atualidade. In: CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL - CFESS. **Atribuições privativas do/a assistente social em questão**. Brasília: CFESS, 2012. Disponível em: <<http://cfess.org.br/arquivos/atribuicoes2012-completo.pdf>>. Acesso em: 25 mar. 2019.

_____. Capital fetiche, questão social e Serviço Social. In: _____. **Serviço Social em tempo de capital fetiche**: capital financeiro, trabalho e questão social. São Paulo: Cortez, 2007, p. 105-208.

_____. **Renovação e Conservadorismo no Serviço Social**: Ensaios críticos. 12 ed. São Paulo: Cortez, 2013.

_____. A formação acadêmico-profissional no Serviço Social brasileiro. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 120, p. 609-639, out./dez. 2014.

KOSIK, K. **Dialética do concreto**. Trad. Célia Neves e Alderico Toríbio. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2010.

LIMA, C. R. N. A. Gênero, trabalho e cidadania: função igual, tratamento salarial desigual. **Estudos Feministas**, v. 26, n. 3, Florianópolis, 2018. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1806-9584-2018v26n347164>>. Acesso em: 04 jun. 2019.

MACHADO, M. H. A participação da mulher no setor saúde no Brasil-1970/80. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 2, n. 4, p. 449-460, 1986.

MANDEL, E. **O Capitalismo tardio**. São Paulo: Nova Cultural, 1985.

MARTINELLI, M. L. A pergunta pela identidade profissional do Serviço Social: uma matriz de análise. In: **Revista Serviço Social e Saúde**, Campinas, v. 12, n. 2, jul/dez 2013. Disponível em: <<http://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/sss/article/view/8639491>>. Acesso em: 15 out. 2016.

MARX, K.; ENGELS, F. **A Ideologia Alemã**. Trad. José C. Bruni e Marcos A. Nogueira. São Paulo: Editorial Grijalbo LTDA, 1977.

MATOS, M. C. Considerações sobre atribuições e competências profissionais de assistentes sociais na atualidade. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 124, p. 678-698, 2015.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. **Organograma da EBSEH - Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares**. 2014. Disponível em: <<http://www2.ebserh.gov.br/web/hulw-ufpb/organograma>>. Acesso em: 08 jun. 2019.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

MONTAÑO, C. **A Natureza do Serviço Social: Um ensaio sobre sua gênese, a “especificidade” e sua reprodução**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2009.

NETTO, J. P. **Ditadura e Serviço Social – uma análise do serviço social no Brasil pós-64**. 4 ed. São Paulo: Cortez, 1998.

_____. A construção do Projeto Ético-político contemporâneo. In: MOTA, A. E. et al. (Orgs.). **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**. 2. ed. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2007, p. 141-160.

_____. A crítica da vida cotidiana. In: _____; CARVALHO, M. C. B. **Cotidiano: conhecimento e crítica**. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2000.

_____. **Capitalismo Monopolista e Serviço Social**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2001.

_____. Introdução ao método da teoria social. In: CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL; ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENSINO E PESQUISA EM SERVIÇO SOCIAL. **Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais**. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009. p. 667-700.

NETTO, J. P.; BRAZ, M. **Economia política: uma introdução crítica**. São Paulo: Cortez, 2006.

NICOLAU, P. F. M. Ciclos Vitais. **Principais desenvolvimentos nos oito períodos do ciclo de vida**. Disponível em: <<https://www.psiquiatriageral.com.br/educacaomedica/ciclosvitais.htm>>. Acesso em: 07 jun. 2019.

NOGUEIRA, V. M. R.; MIOTO, R. C. T. Desafios atuais do Sistema Único de Saúde – SUS e as exigências para os Assistentes Sociais. In: MOTA, A. E. et al. (Orgs.). **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**. 2. ed. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2007. p. 218-241.

ORTIZ, F. G. **O serviço Social no Brasil: Os fundamentos de sua imagem e da autoimagem de seus agentes**. Rio de Janeiro: E-papers, 2010.

PONTES, R. N. **Mediação e Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 1995.

RIBEIRO, H. M. B. **Neoconservadorismo no Brasil: uma análise a partir das Diretrizes Curriculares da ABEPSS**. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Programa de Pós Graduação em Serviço Social, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2017.

ROCHA, S. N. R. **A influência do ecletismo na produção teórica do serviço social na contemporaneidade**. 2005. 310f. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2005.

SALATA, A. Ensino Superior no Brasil das últimas décadas: Redução nas desigualdades de acesso? **Tempo Social - Revista de sociologia da USP**, v. 30, n. 2, 2018. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ts/v30n2/1809-4554-ts-30-02-219.pdf>> Acesso em: 04 jun. 2019.

SILVA, J. F. S. **Serviço Social: resistência e emancipação?** São Paulo: Cortez, 2013.

_____. Crise do Capital, Neoconservadorismo e Serviço Social no Brasil: apontamentos para o debate. **Em Pauta - Revista da Faculdade de Serviço Social da UFRJ**, n. 35, v. 13, p. 99-125, 2015.

SILVA, A. L. **A imagem e identidade profissional do assistente social expressas no cotidiano: um estudo a partir da demanda de trabalho na alta complexidade em saúde**. 2016. 226f. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2016.

SOUZA, J. M. A. Três notas sobre o sincretismo no Serviço Social. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 119, p. 531-559, 2014.

_____. **O Conservadorismo Moderno: esboço para uma aproximação**, *Serv. Soc. Soc.* [online]. 2015, n.122, pp.199-223, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ssoc/n122/0101-6628-ssoc-122-0199.pdf>>. Acesso em: 04 jun. 2019.

_____. **Tendências ideológicas do conservadorismo**. 2016. 304f. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Centro de Ciências Sociais Aplicadas, Universidade Federal de Pernambuco, 2016.

TEIXEIRA, J. B.; BRAZ, M. O Projeto Ético-Político do Serviço Social. In: CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL; ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENSINO E PESQUISA EM SERVIÇO SOCIAL. **Serviço Social: Direitos e competências profissionais**. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009, p. 185-200.

TINTI, É. C. Capitalismo, trabalho e serviço social. In: _____. **Capitalismo, trabalho e formação profissional: dilemas do trabalho cotidiano dos assistentes sociais em Ribeirão Preto** [online]. São Paulo: Editora UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2015, p. 31-74.

TONET, I. **Método científico: uma abordagem ontológica**. São Paulo: Instituto Lukács, 2013.

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA. Resolução nº 47/2007, de 30 de julho de 2007. **Conselho Superior de Ensino, Pesquisa e Extensão da Universidade Federal da Paraíba**, João Pessoa, 2007.

VASCONCELOS, A. M. Serviço Social e Práticas Democráticas na Saúde. In: MOTA, A. E. et al, (Orgs.). **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**. 2. ed. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2007, p. 242-272 .

YAZBEK, M. C. O significado sócio-histórico da profissão. In: CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL; ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENSINO E PESQUISA EM SERVIÇO SOCIAL. **Serviço Social: Direitos e competências profissionais**. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009, p. 125-142.

YAZBEK, M. C. Fundamentos históricos e teórico-metodológicos do Serviço Social. In: CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL; ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENSINO E PESQUISA EM SERVIÇO SOCIAL. **Serviço Social: Direitos e competências profissionais**. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009, p. 143-164.

_____. A dimensão política do trabalho do assistente social. **Rev. Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 120, p. 677-693, 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0101-6628.004>>. Acesso em: 23 maio 2019.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Prezado(a) Senhor(a)

Esta pesquisa aborda “A imagem social e a autoimagem do Serviço Social em um Hospital-Escola” e está sendo desenvolvida pela pesquisadora Andréa Fábria Freitas da Silva, aluna do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social (UFPB/CCHLA), sob a orientação da Professora Dra. Ana Paula Rocha Sales de Miranda (DSS/UFPB) e co-orientação da Professora Dra. Maria das Graças Miranda Ferreira da Silva (DSS/UFPB).

O estudo objetiva analisar a imagem social e a autoimagem do Serviço Social no Hospital Universitário Lauro Wanderley, tomando como parâmetro o Projeto Ético-Político Profissional (PEPP). Para isso, pretende-se identificar a concepção da imagem do Serviço Social, junto aos profissionais de saúde no HULW, bem como, analisar a autoimagem das Assistentes Sociais; verificar os rebatimentos do conservadorismo e das demandas das equipes multiprofissionais sobre a concretização das competências e atribuições profissionais das Assistentes Sociais; analisar as congruências e incongruências entre a imagem social e a autoimagem das assistentes sociais, à luz do que está previsto no PEPP; identificar características conservadoras ou críticas na intervenção das Assistentes Sociais.

A finalidade deste trabalho é contribuir para o Serviço Social analisar criticamente sua imagem, os esforços necessários para a superação da concepção tradicional e a construção de um perfil correspondente ao que propõe o PEPP, o que possibilitará a apreensão do real sentido, dos objetivos e demandas pertinentes ao

Serviço Social, refletindo em uma prática mais eficaz em benefício dos usuários dos serviços de saúde.

Solicitamos a sua colaboração para realizar este estudo, respondendo a uma entrevista com tempo médio de 30 minutos, e sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em dissertação de mestrado, eventos da área de saúde e publicação em revistas científicas. Elucidamos que os possíveis riscos deste estudo decorreriam da publicação dos resultados, sendo assim, para reduzir os riscos, seu nome será mantido em sigilo absoluto. Além disso, as informações obtidas com essa pesquisa não oferecerão malefícios e prejuízos morais ou à sua saúde, e não irão afetá-lo(a) de qualquer forma.

Esclarecemos que sua participação no estudo é voluntária e, portanto, o(a) senhor(a) não é obrigado(a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pela pesquisadora. Se por ventura optar em não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá qualquer dano. A pesquisadora estará a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Assinatura da pesquisadora responsável

Considerando que fui informado(a) dos objetivos e da relevância do estudo proposto, da forma que se dará a minha participação, dos procedimentos e riscos decorrentes deste estudo, declaro o meu consentimento em participar da pesquisa e concordo que os dados obtidos na investigação sejam utilizados para fins científicos (divulgação em eventos e publicações). Estou ciente que receberei uma via deste documento.

João Pessoa , ____ de _____ de 2018.

Assinatura do (a) participante

Contato com a Pesquisadora Responsável: Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, favor ligar para a pesquisadora Andréa Fábila Freitas da Silva, telefone (83) 9-9699-2538; E-mail: <andrea.fabia@hotmail.com> ou para o Comitê de Ética do Hospital Universitário Lauro Wanderley - Endereço: Hospital Universitário Lauro Wanderley-HULW – 2º andar. Cidade Universitária. Bairro: Castelo Branco – João Pessoa - PB. CEP: 58059-900. E-mail:comitedeetica@hulw.ufpb.br Campus I – Fone: 3216-7964

APÊNDICE B – Roteiro de Entrevista Semiestruturada



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL

ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA OS PROFISSIONAIS **DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL** DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO LAURO WANDERLEY

1. DADOS PESSOAIS:

Idade: _____ Sexo: _____

2. FORMAÇÃO:

2.1 Graduação: _____

2.2 Ano de formação: _____

2.2 Instituição: _____

2.3 Possui pós-graduação: () Sim () Não

() Residência () Especialização () Mestrado Acadêmico () Mestrado Profissional ()
Doutorado

3. DADOS INSTITUCIONAIS

3.1 Tipo de vínculo empregatício: () Celetista () Estatutário () Terceirizado

3.2 Tempo de trabalho neste hospital: _____ (Anos)

3.3 Setor/Unidade de atuação: _____

3.4 Carga Horária Semanal: _____

4. COMPREENSÃO ACERCA DO SERVIÇO SOCIAL

4.1 Na sua concepção, o que é o Serviço Social?

4.2 Para o (a) senhor (a), quais são as atribuições do (a) profissional de Serviço Social no HULW?

4.3 Na prática, quais atividades o (a) senhor (a) percebe/visualiza, que são realizadas pelo Serviço Social no HULW?

4.4 De que forma a atuação profissional do Serviço Social interfere na sua rotina de trabalho?

4.5 Como o senhor (a) avalia as atividades desenvolvidas pelo Serviço Social do HULW?

4.6 Relate algumas demandas mais comuns, no âmbito do seu trabalho, que o (a) senhor (a) compreende que necessite da intervenção do Serviço Social:

4.7 O senhor (a) já identificou alguma demanda para o Serviço Social, que necessitou solicitar sua intervenção profissional? Qual foi a demanda?

4.8 Na sua concepção, qual a relevância do Serviço Social para o trabalho em equipe multiprofissional?

4.9 Quais as principais características que o (a) senhor (a) observa no perfil profissional das Assistentes Sociais da instituição?

APÊNDICE C – Roteiro de Entrevista Semiestruturada



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL

ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA **AS ASSISTENTES SOCIAIS** DO HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO LAURO WANDERLEY

1. DADOS PESSOAIS:

Idade: _____ Sexo: _____

2. FORMAÇÃO:

2.1 Graduação: _____

2.2 Ano de formação: _____

2.2 Instituição: _____

2.3 Possui pós-graduação: () Sim () Não

() Residência () Especialização () Mestrado Acadêmico () Mestrado Profissional

() Doutorado

3. DADOS INSTITUCIONAIS

3.1 Tipo de vínculo empregatício: () Celetista () Estatutário () Terceirizado

3.2 Tempo de trabalho neste hospital: _____ (Anos)

3.4 Carga Horária Semanal: _____

4. PRÁTICA PROFISSIONAL E PROJETO ÉTICO-POLÍTICO (AUTOIMAGEM PARA AS ASSISTENTES SOCIAIS)

4.1 Como a senhora conceitua o Serviço Social do HULW?

4.2 No seu entendimento, quais são as suas atribuições como Assistente Social do HULW?

4.3 Quais são as demandas apresentadas com maior frequência pela instituição para o Serviço Social?

4.4 A senhora percebe algum rebatimento do conservadorismo na sua prática profissional?
Se sim, quais?

4.5 A senhora conhece o Projeto Ético-Político da Profissão de Serviço Social? Se sim, como ele se expressa?

4.5 A senhora percebe influência das diretrizes do PEPP nas suas intervenções profissionais? De que forma?

4.6 Na prática, as demandas institucionais e dos outros profissionais para o Serviço Social permitem que suas ações sejam condizentes com o PEPP? Por quê?

4.7 Como a senhora avalia a importância do Serviço Social na equipe multiprofissional?

4.8 Quais as principais características que a senhora observa no perfil profissional das Assistentes Sociais da instituição?

4.9 No seu entendimento, os direitos dos usuários são informados aos mesmos? Eles são efetivados na Instituição?

4.10 Quais as maiores dificuldades vivenciadas pelo Serviço Social dentro do HULW?

ANEXOS



UFPB - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO LAURO
WANDERLEY DA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: A IMAGEM SOCIAL E A AUTOIMAGEM DO SERVIÇO SOCIAL EM UM HOSPITAL-ESCOLA

Pesquisador: ANDREA FABIA FREITAS DA SILVA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 90735918.6.0000.5183

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAIBA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.099.953

Apresentação do Projeto:

Trata-se da segunda versão de projeto de dissertação de mestrado da pesquisadora Andréa Fábila Freitas da Silva, vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), sob a orientação das professoras Dr^a Ana Paula Rocha Sales de Miranda Oliveira (orientadora) e Maria das Graças Miranda Ferreira da Silva (coorientadora).

O projeto consiste em um estudo essencialmente qualitativo, exploratório e de campo que tem por objetivo analisar a imagem social e a autoimagem do serviço Social no Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW/UFPB). O estudo parte da hipótese de que existem incongruências entre a imagem social (exógena) e autoimagem (endógena) das assistentes sociais do HULW, considerando que a imagem é atravessada por um cariz conservador e reiterativo da ordem capitalista e a autoimagem se vincula à perspectiva democrática de ampliação do direito. A amostra é do tipo não probabilística por conveniência. Assim, a pesquisadora pretende entrevistar 10 assistentes sociais que atuam nas unidades de internação do HULW e 20 profissionais da equipe multiprofissional entre médicos (06), enfermeiros (10), nutricionista (02) e psicólogos (02).

Apresenta como critério de inclusão: fazer parte da equipe multiprofissional de saúde do HULW, das unidades de internação que lidem com o profissional de Serviço Social em expediente diurno para composição da amostra da avaliação da imagem social da profissão. E para avaliação da

Endereço: Hospital Universitário Lauro Wanderley - 2º andar - Campus I - UFPB.

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 58.059-900

UF: PB

Município: JOAO PESSOA

Telefone: (83)3216-7964

Fax: (83)3216-7522

E-mail: comitedeetica.hulw2018@gmail.com



UFPB - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO LAURO WANDERLEY DA



Continuação do Parecer: 3.099.953

autoimagem, apresenta como critério de inclusão: profissional de Serviço Social do quadro de funcionários do HULW. Como critérios de exclusão: profissionais que trabalham apenas no ambulatório, plantonistas noturnos e profissionais que no período coleta tenham requerido aposentadoria ou estejam em afastamento (licença ou férias).

Objetivo da Pesquisa:

O objetivo primário do estudo é analisar a imagem social e a autoimagem do Serviço Social no Hospital Universitário Lauro Wanderley, tomando como parâmetro o Projeto Ético-Político Profissional (PEPP).

Os objetivos secundários:

- Identificar a concepção da imagem social do Serviço Social, junto aos profissionais que compõem a equipe multiprofissional de saúde no HULW;
- Analisar a autoimagem das Assistentes Sociais do HULW;
- Verificar os rebatimentos do conservadorismo sobre a profissão, no cotidiano de trabalho;
- Analisar as congruências e incongruências entre a imagem social e a autoimagem das assistentes sociais à luz do que está previsto no PEPP, sobre a direção social da profissão;
- Compreender como as demandas das equipes multiprofissionais rebatem sobre a concretização das competências e atribuições profissionais das Assistentes Sociais;
- Identificar características conservadoras e/ou críticas na intervenção das Assistentes Sociais, para desvelar a existência ou não da busca pela defesa dos direitos de cidadania.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Com relação aos riscos, a autora faz referências as Resoluções do CNS 466/12 e 510/2016 para explicar que toda pesquisa com seres humanos envolve algum tipo de risco. Afirma que existe a possibilidade de que os participantes do estudo se sintam constrangidos, no que se refere ao momento da entrevista, por estar relacionada com a prática profissional em seu ambiente de trabalho ou por medo da divulgação dos resultados da pesquisa. Para minimizar esse risco, a pesquisadora reafirmará o compromisso com a pesquisa esclarecendo os procedimentos éticos como o sigilo das informações prestadas e garantia do anonimato bem como se disponibilizará em esclarecer qualquer dúvida dos participantes na ocasião da entrevista e interromperá a mesma se o participante demonstrar qualquer desconforto. Como benefício, a pesquisadora informa que o estudo resultará em benefícios tanto no âmbito acadêmico, ao fundamentar novas pesquisas na

Endereço: Hospital Universitário Lauro Wanderley - 2º andar - Campus I - UFPB.

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 58.059-900

UF: PB

Município: JOAO PESSOA

Telefone: (83)3216-7964

Fax: (83)3216-7522

E-mail: comitedeetica.hulw2018@gmail.com



UFPB - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO LAURO WANDERLEY DA



Continuação do Parecer: 3.099.953

área sobre imagem do Serviço Social quanto no âmbito da prática profissional, ao subsidiar os assistentes sociais em uma autorreflexão que estabeleça uma nova imagem do Serviço Social na área da saúde. Ainda para a autora, essa reflexão poderá fortalecer o Projeto Ético-Político da categoria, combatendo as práticas conservadoras no âmbito da profissão.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto apresenta relevância acadêmica, científica e social por tratar de temática importante para a categoria profissional dos assistentes sociais, bem como colabora para socializar os conhecimentos relativos a essa profissão para os demais profissionais da saúde. O estudo apresenta adequação aos aspectos éticos estando em consonância com a Resolução CNS nº 466/2012 e 510/2016.

As etapas do estudo estão suficientemente detalhadas em seus aspectos metodológicos, éticos e conceituais, apresentando adequação ao tipo de estudo proposto.

Em relação ao TCLE, o mesmo se encontra bem escrito com todas as informações relativas ao projeto e aos procedimentos éticos de acordo com modelo disponibilizado por esse comitê. Por fim, apresenta cronograma de execução dando destaque que a coleta só iniciará a partir da aprovação da pesquisa por esse comitê.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentou todos os termos considerados obrigatórios (Certidão de aprovação do projeto pelo colegiado do programa de Pós-Graduação, Folha de rosto, TCLE, projeto completo, cronograma e orçamento).

Recomendações:

(O)A pesquisador(a) responsável e demais colaboradores, MANTENHAM A METODOLOGIA PROPOSTA E APROVADA PELO CEP-HULW.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Considerando que o protocolo de pesquisa se encontra adequadamente instruído e que apresenta viabilidade ética e metodológica, estando em consonância com as diretrizes das Resoluções CNS n.466/2012 e n.510/2016 do MS, somos favoráveis ao desenvolvimento da investigação.

Considerações Finais a critério do CEP:

Ratificamos o parecer de APROVAÇÃO do protocolo de pesquisa, emitido pelo Colegiado do CEP/HULW, em reunião ordinária realizada em 11 de dezembro de 2018.

Endereço: Hospital Universitário Lauro Wanderley - 2º andar - Campus I - UFPB.

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 58.059-900

UF: PB

Município: JOAO PESSOA

Telefone: (83)3216-7964

Fax: (83)3216-7522

E-mail: comitedeetica.hulw2018@gmail.com



UFPB - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO LAURO WANDERLEY DA



Continuação do Parecer: 3.099.953

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES PARA O(S) PESQUISADORES

. O participante da pesquisa e/ou seu responsável legal deverá receber uma via do TCLE na íntegra, com assinatura do pesquisador responsável e do participante e/ou responsável legal. Se o TCLE contiver mais de uma folha, todas devem ser rubricadas e com aposição de assinatura na última folha. O pesquisador deverá manter em sua guarda uma via do TCLE assinado pelo participante por cinco anos.

. O pesquisador deverá desenvolver a pesquisa conforme delineamento aprovado no protocolo de pesquisa e só descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade, pelo CEP que o aprovou, aguardando seu parecer, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata.

Lembramos que é de responsabilidade do pesquisador assegurar que o local onde a pesquisa será realizada ofereça condições plenas de funcionamento garantindo assim a segurança e o bem-estar dos participantes da pesquisa e de quaisquer outros envolvidos.

Eventuais modificações ao protocolo devem ser apresentadas por meio de EMENDA ao CEP/HULW de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

O pesquisador deverá apresentar o Relatório PARCIAL E/OU FINAL ao CEP/HULW, por meio de NOTIFICAÇÃO online via Plataforma Brasil, para APRECIÇÃO e OBTENÇÃO da Certidão Definitiva por este CEP. Informamos que qualquer alteração no projeto, dificuldades, assim como os eventos adversos deverão ser comunicados a este Comitê de Ética em Pesquisa através do Pesquisador responsável uma vez que, após aprovação da pesquisa o CEP-HULW torna-se co-responsável.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1168867_E1.pdf	28/11/2018 14:44:22		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_emenda_atual.docx	28/11/2018 14:42:11	ANDREA FABIA FREITAS DA SILVA	Aceito
Folha de Rosto	folhaderostoandrea.pdf	22/11/2018 19:01:57	ANDREA FABIA FREITAS DA SILVA	Aceito
Outros	FICHADECADASTRO2.pdf	01/06/2018 10:04:16	ANDREA FABIA FREITAS DA SILVA	Aceito
Outros	FICHADECADASTRO.pdf	01/06/2018 10:03:01	ANDREA FABIA FREITAS DA SILVA	Aceito

Endereço: Hospital Universitário Lauro Wanderley - 2º andar - Campus I - UFPB.

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 58.059-900

UF: PB

Município: JOAO PESSOA

Telefone: (83)3216-7964

Fax: (83)3216-7522

E-mail: comitedeetica.hulw2018@gmail.com



UFPB - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO LAURO
WANDERLEY DA



Continuação do Parecer: 3.099.953

Outros	APENDICEentrevista.docx	01/06/2018 09:56:32	ANDREA FABIA FREITAS DA SILVA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	APENDICETCLE.docx	01/06/2018 09:54:39	ANDREA FABIA FREITAS DA SILVA	Aceito
Outros	CERTIDAO_PPGSS.pdf	30/05/2018 17:28:21	ANDREA FABIA FREITAS DA SILVA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

JOAO PESSOA, 21 de Dezembro de 2018

Assinado por:
MARIA ELIANE MOREIRA FREIRE
(Coordenador(a))

Endereço: Hospital Universitário Lauro Wanderley - 2º andar - Campus I - UFPB.

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 58.059-900

UF: PB

Município: JOAO PESSOA

Telefone: (83)3216-7964

Fax: (83)3216-7522

E-mail: comitedeetica.hulw2018@gmail.com