



TRABALHO E SAÚDE DAS ASSISTENTES SOCIAIS DA ÁREA DA SAÚDE

Work and health of social health assistants

Edvânia Ângela de Souza Lourenço*



RESUMO

Este estudo discute a relação trabalho e saúde dos e das assistentes sociais que atuam nos serviços de saúde. Destaca informações quanto ao perfil, evidenciando quem são esses profissionais, onde atuam, quais as principais formas de contratação, salário e alguns elementos da realização no trabalho. A metodologia adotada é a dialética histórico-crítica, subsidiada em informações coletadas por meio de questionário autoaplicáveis e da técnica de entrevista semiestruturada, de forma individual e em grupos (grupo focal), com assistentes sociais que atuam nos vários níveis de atenção do Sistema Único de Saúde(SUS). Verifica-se forte presença dos modelos privados na gestão dos serviços da rede SUS, contratação por meio de processo seletivo, por indicação, baixos salários. Verificou-se também a pressão da gestão para o Serviço Social a aceitar o desrespeito à jornada de 30 horas, conquistada pela categoria, em 2010. Admite-se questões que interatuam para o processo de sofrimento da(os) assistentes sociais no e pelo trabalho.

PALAVRAS-CHAVE

Neoliberalismo, Seguridade Social, Sistema Único de Saúde, Serviço Social, Saúde do Trabalhador.

ABSTRACT

This study discusses the relationship between work and health of the assistant companies that work in health services. Emphasizes information about the profile,

* Assistente Social. Pós-doutoranda em Saúde Coletiva, PPGSC da Unifesp. Membro do grupo de estudos: “Teoria Social de Marx e Serviço Social”, Unesp-Franca, SP. Coordenadora de graduação da Abepss-Sul II, 2017-2018. Profa. Dra. do Departamento de Serviço Social da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais (UNESP, Franca, São Paulo). Av. Eufrásia Monteiro Petráglia, 900, Prolongamento Jardim Dr. Antonio Petráglia, Franca - SP, 14409-160. E-mail: <edvaniaangela@hotmail.com>.

showing who these professionals are, where they work, what are the main ways of hiring, salary and some elements of achievement without work. The methodology adopted is a historical-critical dialectic, subsided in information collected through a self-administered questionnaire and semi-structured interview technique, individually and in groups of attendants, current social updates of attention levels the Unified Health System (hereby SUS). There is a strong presence of private models in the management of SUS health services, contracting through a selective process, by indication, low salaries. It is admitted question that interact for the suffering process of the social workers in and by work.

KEYWORDS

Neoliberalism, Social Security, Unified Health System, Social Work, Worker Health.

Submetido em: 30/9/2017

Aceito em: 11/12/2017

INTRODUÇÃO

A partir da Constituição Federal de 1988 (CF\1988), no Brasil, o universo dos direitos sociais ganhou forma institucional que penetra a organização das várias administrações municipais, estaduais e da União, se configurando na atualidade em uma importante rede de proteção social. Além dos vários serviços de Seguridade Social, que englobam as políticas de assistência social, previdência e saúde, há também ampla estruturação da rede de educação e de proteção do trabalho. Contudo, desde o início da aprovação da CF\1988, a construção do campo das políticas sociais e de proteção do trabalho vem sendo constantemente atacados e restringidos em decorrência da adoção da política neoliberal, que desenha um restrito financiamento para as políticas sociais e impõe a gestão seletiva e privatizante no interior dos serviços públicos.

A situação política e econômica vivenciada no país é fruto da maior ofensiva do capital mundial, que desde a crise financeira de 2008¹, busca alavancar as taxas de acumulação. Segundo Alves (2016), a riqueza fictícia criada nos últimos anos é diferente da especulação tradicional. Na aparência, a crise comparece como crise do capital especulativo imobiliário, mas na essência é a falta de efetividade de

¹ Alves (2016) explicita que as crises são próprias do sistema do capital, mas com expressões diferentes, de acordo com cada período histórico, por exemplo, a crise de 1970 foi uma crise de superprodução de mercadorias, já a crise de 2008, é uma crise de hegemonia do capital financeiro (ALVES, 2016). “A crise estrutural do capital constitui-se como um movimento complexo de tendências econcontratendênciasintrinsecamente contraditórias, que dilaceram as possibilidades concretas de desenvolvimento do capitalismo como processo civilizatório” (ALVES, 2016, p. 38).

valorização do valor. A centralidade na financeirização da riqueza a partir de estupenda expansão dos movimentos especulativos exige um determinado modelo de Estado para garantir a acumulação eminentemente financeirizada, trata-se do neoliberalismo:

Não podemos esquecer jamais que a expansão das finanças de mercado, assim como o financiamento da dívida pública nos mercados de títulos, são fruto de políticas deliberadas. Como se vê até mesmo na atual crise na Europa, os Estados adotam políticas altamente “intervencionistas”, que visam a alterar profundamente as relações sociais, mudar o papel das instituições de proteção social e educação, orientar as condutas criando uma concorrência generalizada entre os sujeitos, e isso porque eles próprios estão inseridos num campo de concorrência regional e mundial que os leva a agir dessa forma (DARDOT; LAVAL, 2016).

Alves (2016) explica que o mercado financeiro se constitui em uma estratosfera do capital global, um circuito que integra a rede mundial da financeirização espúria de formação do valor fictício, cuja dominância é mundial e opera acima das unidades intranacionais e dos Estados nações, está articulado a eles. Sua estratégia é abrir mercados e construir novos espaços de operação do capital global. Para tanto, estabelece-se uma relação promíscua entre os Estados neoliberais e o capital financeiro, que se baseia, entre outros, na desregulamentação financeira, abertura de economias nacionais e privatização de empresas estatais e intensa flexibilização do trabalho (ALVES, 2016).

Trata-se de dar poder irrestrito de mando e comando ao capital financeiro, que se sobrepõe às suas demais frações - bancário, produtivo e comercial-, igualmente submetidos ao capital especulativo e parasitário. Para Giovanni Alves os traços compositivos do capital globalizado são: financeirização da riqueza capitalista; Estado neoliberal; acumulação flexível com efeitos candentes para o mundo do trabalho, marcados pela precarização salarial e contratual, o que se estende para o modo de vida. Ou seja, trata-se de uma sociabilidade precária, cuja explosão de inovações tecnológicas não resulta em melhores condições de vida de grande parte da população, ao contrário, estipulam novas exigências que

decretam a precarização existencial da pessoa que trabalha e resulta no socio metabolismo da barbárie (ALVES, 2016).

Para Dardot e Laval (2016), o neoliberalismo compõe o Estado, mas também os valores norteadores da vida em sociedade e de formação individual. Os valores ficam submetidos à nova racionalidade, o neoliberalismo. Trata-se de retirar aqueles impedimentos que poderiam interferir na livre concorrência, criando verdadeiros retrocessos às práticas de proteção social, à estatização, à regulação do trabalho, da economia e do meio ambiente, tudo passa a ser chamado de retrógrado e passível de ser reformado. Mas, ressaltam os autores, o neoliberalismo não se resume às análises de retirada do Estado da intervenção na economia, mas se trata de uma racionalidade que não influencia apenas questões econômicas e políticas, mas a vida dos governos e governados, ou seja:

[...] o neoliberalismo define certas normas de vida nas sociedades ocidentais e, para além dela, em todas as sociedades que a seguem no caminho da “modernidade”. Essa norma impõe a cada um de nós que vivamos num universo de competição generalizada, intima os assalariados e as populações a entrar em luta econômica uns com os outros, ordena as relações sociais segundo o modelo de mercado, obrigada a justificar desigualdades cada vez mais profundas, muda até o indivíduo, que é instado a conceber a si mesmo e a comportar-se como uma empresa. Há quase um teço do século, essa norma de vida rege as políticas públicas, comandas as relações econômicas mundiais, transforma a sociedade, remodela a subjetividade (DARDOT; LAVAL, 2016, p. 16).

Trata-se de uma racionalidade que estrutura a vida em sociedade no capitalismo contemporâneo. Envolve a disseminação de um jeito de ser e de um determinado tipo de relação social, que se estrutura a partir do individualismo e da concorrência. Aliás, o drama social vivido pelo desemprego, subemprego e pela falta de proteção social e trabalhista, é visto como se resultasse da ausência de empreendedorismo e resiliência do(a)s trabalhador(a)s (ANTUNES, 2009).

O papel do Estado passa a ser o da preservação do comando do capital especulativo e parasitário sobre as suas demais frações (produtivo, bancário e comercial), como tão bem explicitado por Alves (2016). Assim, é propiciada a captura do fundo público, restringindo e eliminando garantias sociais e permitindo o capital se apoderar desse recurso, e, ainda, promover a exploração comercial do acesso aos serviços de saúde, educação, previdência social, entre outros. Além da mercadorização dos direitos sociais e da captura do Fundo Público, o governo tem também promovido amplas desonerações, sobretudo, das grandes empresas, que deixam de contribuir com a Seguridade Social impactando diretamente os serviços de saúde, de assistência e de previdência social (GRANEMANN, et al., 2012). E paralelamente, permite legalmente a precarização estrutural do trabalho (NAVARRO; LOURENÇO, 2017; LOURENÇO, 2016a).

Tal panorama alude aspectos importantes do cotidiano da classe trabalhadora e realidade brasileira, que na particularidade do atual momento político e econômico, emergem antigas formas genuinamente encabeçadas pela elite nacional vinculada ou subordinada ao grande capital financeiro internacional, que sem abandonar os resquícios do histórico colonial, tomou o aparelho do Estado, em meados de 2016, sob a nucleação neoliberal ultraconservadora. Constituem-se um grupo de elite que se amesquinha nos interesses próprios e da sua classe impondo rápidas e profundas mudanças, essencialmente, regressivas para o trabalho e políticas sociais.

Vivencia-se um grande ataque aos direitos sociais e do trabalho que impactam (e impactarão) ainda mais negativamente a classe trabalhadora, tais como: a aprovação da terceirização irrestrita (BRASIL, 2017a), a destruição da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) (BRASIL, 2017b), a contrarreforma da Previdência Social². Além dessas medidas que pioram as condições estruturais do

² Para a qual o “governo” de Michel Temer tem feito amplas negociações para conseguir a aprovação da contrarreforma da Previdência, além de promover jantares regados a excessos na residência presidencial para o lobby com os congressistas, acompanhado da oferta de ministérios e da liberação milionária em Emendas aos Deputados; promove também excessivas benesses ao grande capital, sobretudo, bancário, que vem sendo desonerado de pagar impostos ou recebendo o perdão da dívida, essa também pode ser renegociada para um período muito distante (LOURENÇO, LACAZ, GOULART, 2017). Para os pobres o governo pesa a mão e retira toda e qualquer possibilidade de segurança social.

trabalho e de vida, há também profundo desrespeito à Constituição Federal de 1988 (CF\1988) com o congelamento dos gastos públicos primários por 20 anos (BRASIL, 2016) e, entre outras inúmeras medias que impõe o obscurantismo sobre a vida do povo brasileiro, que pode ser expressado na proibição do ensino crítico, vide a escola da mordaza, a liberação do ensino religioso nas escolas, cura gay, entre outros inúmeros projetos que promovem amplo desrespeitos ao direitos humanos mais fundamentais.

Uma das mais dolorosas consequências é que o ajuste fiscal, a destruição da legislação do trabalho, a restrição ao acesso à justiça do trabalho, o desmantelamento dos sindicatos, os impedimentos para se acessar à previdência social, a permissividade legal para o capital capturar o fundo público e a precarização e mercantilização dos serviços de saúde e educação acabam por promover maior subordinação objetiva e subjetiva, de forma ampliada, do trabalho ao capital, que caminha *pari passu* com a degradação da humanidade e dos recursos naturais.

Neste contexto, propõe-se discutir alguns elementos das relações de trabalho de assistentes sociais que atuam na área da saúde. Trata-se de um estudo em andamento³, que está subsidiado na coleta de dados empíricos por meio da auto aplicação de questionários, disponíveis em sitio eletrônico de uma universidade pública, contemplando amostragem nacional quanto ao perfil profissional, das condições de trabalho e saúde de assistentes sociais que atuam nos serviços de Seguridade Social. Além da coleta de dados

³ Projeto de pesquisa **Processo de trabalho e saúde do(a)s assistentes sociais que atuam nos serviços de seguridade social no Brasil**, devidamente aprovado pelo Comitê de Ética da UNESP – Franca, SP e aprovado pelo CNPQ, sob o número: 445443/2015-4. O projeto também vem sendo desenvolvido como parte das atividades de pós doutorado no Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da UNIFESP, sob a supervisão do Prof. Dr. Francisco Antonio de Castro Lacaz. A pesquisa abrange os(as) assistentes sociais que atuam nos serviços de Seguridade Social no Brasil, embora esses serviços apresentem características bem diferentes, o projeto não visa realizar comparações, mas compreender o perfil profissional, relações contratuais e de gestão do trabalho, as especificidades de cada área de atuação, principais tecnologias empregadas, regras, regulamentos, procedimentos adotados e as possíveis implicações desse trabalho para a saúde destes profissionais de cada área (Saúde, Assistência Social e Previdência Social). O projeto deveria ter se encerrado em dezembro de 2016, contudo, sofreu reelaboração e terá continuidade até dezembro de 2019. Para essa fase, o projeto passou a contar com a participação de pesquisador(e)s de dois grupos de pesquisas das regiões Norte e Sul do país, os quais são coordenados respectivamente pelas Profas. Dras. Vera Lúcia Batista Gomes (Universidade Federal do Pará (UFPA) e Jussara Maria Mendes (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, UFRGS); com vistas a ampliar a cobertura do projeto e maior interlocução com as diferenças regionais.

por meio da auto aplicação de questionários também vem sendo realizadas entrevistas semiestruturadas com assistentes sociais das três áreas que compõem a Seguridade Social: Assistência Social, Saúde e Previdência Social.

De 2014 a 2016, construiu-se um banco de dados com 758 questionários respondidos, sendo 37,47% [284] da área da assistência social, 24,14% [183] da previdência social e 38,39%, ou 291 da área da saúde. A análise ora apresentada se restringiu aos 291 formulários respondidos e que se referem ao local de trabalho na área da saúde, bem como os depoimentos colhidos por meio de entrevistas com assistentes sociais dessa área de atuação.

Dos 291 respondentes, 155, ou 53,26%, são do estado de São Paulo, mas, apesar de, até o momento, verificar maior participação do referido estado, é importante observar que a região Sudeste perfaz o total de 202 respondentes ou 69,41% do total, os demais participantes se dividem entre 15 outros estados, com destaque para Goiás com 26 respondentes ou 8,93% do total, os demais estados têm participação inferior a 3%.

Em relação a participação da região Sudeste neste estudo, verifica-se que dos 202 questionários do total dessa região, 155 são do estado de São Paulo, como já afirmado, 27 respondentes ou 13,37% é do estado do Rio de Janeiro; 19, ou 9,41% é do estado de Minas Gerais e apenas um do Espírito Santo.

Além dos questionários foram realizados quatro grupos focais, em específico: dois com assistentes sociais de vários serviços de uma Secretaria Municipal de Saúde; um com as profissionais de um hospital filantrópico e, ainda, um grupo com as de um Ambulatório Médico de Especialidades (AME); buscou-se ainda entrevistar duas assistentes sociais de Unidades Básicas de Saúde (UBS), de forma individual, e uma de um Hospital Universitário (HU). Além dessas, também foram entrevistadas, individualmente, duas professoras assistentes sociais, pesquisadoras e militantes da Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde.

As entrevistas objetivaram o aprofundamento dos dados coletados por meio dos questionários, assim, a(o)s profissionais foram indagada(o)s quanto a sua percepção do SUS, o trabalho

desenvolvido, trabalho em equipe e, entre outros, contratação, jornada, plano de carreira, salário e questões relativas à saúde.

Os nomes da(o)s entrevistada(o)s, instituições e cidades foram omitidos para o resguardo do sigilo e anonimato da(o)s participantes desse estudo, com exceção das duas professoras: Maria Valéria Correia da Universidade Federal de Alagoas (UFAL) e de Maria Dalva Horácio da Costa da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. As entrevistas ocorreram a partir do Termo Consentimento Livre e Esclarecido.

Para os objetivos desse artigo, limitou-se às observações e reflexões acerca do perfil profissional da(o)s assistentes sociais na saúde, concentrando-se na forma de contratação, jornada de trabalho e salário, com ênfase para a privatização da saúde.

SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE: PERFIL PROFISSIONAL

A sistematização dos dados permite indicar o perfil destes profissionais e alguns elementos das suas relações e condições de trabalho, bem como os rebatimentos para as suas condições de saúde.

Tabela I- Local de atuação das entrevistadas

Atenção Especializada	Hospital	NASF	Pronto Socorro	PSF/ESF	UBS	Outro serviço de saúde	NI	Total
52	126	10	8	8	16	70	1	291
17,87	43,30	3,44	2,75	2,75	5,50	24,05	0,34	100

Fonte: elaboração própria a partir dos dados coletados (LOURENÇO, 2017).

A Tabela I indica que dos 291 respondentes da área da saúde, 126, ou 43,30% do total, trabalham na atenção terciária, ou seja, em hospitais. 24,05%, ou 70 respondentes, indicaram “outros” serviços, que se tratam de comunidades terapêuticas, secretarias de saúde, ouvidorias, centros de reabilitação, serviços de saúde em unidades penitenciárias, INCA, hospital dia, consultório na rua, Gestor estadual (DRS), Vigilância em Saúde e ouvidorias. A indicação de “outros” serviços se deve ao fato que esses nem sempre estão na hierarquização da política de saúde, mas são serviços contratados, conveniados, órgãos gestores, entre outros. Já 17,87%, ou 52

respondentes, indicaram trabalhar na atenção especializada⁴. 5,50% ou 16 respondentes informaram atuar em Unidades Básicas de Saúde (UBS); 2,75 (ou oito respondentes) atuam em Programas\ Estratégias de Saúde da Família e esse mesmo percentual em Pronto Socorros e apenas uma pessoa não informou o local de trabalho.

Portanto, ao agrupar respondentes que atuam nas UBS e ESF\ PSF obteve-se 11% do total de sujeitos vinculados à atenção básica, enquanto 43% estão na área hospitalar e aproximados 42% na atenção especializada. É importante se atentar para este dado, o que leva a alguns questionamentos: o Serviço Social, na área da saúde, atua em maior número nos hospitais e nos serviços de especialidades? Seriam esse\ a(s) profissionais mais afeitos à participação em pesquisas? Como grande parte dos questionários foi respondida⁵ durante eventos da categoria de Serviço Social, cabe indagar também, se o trabalho nos hospitais públicos e nos serviços de especialidades conta com maior apoio à participação em eventos científicos? De todo modo, parece salutar sublinhar que a grande preponderância do trabalho profissional do Serviço Social na área da saúde ainda é na área hospitalar e ambulatorial.

Então, avançou do ponto de vista da oferta de procedimentos... A política de saúde não avançou na perspectiva da Reforma, ela cresceu..., temos uma cobertura muito maior, nunca vista antes, apesar do déficit de acesso se você for comparar, historicamente, o número de internação, consultas,

4 Por atenção especializada compareceram nos formulários respondidos os vários ambulatórios e clínicas de atenção especializada da rede SUS, tais como: Ambulatório de Endocrinologia, de DST\ AIDS; Serv. Especializado em Prevenção e Assistência para DST/AIDS/Hepatites Virais; Assistência Domiciliar, Clínica de Diálise e Hemodiálise, Tratamento Fora do Domicílio (TDF), Ambulatório Médico Especializado (AME), Ambulatório de Crianças de Alto Risco, Saúde do Trabalhador, Serviço de Acolhimento Institucional; CAPS II - Saúde Mental; CAPS Infantil; NASF etc.

5 Apesar de o questionário para a coleta de dados estar disponível no site da UNESP-Franca (<http://www.franca.unesp.br/#1/departamentos/servico-social/docentes/>), utilizou-se da estratégia de divulgar a pesquisa e os questionários em eventos que congregam grande número de assistentes sociais, tais como: Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais (CBAS), ocorrido em Olinda (PE), em 2016; Encontro Nacional de Pesquisadores de Serviço Social (ENPESS), nas edições de 2014 e 2016, ocorridos em Natal, RN e Ribeirão Preto, SP, respectivamente; Congresso Nacional de Serviço Social em Saúde (CONASSS), ocorrido em São José dos Campos, em 2014, IX Seminário de Saúde do Trabalhador, ocorrido em Franca (SP), em 2015 e Semanas de Serviço Social, entre outros. Em média, apenas 30% dos questionários distribuídos durante os eventos retornaram, sendo que as informações constantes nesses documentos foram digitalizadas no site que hospeda o questionário *on line*, como já indicado, constituindo assim um banco de dados deste estudo.

exames..., o SUS oferta milhões e milhões, nenhum outro país da América Latina oferece, e inclusive eu acho que até mesmo a Europa... Então, houve ampliação brutal do aumento da cobertura, na minha avaliação, aumentou sim a cobertura, mas ainda não saímos da linha ou da rota do modelo curativista individual, centrado, no procedimento, no médico (Profa. Maria Dalva).

A fala da Profa. Maria Dalva reflete o contexto de contradições que permeia o SUS e que se materializa, entre outras formas, nas concepções de saúde e nos processos de produção em saúde, que ainda estão sedimentados no modelo curativista e individual, que tem como centro o médico vinculado a um hospital ou ambulatório.

Em relação ao perfil profissional verifica-se que se trata na grande maioria de mulheres; dos 291 questionários, 91,40% são do sexo feminino e apenas 25, ou 8,59%, do masculino. Dessa maneira, a partir deste momento, buscar-se-á se referir às assistentes sociais no gênero feminino, tendo em vista ser a maioria.

Não se pode perder de vista a importância de se considerar a divisão sexual do trabalho nos estudos de Saúde do(a) Trabalhador(a) (ST), enquanto campo teórico-prático, de produção do conhecimento e de intervenção. Brito e Oliveira (1997) destacam que ao considerar as relações sociais de sexo, é preciso considerar a partir das relações de classe e da divisão sexual do trabalho que determina significados diferentes para trabalhador e trabalhadora. Nogueira (2006) também reforça que gênero não pode ser pensado dissociado de classe. Ao se atentar para a realidade sexuada do trabalho no Serviço Social, Cisne (2015) destaca que o fenômeno do predomínio feminino no Serviço Social – a marca predominantemente do Serviço Social – tanto na composição da categoria profissional quanto do público atendido é um elemento que colabora para que a profissão desenvolva a perspectiva de gênero no seu debate e ações.

Na saúde, é possível inferir que as trabalhadoras “assistentes sociais” carregam de forma objetiva e subjetiva as conformações dadas pelas hierarquias sociais estabelecidas (de gênero e de classe). A ampla participação de mulheres, neste estudo, num total de 91,40% se relaciona ao sentido dado ao ato de cuidar, tão presente na área da saúde e historicamente designado às mulheres.

Enquanto eu estou no trabalho, eu sou assistente social. Eu saí do meu trabalho, geralmente, eu saio em cima da hora para buscar minha filha na escola, eu sou mãe... Chego em casa, além de mãe eu tenho que ser dona casa, esposa, fora aquela bicharada, que eu gosto muito... (Grupo focal – Assistentes Sociais – Secretaria Municipal de Saúde).

A gente tem criança pequena..., então, acho que o estresse do nosso... não é só de trabalho, é da mulher mesmo, de tanto acumulo de coisas... (Grupo focal – Assistentes Sociais – Secretaria Municipal de Saúde).

Para além do lugar ocupado na divisão sexual e social do trabalho, é preciso ter clareza do significado do trabalho para mulher que acaba assumindo a dupla ou tripla jornada de trabalho, o que não é diferente quando se trata de assistentes sociais.

56,34% (164 respondentes) se auto declararam brancas; 23,71% (69 pessoas) pardas; 13,75% (40 pessoas) negras; 18 respondentes, 6,19% deixaram essa questão em branco.

Quanto a idade das profissionais, em resumo, o grupo etário, considerado economicamente produtivo, de 20 a 41 anos de idade, compõe a grande maioria das participantes, totalizando 168 respondentes ou 61,16%. Os grupos etários de 42 a 52 anos e 53 a 62 anos de idade totalizaram 96 respondentes ou 32,98% do total.

Sete assistentes sociais, ou 2,40%, declararam ter deficiência. Quanto à religião, verifica-se que 75,60% das assistentes sociais declararam tê-la, o que equivale a 220 respondentes e 20,62%, ou 60 assistentes sociais afirmaram não ter religião e 3,78% (11 questionários) deixaram essa questão em branco.

A formação em Serviço Social ocorreu para a grande maioria, 83,16% (242 respondentes), a partir de 1996. Predomina a formação na modalidade presencial do ensino; 3,78% (11 pessoas) o fizeram à distância e esse mesmo percentual, 3,78%, compareceu também para a modalidade semipresencial. Sete pessoas, 2,41%, deixaram a questão em branco.

Trata-se de profissionais que têm buscado manter a formação continuada, 67% têm realizado cursos de pós graduação, com maior evidencia para as especializações, que comparece com 52,58% (153

respondentes); 12,37% (36 respondentes) têm mestrado; 2,06% (seis pessoas) têm doutorado e 32,99% (96 respondentes) deixaram essa pergunta sem resposta.

Sobre a área dos cursos de pós graduação realizados pelas entrevistadas 37% afirmaram ter feito algum curso de especialização na área da saúde; 10% na área específica do Serviço Social, se enquadrando comumente as que disseram ter feito Mestrado e ou Doutorado; 7% indicaram a área de políticas públicas; 8,22% a área de administração e gestão; 6% o curso de Direitos e Competências realizado pelo CFESS; 4,11% na área da violência e uma pessoa afirmou ter feito o curso de Psicologia comunitária da libertação.

QUANTO AO LOCAL E CONDIÇÕES CONTRATUAIS, GESTÃO DOS SERVIÇOS, JORNADA DE TRABALHO E SALÁRIO DAS ASSISTENTES SOCIAIS

Sobre a característica da gestão dos serviços, 36,77%, ou 107 questionários, indicaram que as assistentes sociais atuam em serviços sob a gestão municipal. 54 respondentes, o que equivale a 18,56%, afirmaram atuar em serviços federais. 8,59%, ou 25 assistentes sociais, indicaram a gestão estadual. 5,15%, ou 15 questionários, apontaram a gestão filantrópico ou conveniado. Oito pessoas ou 2,75% atuam em OS; uma pessoa em EBSERH; três em Fundação.

É importante considerar que nem sempre as assistentes sociais têm clareza a respeito do tipo de gestão, uma vez que 23,71%, ou 69 respondentes, deixaram essa questão em branco. Durante entrevistas, também se constatou dificuldades de compreensão por parte das assistentes sociais quanto ao processo e significado da gestão privada nos serviços públicos, sendo comum ouvir “sobre isso não posso falar” ou “não compreendo adequadamente”.

[...] o contrato de gestão, então, é muito comum ouvir das profissionais que a gestão não está na minha alçada, então, o debate está muito incipiente ainda, acho que a Frente tem trazido o debate, mas acho que as pesquisas ainda são poucas. É importante a gente ampliar as pesquisas nesse âmbito, para trazer considerações a partir do real do que a gente tá afirmando teoricamente, o que a gente diz não é privatização, é apropriação privada do Fundo Público,

porque acaba com os direitos, mas a gente tem que demonstrar, as pesquisas - fazer o caminho de ida e o caminho de volta -, dizer como está na prática, você desvela, entendeu? Acho que a gente tem pouca apropriação do debate no Serviço Social sobre isso e como isso é ameaçador, entendeu? Assim como as demais categorias profissionais [...] (Profa. Maria Valéria Correia).

A maioria, constituída de 40,55% das assistentes sociais, atua no mesmo local de trabalho a um período de um a cinco anos, o que totalizou 118 respondentes; de seis a dez anos, foram 59 questionários, ou 20,27%. Com período de até um ano de trabalho obteve-se 42 respondentes ou 14,43%. Já no período mais longo, de 11 a 15 anos de atuação no mesmo local, obteve-se 19 questionários, ou 6,53%; esse mesmo percentual para o período de 16 a 20 anos. Nove pessoas, 3,09% estão de 21 até 25 anos no mesmo local de trabalho. 11 pessoas, ou 3,78% atuam de 26 a mais de 30 anos no mesmo local de trabalho. 14 pessoas ou 4,83% deixaram essa questão em branco. Ao agrupar o tempo de trabalho de até um ano com o período de um até cinco anos, obtém-se 160 respondentes, o que totaliza 54,98% das entrevistadas, que estão no início da carreira, pois trabalham no mesmo local no período de até cinco anos, o que revela que são profissionais que estão construindo as suas carreiras e mais sujeitas à rotatividade no trabalho.

Quanto ao número de vínculos empregatícios 190 respondentes ou 65% declararam ter apenas um vínculo; 20% ou 59 pessoas têm dois vínculos de trabalho; Sete pessoas ou 2,4% têm três vínculos. Uma pessoa tem quatro vínculos; uma tem cinco vínculos. Ao somar o total de mais de um vínculo de trabalho, obtém-se 68 respondentes ou 23,36% do total das entrevistadas que trabalham em mais de um local. 11% ou 33 respondentes não responderam essa questão.

Do total de 23,36% (68 respondentes) que afirmaram trabalhar em mais de um local de trabalho, 60,29% ou 41 respondentes atuam em Instituições, 27,94% (11 pessoas) trabalham no CREAS, 11,76% (oito pessoas) trabalham no CRAS, oito pessoas não responderam essa questão.

66,32% - ou 193 questionários - referem a contratação por meio de concursos públicos; 17,53%, ou 51 pessoas, fizeram processo

seletivo, 8,93% ou 26 respondentes afirmaram a contratação por indicação e 7,22%, ou 21 respondentes, deixaram o campo em branco, ou seja, não responderam.

Os serviços públicos têm, cada vez mais, transferido a sua gestão para as entidades privadas, portanto, ainda que públicos a sua organização e gestão são efetuados a partir dos mecanismos da gestão privada, sendo a forma de contratação e de assalariamento determinada por esses mecanismos. Então, está sendo dito que o corpo de funcionários que atua nos serviços públicos, mas que estão sob a gestão de organizações privadas, ainda que na lei essas entidades são descritas sem fins lucrativos, não garante aos funcionários a proteção que deveria preservar o funcionalismo público. A respeito dessas entidades é importante ter em mente que, na realidade, ninguém vai assumir a responsabilidade de gerir um serviço público sem ganhos, como já afirmado pela Profa. Maria Valeria Correia (LOURENÇO, 2016b). Além do mais, promove-se amplo desrespeito aos mecanismos de proteção à administração pública, dessa forma, ao somar o total que informou ser contratado por meio de processo seletivo e por indicação obtém-se o total de 77 respondentes ou 26.46% das contratações das assistentes sociais, que ocorreram sem concurso público, ferindo a forma de inserção no trabalho público.

Destaca-se que a privatização da saúde vem ocorrendo, sistematicamente, por meio de três vias fundamentais, uma delas é o clássico acesso via consulta particular ou convênios médicos privados, que se trata da convivência de serviços públicos e privados; a outra, é a compra que o Estado faz de serviços e procedimentos no mercado, fortalecendo o mercado. Esse mix público-privado foi contemplado na Constituição Federal de 1988, por meio da complementariedade do setor público pelo privado. Mais recentemente, passou a ocorrer a privatização dos serviços de saúde por meio do repasse da estrutura física, de funcionários e financeira para as “[...] entidades parceiras” (BRAVO, 2013).

A partir dos anos de 1990, temos as parcerias, inclusive a gente diz que é legal, é constitucional, porque a complementariedade está na Lei Orgânica, só que a forma que é feita, é ilegal e é inconstitucional, porque, hoje, a complementariedade está invertida, [...] os

procedimentos ambulatoriais, que estão na Média Complexidade e na Atenção Básica, dependendo da concepção que você tem de Atenção Básica... estão... sendo repassados para empresas privadas, ou seja, o mercado faz no lugar do Estado e o Estado compra. Uma aluna minha está fazendo uma pesquisa sobre a nefrologia e ficamos espantadas, ao verificar que o serviço público na área da nefrologia tem diminuído, e esse é um dos mais caros, a alta complexidade, agora, a gente tem visto que também serviços de diagnose, que eram públicos estão sendo fechados e o público, cada vez mais, compra os exames do privado, entendeu? É recurso público, isso é uma forma de privatização, então, essa é a forma legal, mas que como montante a complementariedade está invertida... (Profa. Maria Valéria Correia).

Na CF\1988, o direito universal à saúde foi aprovado, mas também a sua complementariedade pelo setor privado, pois acreditava-se que ocorreria a estatização progressiva, a qual acabou empanada pelo fato de o Estado privilegiar a compra de atendimentos e de exames no mercado. “Essa opção teve o efeito de tornar o setor público dependente dos serviços privados” (MENICUCCI, 2006, p.62). Para a Profa. Maria Valéria Correia, o que está sendo feito é uma complementariedade invertida, já que o privado passa a ter supremacia ante o público. O que vai ao encontro da explicação de Menicucci (2006), que expõe que apesar de o direito universal à saúde não houve rompimento com o padrão segmentado ou com o modelo híbrido de assistência à saúde praticado no país, antes de 1988, na realidade, a autora expõe, que a partir dos anos de 1990, houve novo estímulo, com a criação de mecanismos específicos para a regulação do segmento privado e essa dualidade foi devidamente formalizada.

Assim, em vez de um sistema único de saúde, o que há é um sistema híbrido, dual que se caracteriza por um lado, pela ampliação da intervenção estatal na estruturação e oferta de serviços de saúde públicos; mas de outro lado, se caracteriza também pela ampliação dos serviços privados, que, em grande medida, tem o subsídio do Estado, o qual atua ainda na regulação do setor, garantindo a sua exequibilidade no mercado.

Além da dualidade do sistema de saúde, a partir dos anos de 1990, passa-se a ser adotado no setor público, os novos modelos de gestão, por meio das ditas parcerias-público-privadas (BRASIL, 1995). Ou seja, são entidades terceiras criadas para receber dinheiro público e gerir serviços e, portanto, introduzir no setor público o modelo gerencial de gestão.

[...] outra forma de privatização, são os novos modelos de gestão, que são parcerias escancaradas com as entidades privadas. Então, por mais que se diga que não é privatização, porque dizem que não é... vocês viram a repórter da globo que disse entidades privadas sem fins lucrativos, ela deu a ênfase, aí, é muito interessante. Dizem: “não, de jeito nenhum, é entidade [...]”, E o que é isso? a gente tem aquele documento que a gente expõe *Contra Fatos não há Argumentos...* que mostra o que eu dizendo... (Profa. Maria Valéria Correia).

Disseminou-se um discurso que os modelos privados de gestão são mais rápidos e eficientes na gestão dos equipamentos, como afirmado pela assistente social de um HU “[...] tem aquele discurso..., que a Fundação viabiliza exames mais rápidos”. Observa-se que esse discurso de eficácia e de desburocratização não elimina o problema de falta de recursos para a saúde e da gestão. Na verdade, o que se tem é a retirada de regras necessárias para a administração pública sob o discurso que “[...] é necessário porque sem isso a gente não poderia viabilizar o tomógrafo novo, que estava quebrado ou que funcionava uma semana e que quebrava duas, então, o tomógrafo que veio importado não sei de onde e custou não sei quanto...” (Assistente Social – HU). Esse é um ponto extremamente importante, que se deve salientar a respeito do problema da gestão privada da saúde, que é a imagem que a gestão privada tem mais agilidade para realizar compras de materiais e equipamentos necessários ao funcionamento dos serviços, já que, na ausência de uma adequada compreensão dessa relação, ocorre a transformação de serviços públicos em mercado público, ou seja, a compra permanece em profundo mistério, comprou de quem, por qual valor, nada é informado. Ademais por se tratar de gestão privada está livre de efetivar licitação para as compras e de fazer as prestações de conta nos moldes da administração pública.

Apesar disso, é bom reforçar o dito pela profissional durante a entrevista: “[...] então, esse repasse é do SUS para a Fundação que compra”. É uso de dinheiro público sendo investido sem maiores transparências.

Observa-se que a criação de formas estratégicas de gestão para burlar as regras da administração pública representa uma série de ameaças aos direitos sociais.

Tudo vai se perdendo... se fosse um hospital público e as pessoas entendessem o quanto que é de fato um direito, pois, às vezes, até profissionais não tem essa noção de direito e a população que a gente atende também não, então, é um trabalho que temos que construir e o fato de estar sob a gestão da OS caminha na contramão desse sentido... (Grupo Focal– HospitalFilantrópico).

[...] os novos modelos de gestão ameaçam os direitos sociais, por que? As OS, e se você pegar a Lei 9.637⁶, que é a Lei das OS de 1998, ela diz que o serviço público será extinto, e se transformará em Organização Social, ela fala em extinção, a palavra na Lei é extinção e isso já se comprova, pois estou na Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde e acompanho as coisas no Brasil inteiro... (Profa. Maria Valéria Correia).

Ainda que alguns direitos estejam atrelados ao contrato de gestão, não há preocupação em efetivar o direito à saúde, pois como dito pelas entrevistadas, oferta-se o básico, para cumprir tabela ou o que está nos contratos. Portanto, sem preocupação com o fortalecimento do SUS e seus princípios e a garantia dos direitos e da saúde coletiva.

A Profa. Maria Valéria Correia enfatiza que a partir das Fundações, engana quem pensa que esse modelo de gestão não precariza o trabalho ou não destrói direitos, até porque a Fundação pode passar essa imagem porque ela realiza concursos públicos, mas a contratação é por meio da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). Na entrevista, ela relata que trabalhador(a)s de uma unidade de saúde, que era gerenciada por uma Fundação, estavam

⁶ Lei Nacional que dispõe sobre a publicização (BRASIL, 1998).

há três meses sem receber os respectivos salários e ao procurar pela Secretaria Municipal de Saúde, foram encaminhados de volta à Fundação, que justificou que pagaria quando quisesse. Então, esse é um dos exemplos do desmando da gestão privada nos serviços públicos, por meio das ditas “entidades parceiras”. Além de total desrespeito às regras criadas para a lisura e transparência da administração pública fere-se frontalmente os direitos do(a) trabalhador(a) e do próprio direito social na sua real significância.

É preciso dizer também que 26.46% das contratações das assistentes sociais ocorreram sem concurso público para o trabalho no âmbito do SUS, o que implica na coexistência dos vários tipos de contratos trabalhistas, mas, para além da precarização do trabalho, as OS, Fundações e EBSERH promovem ameaças ao direito universal à saúde.

A ideia que o governo busca passar é que os modelos privados de gestão resolvem os problemas relativos à falta de trabalhador(a) do setor público e de aquisição de materiais. Contudo, a gestão ocorre sem maiores debates e discussões com a sociedade e com o(a) trabalhador(a) envolvido(a). Como resultado, além da existência de um corpo de funcionário(a) com vínculos diferentes, há também salários e jornada distintos. O que gera uma grande fragmentação entre o(a) trabalhador(a) do setor público. Outros problemas que comparecem se referem à interferência da gestão dos serviços, com imposições e perseguições aos trabalhador(a) que não se adequam ou que fazem algum questionamento à falta de transparência dos gastos, das contratações e aos métodos gerencias.

A Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde vem questionando os processos e denunciando a forma como os modelos privados usam os recursos públicos, esvaziando o seu sentido e restringindo os direitos, ao mesmo tempo, que se apropria dos recursos (FRENTE NACIONAL CONTRA A PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE, 2011).

Quanto a carga horária de trabalho das assistentes sociais na área da saúde, constatou-se que 61%, ou 178 respondentes, trabalham seis horas diárias, ou seja, 30 horas semanais e 12,33% atuam 40 horas semanais; 2,74% fazem 20 horas semanais, 10,96% afirmaram fazer outra carga horária se referindo a 60 ou 45 horas semanais (em decorrência de mais de um vínculo de trabalho).

Embora tenha predominado a jornada de trabalho de 30 horas semanais, ou seis horas diárias, para as assistentes sociais que atuam na saúde, verifica-se que os modelos privados de gestão impõem sérias diferenças para a carga horária de trabalho dentro de um mesmo serviço, como é o caso do Hospital Filantrópico, o qual é gerido por uma OS, onde se realizou um grupo focal com assistentes sociais. Verificou-se que no início da implementação da legislação federal, de 2010, que estabeleceu a jornada de trabalho de seis horas diárias para o Serviço Social, ocorreu inúmeras situações de desrespeito a esse direito e às assistentes sociais.

As assistentes sociais afirmaram que conseguiram fazer as seis horas diárias a partir da Lei Federal (BRASIL, 2010), mas isso somente foi possível em decorrência da capacidade de organização e resistência. Pois diante da redução da carga horária, a primeira coisa que a OS buscou efetivar foi a redução dos salários.

Com a mudança na carga horaria, tivemos que fazer uma reunião e foi um período horrível..., não sei como tivemos energia para suportar as hostilidades, telefonemas, até coisas bobas como “virar a cara”, os advogados do Hospital e a diretoria se posicionavam como um paredão e batiam a mão na mesa. Não tivemos apoio da equipe multi, porque ela se retraiu, porque todos esses males que, às vezes, a equipe multi também passava com processos semelhantes em tramitação, e as falas eram: “se vocês aceitarem nós teremos que aceitar”. E nós, em um grupo de profissionais, buscando força uma na outra, recorremos ao sindicato, consultando primeiro um advogado trabalhista que nos apoiou muito, a fala dele foi muito importante, a participação no acolhimento..., ficávamos naquela ansiedade e o Hospital em silêncio, não nos chamava para nada e o advogado sempre falando para termos calma e esperar. Até que nos chamaram para uma reunião com todas nós, foi mais para chover no molhado, para falar que nós estávamos sendo injustas com as outras equipes.... (Grupo Focal– HospitalFilantrópico).

Observa-se que as assistentes sociais para acessarem o direito à jornada de 30 horas semanais no Hospital, sem redução salarial, foram hostilizadas, pressionadas de tal maneira que elas não sabem

como conseguiram suportar tamanha pressão. Interessante que não se tratou de discussões técnicas, mas de uso de mecanismos que interatuam diretamente no emocional, buscando fragilizá-las, como informado, a diretoria e o advogado do Hospital não dirigiam o olhar à elas e durante reuniões batiam na mesa, o que indica a postura machista e violenta que se impõe sobre a classe trabalhadora, sobretudo, quando se tratam de trabalhadoras. A gestão utilizou também da estratégia do silêncio, o que favorece à ansiedade e ao medo, pois sem saber claramente sobre os posicionamentos do Hospital, as assistentes sociais não tinham como se organizar. Ademais, em uma das reuniões mencionadas pelas entrevistadas, a gestão se valeu ainda do apelo moral como se as profissionais ao buscarem os seus direitos estivessem sendo injustas com o(a)s demais profissionais.

A equipe multiprofissional do referido Hospital apesar de se solidarizar com o grupo de assistentes sociais, não participou ou apoiou efetivamente a sua luta pelo direito de fazer 30 horas semanais, sem redução salarial, conforme a conquista legal da categoria de Serviço Social em território nacional. As assistentes sociais informam que a equipe multiprofissional do referido Hospital verbalizou medo que se as assistentes sociais aceitassem a redução da jornada de trabalho, seria possível o hospital estender a redução salarial para todas as profissões, apesar da consciência que a intensificação do trabalho e o possível rebaixamento salarial seria estendido para outras profissões, a equipe multiprofissional não atuou em conjunto.

Foi um período horrível, nós ficamos recebendo um salário menor durante seis meses, não me recordo sobre a porcentagem que reduziu, e isto afetou a nossa vida particular, nós vivemos momentos difíceis e, ainda, tínhamos que atender os mesmos indicadores, nós tínhamos que atender os usuários e a nossa demanda não é fácil, temos atendimentos muito particularizados e difíceis, e nós tivemos que segurar a onda e nós conseguimos. Desta forma, o outro passo foi pedir para o sindicato contatar o Ministério do Trabalho... e enviaram um email para diretoria do hospital, que seria necessário uma visita aqui para ser descrito no processo de negociação e, aí, responderam que os salários foram mantidos, que

iriam voltar o salário e pagariam as perdas anteriores. Então, voltou e, hoje, a gente está normal e muita gente saiu do hospital e amenizou os tratamentos que eram hostis (Grupo Focal– HospitalFilantrópico).

As assistentes sociais do referido hospital foram muito unidas e não deixaram se intimidar pelas ameaças e todo tipo de pressão feita pelos gestores para o aceite do rebaixamento salarial em decorrência da redução da carga horária de oito para seis horas diárias.

Na realidade, a atual gestão do trabalho dissemina o individualismo, fato que favorece muito às empresas. Mas isso não é tarefa fácil, na verdade, a organização política é muito complicada, porque a classe trabalhadora, independente se realiza trabalho simples ou trabalho complexo, tem uma dependência econômica com o empregador, daí que há o medo de perder o emprego, o salário e de manter a vida, ainda mais em contexto de desemprego.

Quanto ao salário 21%, ou 60 respondentes, afirmaram receber de dois a três salários mínimos. Esse mesmo percentual especificou “outros” sem informar qual valor se trata. 16%, ou 47 respondentes, disseram receber de três a quatro salários mínimos. Mas 15%, ou 43 respondentes, afirmaram receber até dois salários mínimos. 11% [33 respondentes] informaram receber de quatro a cinco salários mínimos, sendo que esse mesmo percentual também foi indicado para o grupo de cinco a seis salários mínimos. 5% [15 questionários] deixaram essa questão em branco.

Interessante observar que 15% das respondentes recebem até dois salários mínimos, ou seja, de R\$937,00 até R\$1.874,00. 16% declararam receber entre R\$2.800,00 (Dois mil e oitocentos reais) até R\$3.748,00 (três mil setecentos e quarenta e oito reais), ou seja, de três a quatro salários mínimos. Ao somar total de pessoas que indicaram receber de dois a quatro salários mínimos, ou de R\$1.874,00 até R\$3.748,00, obtém-se o total de 107 questionários ou 36,76%.

36% disseram receber até R\$3.748,00, pode-se dizer que as assistentes sociais ganham em média até quatro salários mínimos nos serviços de saúde, o que é considerado um salário mediano, quando relacionado ao mínimo oficial, mas, segundo, o Dieese o

salário mínimo necessário deveria ser no valor de R\$3.810,00 (três mil, oitocentos e dez reais).

Na verdade, qualquer concurso hoje no Hospital das Clínicas, o salário pode ser um pouquinho maior por conta do prêmio incentivo, porque se você tirar o prêmio incentivo, o salário cai, cai muito, acho que não dá R\$1.100,00 (Um mil e cem reais) inicial. Você vê eu entrei no hospital ganhando só salário do Estado registrado na carteira, entrei ganhando 900 reais, há doze anos e, hoje, é o que R\$1.300,00 bruto, sem o prêmio incentivo (Assistente Social – HU).

Ao analisar a proporção dos salários se comparado com o restante da classe trabalhadora poder-se-ia dizer, apressadamente, que se tratam de salários altos, tendo em vista o valor do mínimo no país. Mas, antes de se pensar no salário é necessário pensar no investimento feito pelas profissionais, na formação de graduação (ainda que nos últimos anos essa tem sofrido enorme precarização) e pós-graduada, no trabalho que realizam, a lida cotidiana com o sofrimento e demandas muito particulares, que exercem enorme pressão emocional sobre as profissionais, que nem sempre conseguem dar os encaminhamentos necessários, visto que enfrentam inúmeros limites para o atendimento e resolutividade às situações apresentadas. Além disso, a recompensa financeira, nem sempre é compatível, com formação continuada, com o acesso a atividades culturais e de lazer, impactando negativamente o trabalho e a sócio reprodução da vida.

Verifica-se ampla heterogeneidade nos valores percebidos entre as profissionais, as entrevistas auxiliam na compreensão desse processo. Os salários nas Secretarias Municipais de Saúde seguem os valores estipulados e construídos naquele nível, em torno de R\$2.600,00 (Dois mil e seiscentos reais), demonstrando valores um pouco mais altos que os salários pagos pelo Hospital Filantrópico e HU, os quais apresentaram valores muito baixos, em torno de R\$1.400,00, ausente os benefícios e incentivos mencionados pelas assistente sociais.

Mais uma vez é preciso destacar as diferenças salariais promovidas pela distinção de vínculos, sobretudo, por meio dos modelos privados de gestão. Observa-se que o Estado rebaixa ao máximo os

salários dos seus funcionários, daí que as OS, Fundações, EBSERH ao contratarem acabam oferecendo salários um pouco mais altos que o valor pago pelo Estado. Fator que promove falsa imagem da gestão privada como melhor.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo, verificou-se que há uma contradição pulsante que revela um saber-fazer profissional do Serviço Social nos serviços de saúde, que visa estreitar o conhecimento dos problemas de saúde e sociais, ora categorizando-os em patologias, ora em hierarquias sociais, tanto um como outro isento dos antagonismos de classe. Em consequência, os efeitos colaterais desse deslocamento das questões mais estruturais para o indivíduo, que adoece e morre ou que restabelece a sua condição de saúde, tornam as ações mais voltadas para o acionamento de mecanismos capazes de garantir o acesso ao direito à saúde, sem dúvida de extrema importância, contudo, reduz esse direito a um consumo de medicamentos ou outros insumos necessários ao mínimo tratamento e ou melhoria da qualidade de vida diante de alguma doença e ou limitação provocada por esta, torna a prática na saúde necessária em termos de assistência, mas limitadora em termos mais gerais.

Constatou-se que os serviços de saúde vêm sendo transferidos para a gestão privada e isso cria uma fragmentação muito grande entre o(a)s trabalhador(a)s, que têm condições contratuais, salariais e jornadas diferentes, o que afeta as suas condições de trabalho e sua organização política. Observa-se que 26.46% das assistentes sociais foram contratadas sem passar pelo crivo do concurso público, o que gera instabilidade e insegurança, situando-as na corda bamba das relações políticas, tanto para a contratação quanto para a demissão.

O que está ocorrendo é a substituição de trabalhador(a)s público(a)s e concursados(as) por trabalhador(a)s terceirizado(a)s e celetistas. A estrutura institucional é a mesma, mas os modelos privados de gestão têm viabilizado o uso dos serviços públicos à iniciativa privada, por meio da incorporação de leitos destinados a convênios particulares e atendimentos privados, assim, essas empresas não precisaram investir na estrutura e passam a utilizá-las comercialmente. A estrutura dos Hospitais Universitários foi feita ao

longo de muitos anos com o investimento público e, agora, esses passam a ser geridos por profissionais vinculados à iniciativa privada sem qualquer conhecimento e defesa do SUS (LOURENÇO, 2016b).

É importante deixar claro que a gestão privada da saúde não significa ampliação dos serviços, embora seja bastante comum a cobrança pelo aumento do número de atendimento, o que está ocorrendo é apenas a mudança de gestão, com esvaziamento do que é público e do sentido do direito.

São várias questões que foram constatadas neste estudo, por exemplo, o uso de termos genéricos para a contratação de assistentes sociais, assim, na saúde utiliza-se o termo Agente Técnico em Saúde, que pode englobar inúmeras profissões, o que permite maior autonomia para o empregador em pagar baixos salários e exigir a jornada de 40 horas semanais. Para as assistentes sociais é uma grande perda, já que a conquista de 30 horas semanais foi difícil de se conseguir e, ainda hoje, grande parte das profissionais não conseguiram acessar esse direito. Como também ainda não se conseguiu a aprovação da lei que garanta o piso salarial para as assistentes sociais, sendo essa uma reivindicação que pede o salário de R\$3.700,00 (três mil e setecentos reais). Durante as entrevistas, verificou-se que a Fundação remunera um pouco melhor que o Estado, assim, abre a possibilidade para que a gestão privada dos serviços públicos envolva o(a)s trabalhador(a)s numa miríade de relações bastante fragmentadas e distintas. São formas de contratação diferentes, carga horária diferente e salário também diferenciado. Mas, no depoimento da assistente social do HU, há uma questão crucial que se quer destacar: trata-se da naturalização do caráter privado no interior do que é público, inclusive indicando a separação de uma ala do hospital ao atendimento privado, ela indica a existência de uma porta e vidro, para essa separação, mas o atendimento particular está nas várias clínicas e nos vários andares do HU, o que gera grande confusão. Então, acredita-se que o caráter do que é público vai se perdendo, além de se criar uma grande diferença no tratamento dentro de uma mesma instituição.

A Profa Maria Valéria Correia chama a atenção para o fato que o Serviço Social ainda tem mantido determinada distância do debate

da privatização da saúde, ou seja, da gestão privada nos serviços públicos, o que é importante para a compreensão dos seus vínculos de trabalho, mas sobre tudo, para a defesa dos direitos sociais e do SUS de qualidade e 100% estatal.

REFERÊNCIAS

ALVES, Giovanni. **A Tragédia de Prometeu**. Bauru: Práxis, 2016.

ANTUNES, Ricardo. **Os sentidos do trabalho**: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho. São Paulo: Boitempo, 2009.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 13.467, de 13 de julho de 2017**. Altera a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 10 de maio de 1943, e as Leis nºs 6.019, de 3 de janeiro de 1974, 8.036, de 11 de maio de 1990, e 8.212, de 24 de julho de 1991, a fim de adequar a legislação às novas relações de trabalho. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/L13467.htm>. Acesso em: 30 set. 2017a.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 13.429, de 31 de março de 2017**. Altera dispositivos da Lei nº 6.019, de 3 de janeiro de 1974, que dispõe sobre o trabalho temporário nas empresas urbanas e dá outras providências; e dispõe sobre as relações de trabalho na empresa de prestação de serviços a terceiros. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/L13429.htm>. Acesso em: 30 set. 2017b.

BRASIL. Congresso. Câmaras dos Deputados. **Proposta de Emenda à Constituição nº 55, de 2016 - PEC do Teto dos Gastos Públicos**. Brasília (DF), 2016. Disponível em: <<https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/127337?o=c>>. Acesso em: 30 set. 2017.

BRASIL. Congresso. Câmara dos Deputados. **PEC 87/2015**: Proposta de Emenda à Constituição. Brasília (DF), 2015. Disponível em: <<http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=1567815>>. Acesso em: 15 set. 2017.

BRASIL. Presidência da República. **Lei no. 12.317, de 26 de agosto de 2010**. Acrescenta dispositivo à Lei no. 8.662, de 7 de julho de 1993, para dispor sobre a duração do trabalho do Assistente

Social. Brasília (DF), 2010. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/lei/l12317.htm>. Acesso em: 12 jun. 2017.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998**. Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização, a extinção dos órgãos e entidades que menciona e a absorção de suas atividades por organizações sociais, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9637.htm>. Acesso em: 13 mar.2017.

BRASIL. Presidência da República. Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Brasília: DF. 1995. Disponível em: <<http://www.bresserpereira.org.br/Documents/MARE/PlanoDiretor/planodiretor.pdf>>. Acesso em: 28, dez., 1995.

BRASIL. **Constituição Federal de 1988**. Disponível em: <https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf?sequence=1?concurso=CFS%202%202018>. Acesso em: 15 mai. 2017.

BRAVO, Maria Inês de Souza. **Saúde e Serviço Social no Capitalismo: fundamentos sócio-históricos**. São Paulo: Cortez, 2013.

BRITO, Jussara; OLIVEIRA, S. Divisão Sexual do Trabalho e a desigualdades nos espaços de trabalho. In: FILHO, João Pereira da Silva; JARDIM, Silvia (Orgs.). **A danação do trabalho: organização do trabalho e sofrimento psíquico**. Rio de Janeiro: Te Cora, 1997. p. 245-264.

CISNE, Mirla. **Gênero, divisão sexual do trabalho e Serviço Social**. São Paulo: Outas Expressões, 2015.

DARDOT, Pierre; LAVAL, Christian. **A nova razão do mundo: ensaio sobre a sociedade neoliberal**. São Paulo: Boitempo, 2016.

GRANEMANN, S. et al. **Financeirização, Fundo Público e Política Social**. São Paulo: Cortez, 2012.

FRENTE NACIONAL CONTRA A PRIVATIZAÇÃO DA SAUDE. Documento “Contra Fatos não há argumentos que sustentam as Organizações Sociais no Brasil”. In: BRAVO; MENEZES (Orgs).

Cadernos de Saúde: saúde na atualidade: por um sistema único estatal, universal, gratuito e de qualidade. 2011. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2011. Disponível em: <<https://docs.google.com/file/d/0B55E03eNUSwpTIZzYIBnNjBTcHFEbnZaRXBHNWNmQQ/edit?pli=1>>. Acesso em: 27 set. 2017.

LOURENÇO, Edvânia Ângela de Souza (Org.). **Saúde do/a trabalhador/a e Serviço Social:** estudos da relação trabalho e saúde no capitalismo contemporâneo. São Paulo: Papel Social, 2016a.

LOURENÇO, Edvânia Ângela de Souza. Política de saúde no Brasil: A dualidade do sistema público-privado e as consequências para o direito à saúde In: SILVA, José Fernando Siqueira; GUTIÉRREZ, Teresa del Pilar Muñoz (Orgs.). **Política Social e Serviço Social:** Brasil e Cuba em debate. São Paulo : Veras, 2016b. p. 99-128.

LOURENÇO, Edvânia Ângela de Souza; LACAZ, Franciso Antonio de Castro; GOULART, Patrícia Martins. Crise do capital e o desmonte da Previdência Social no Brasil. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 130, p. 467-486, set. dez. 2017.

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. Política de Saúde no Brasil: entraves para universalização e igualdade da assistência no contexto de um sistema dual. In: **Serviço Social e Sociedade**, ano 27, n. 87, p. 58 -75, set. 2006.

NOGUEIRA, Claudia Mazzei. **O trabalho duplicado:** a divisão sexual no trabalho e na reprodução: um estudo das trabalhadoras do telemarketing. São Paulo: Expressão Popular, 2006.

NAVARRO, Vera Lúcia; LOURENÇO, Edvânia Ângela de Souza. **O avesso do trabalho IV:** terceirização, precarização e adoecimento no mundo do trabalho. São Paulo: Expressão Popular, 2017.