

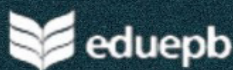


# EDUCAÇÃO PERMANENTE PARA ASSISTENTES SOCIAIS ATUANTES NA ÁREA DA SAÚDE NA PARAÍBA

ORGANIZADORAS:

ALESSANDRA XIMENES DA SILVA  
ANNA RAQUEL ANDRADE GONZAGA  
ISADORA SILVEIRA COSTA

MÔNICA BARROS DA NÓBREGA  
NATALY ISABELLE PESSOA DA SILVA PINTO  
PALOMA RÁVYLLA DE MIRANDA LIMA  
SANDRA AMÉLIA SAMPAIO SILVEIRA



Alessandra Ximenes da Silva | Anna Raquel Andrade Gonzaga  
Isadora Silveira Costa | Mônica Barros da Nóbrega  
Nataly Isabelle Pessoa da Silva Pinto | Paloma Rávylly de Miranda Lima  
Sandra Amélia Sampaio Silveira  
(Organizadoras)

# EDUCAÇÃO PERMANENTE PARA ASSISTENTES SOCIAIS ATUANTES NA ÁREA DA SAÚDE NA PARAÍBA



Campina Grande-PB | 2023



**Universidade Estadual da Paraíba**  
Prof<sup>a</sup>. Célia Regina Diniz | *Reitora*  
Prof<sup>a</sup>. Ivonildes da Silva Fonseca | *Vice-Reitora*



**Editora da Universidade Estadual da Paraíba**  
Cidoval Morais de Sousa | *Diretor*

### **Conselho Editorial**

Alessandra Ximenes da Silva (UEPB)  
Alberto Soares de Melo (UEPB)  
Antonio Roberto Faustino da Costa (UEPB)  
José Etham de Lucena Barbosa (UEPB)  
José Luciano Albino Barbosa (UEPB)  
Melânia Nóbrega Pereira de Farias (UEPB)  
Patrícia Cristina de Aragão (UEPB)



Editora indexada no SciELO desde 2012



Editora filiada a ABEU

**EDITORA DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA**  
Rua Baraúnas, 351 - Bairro Universitário - Campina Grande-PB - CEP 58429-500  
Fone: (83) 3315-3381 - <http://eduepb.uepb.edu.br> - email: [eduepb@uepb.edu.br](mailto:eduepb@uepb.edu.br)

**Expediente EDUEPB*****Design Gráfico e Editoração***

Erick Ferreira Cabral  
Jefferson Ricardo Lima A. Nunes  
Leonardo Ramos Araujo

***Revisão Linguística e Normalização***

Antonio de Brito Freire  
Elizete Amaral de Medeiros

***Assessoria Técnica***

Carlos Alberto de Araujo Nacre  
Thaise Cabral Arruda  
Walter Vasconcelos

***Divulgação***

Danielle Correia Gomes

***Comunicação***

Efigênio Moura

Depósito legal na Câmara Brasileira do Livro - CDL

E24 Educação permanente para assistentes sociais atuantes na área da saúde na Paraíba / organizadores, Alessandra Ximenes da Silva ... [et al.]. – Campina Grande : EDUEPB, 2023. 436 p. : 15 x 21 cm

ISBN 978.85.7879.893-2 (Impresso)

ISBN 978.85.7879.890-1 (E-book)

1. Assistência social. 2. Saúde mental. 3. Educação permanente. I. Silva, Alessandra Ximenes da. (org.). II. Título.

CDD 613.62

Ficha catalográfica elaborada por Maria Ivaneide. de A. S. C. Marcelino – CRB-15/473

Copyright © EDUEPB

A reprodução não-autorizada desta publicação, por qualquer meio, seja total ou parcial, constitui violação da Lei nº 9.610/98.

# SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO .....	9
PREFÁCIO .....	19
PARTE I: SAÚDE, SERVIÇO SOCIAL E PROJETO ÉTICO-POLÍTICO PROFISSIONAL NO CONTEXTO DA PANDEMIA E PÓS-PANDEMIA DE COVID-19	
<u>CAPÍTULO 1</u> - POLÍTICA DE SAÚDE E SERVIÇO SOCIAL: TRABALHO E LUTAS DA PANDEMIA DE COVID-19 AO NOVO GOVERNO LULA .....	27
Elaine Junger Pelaez	
<u>CAPÍTULO 2</u> - O CONTEXTO DE FINANCEIRIZAÇÃO E CONSERVADORISMO POLÍTICO: GLOSAS CRÍTICAS SOBRE O SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE .....	51
Angely Dias da Cunha	
<u>CAPÍTULO 3</u> - INSTRUMENTALIDADE E SERVIÇO SOCIAL NO CONTEXTO DA LITERATURA CRÍTICA .....	83
Erlenia Sobral do Vale Silvana Mara de Moraes dos Santos	
<u>CAPÍTULO 4</u> - O TRABALHO DAS(DOS) ASSISTENTES SOCIAIS NA SAÚDE NO CONTEXTO DA PANDEMIA DA COVID-19: LIMITES E POSSIBILIDADES .....	121
Juliana Souza Bravo de Menezes	

<b><u>CAPÍTULO 5 - DETERMINAÇÃO SOCIAL DA SAÚDE: PERSPECTIVA FUNDAMENTAL PARA O DEBATE DO SERVIÇO SOCIAL</u></b> .....	143
Kathleen Elane Leal Vasconcelos	

<b><u>CAPÍTULO 6 - BREVES CONSIDERAÇÕES SOBRE A ORGANIZAÇÃO POLÍTICA DA CATEGORIA: DESAFIOS DO TEMPO PRESENTE</u></b> .....	165
Thaísa Vanessa Costa Oliveira Wigne Nadjare Vieira da Silva	

## PARTE II: O TRABALHO DO/A ASSISTENTE SOCIAL NA POLÍTICA DE SAÚDE

<b><u>CAPÍTULO 7 - SERVIÇO SOCIAL: ATRIBUIÇÕES E COMPETÊNCIAS PROFISSIONAIS NA CONTEMPORANEIDADE</u></b> .....	175
Anna Raquel Andrade Gonzaga   Maria Danúbia Dantas de Carvalho Mônica Barros da Nóbrega   Paloma Rávylly de Miranda Lima Sandra Amélia Sampaio Silveira	

<b><u>CAPÍTULO 8 - INSTRUMENTALIDADE DO SERVIÇO SOCIAL: A RELAÇÃO ENTRE O PLANEJAMENTO E A INTERVENÇÃO PROFISSIONAL</u></b> .....	193
Thereza Karla de Souza Melo	

<b><u>CAPÍTULO 9 - A SAÚDE MENTAL DO/A TRABALHADOR/A EM TEMPOS DE ULTRANEOLIBERALISMO</u></b> .....	215
Fernanda Luma G. Barboza   Glaucineth Cavalcante Jaciera dos Santos Silva	

<b><u>CAPÍTULO 10 - ENTRE REQUISIÇÕES INDEVIDAS E ATRIBUIÇÕES PRIVATIVAS NO TRABALHO DO(A) ASSISTENTE SOCIAL NA ÁREA HOSPITALAR</u></b> .....	237
Japson Gonçalves Santos Silva Maria Alcina Terto Lins	



<b><u>CAPÍTULO 11 - A SAÚDE MENTAL E O SERVIÇO SOCIAL</u></b> <b>NO CONTEXTO DA PANDEMIA.....</b>	<b>259</b>
Tereza Cristina Ribeiro da Costa	

<b><u>CAPÍTULO 12 - O TRABALHO PROFISSIONAL</u></b> <b>DA/O ASSISTENTE SOCIAL NO ÂMBITO DA SAÚDE</b> <b>NO ENFRENTAMENTO DO RACISMO INSTITUCIONAL.....</b>	<b>277</b>
Franciele da Silva Santos	
Jussara Francisca de Assis dos Santos	

**PARTE III: EDUCAÇÃO PERMANENTE PARA OS/AS ASSISTENTES  
SOCIAIS ATUANTES NA ÁREA DA SAÚDE NO CONTEXTO  
DA PANDEMIA E PÓS-PANDEMIA DE COVID-19**

<b><u>CAPÍTULO 13 - EDUCAÇÃO PERMANENTE PARA</u></b> <b>ASSISTENTES SOCIAIS ATUANTES NA POLÍTICA</b> <b>DE SAÚDE NA PARAÍBA.....</b>	<b>303</b>
Alessandra Ximenes da Silva	
Nataly Isabelle Pessoa da Silva Pinto	

<b><u>CAPÍTULO 14 - EXTENSÃO JUNTO A ASSISTENTES</u></b> <b>SOCIAIS QUE ATUARAM NA SAÚDE DURANTE</b> <b>A PANDEMIA DE COVID-19 NA PARAÍBA: ATRIBUIÇÕES,</b> <b>COMPETÊNCIAS E IMPORTÂNCIA DO PLANEJAMENTO.....</b>	<b>329</b>
Anderson Nayan Soares de Freitas   Anna Raquel Andrade Gonzaga	
Sandra Amélia Sampaio Silveira	

<b><u>CAPÍTULO 15 - “QUANDO O ÓBITO TORNOU-SE ROTINA”!</u></b> <b>COMO ASSISTENTES SOCIAIS DA SAÚDE</b> <b>ENFRENTARAM A COVID-19 NA CAPITAL</b> <b>PARAIBANA NA MESORREGIÃO DE JOÃO PESSOA.....</b>	<b>355</b>
Ademir Vilaronga Rios Júnior   Fernanda Marques de Sousa	
Gisele Cardoso da Silva   Herivânia de Melo Ferreira e Oliveira	
Lyzandra Teixeira da Silva   Maria Aparecida Nunes dos Santos	
Mônica Barros da Nóbrega   Nathallya Lethierry de Gouveia Neves	

<b><u>CAPÍTULO 16</u> - EDUCAÇÃO PERMANENTE PARA ASSISTENTES SOCIAIS NA MESORREGIÃO DO BREJO, CARIRI E AGRESTE.....</b>	<b>375</b>
Alessandra Ximenes da Silva   Anderson Nayan Soares de Freitas Isadora Silveira Costa   Glauce Suassuna Figueiredo Gláucia Barbosa de Negreiros   Nataly Isabelle Pessoa da Silva Pinto Mairan Rangel Agra   Rosiane de Souza Moreira	
<b><u>CAPÍTULO 17</u> - EDUCAÇÃO PERMANENTE PARA ASSISTENTES SOCIAIS NA MESORREGIÃO DO SERTÃO DA PARAÍBA.....</b>	<b>399</b>
Paloma Rávylla de Miranda Lima   Sandra Amélia Sampaio Silveira Anna Raquel Andrade Gonzaga   Naedja Pereira Barroso Stefanny Beserra Nunes	
<b>SOBRE OS/AS AUTORES/AS .....</b>	<b>421</b>



## APRESENTAÇÃO

Este livro resulta da análise do Projeto de Extensão *Educação Permanente para os/as Assistentes Sociais Atuantes na Área da Saúde no Contexto da Pandemia e Pós-Pandemia de Covid-19 na Paraíba*, desenvolvido no período 2021-2023. O projeto foi uma resposta à demanda apresentada ao Departamento de Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB) pelo Conselho Regional de Serviço Social da 13ª Região, devida à necessidade de ações do Serviço Social no enfrentamento da pandemia, numa conjuntura adversa, uma vez que o país se encontrava sob a ofensiva ultraneoliberal do Governo Bolsonaro e enfrentava implicações sobre os direitos e políticas sociais.

Vale a pena ressaltar que o contexto possibilitou ao mesmo tempo uma reflexão e um debate profícuos acerca das atribuições, competências, demandas e respostas profissionais encaminhadas pelo conjunto formado pelo Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), os Conselhos Regionais de Serviço Social (CRESS), a Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS) e os departamentos e os cursos de graduação e pós-graduação em Serviço Social. Nessa difícil conjuntura, os/as assistentes sociais, enquanto profissionais que integram os processos coletivos de trabalho na saúde, foram desafiados/as pela precarização do trabalho e dos direitos sociais em virtude dos cortes de recursos das políticas sociais.

A partir da experiência prática de Educação Permanente provocada pelo Projeto de Extensão, no sentido de articular e dar direcionamento às iniciativas profissionais, ao evidenciar o seu caráter coletivo e calcado no projeto profissional crítico, foram relevantes os aspectos estruturais, os processos de trabalho, as correlações de forças institucionais, o público usuário, as formas de planejar o trabalho profissional, a organização política, a importância das entidades da categoria, entre outros aspectos. Todos esses fatores foram objetos de intensos debates e de construção de respostas qualificadas ao longo dos três anos de abrangência de tal Projeto, cuja cobertura tentou abarcar expressivamente o território paraibano.

A primeira parte da coletânea está composta por seis capítulos que tratam sobre o contexto político, econômico, social e sanitário da pandemia de Covid-19, relacionando-o ao Projeto Ético-Político Profissional do Serviço Social e às requisições postas para o trabalho de assistentes sociais. O capítulo intitulado “Política de saúde e Serviço Social: trabalho e lutas da pandemia de Covid-19 ao novo governo Lula”, de autoria de Elaine Junger Pelaez, analisa algumas requisições postas para o trabalho de assistentes sociais na saúde a partir dos tensionamentos advindos da crise sanitária. Propõe estratégias para o fortalecimento do Projeto Ético-Político, com inspiração na história e no presente das lutas. Para a autora, o Projeto Ético-Político Profissional é fortalecido, ainda, na ação profissional e cotidiana pautada na recusa do arbítrio e do autoritarismo, na defesa da liberdade como valor ético central e no reconhecimento das repercussões perversas da desigualdade social da exploração do trabalho. Os desafios relacionados ao trabalho profissional demarcam a necessidade de apreender, em um processo constante, quais as condições, requisições e desafios do trabalho de assistentes sociais, em um movimento que exige conhecer e explicitar também as determinações da crise do capital e da crise sanitária.

O capítulo intitulado “O contexto de financeirização e conservadorismo político: glosas críticas sobre o Serviço Social na saúde”, de Angely Dias da Cunha, analisa o Serviço Social na saúde, em um contexto de avanço do conservadorismo político e da

financeirização. Destaca como elemento desse contexto que a crise do capital e suas manifestações econômicas, políticas, sociais, culturais e ideológicas exigem do conjunto das profissões um repensar das suas práticas e dos seus fundamentos. Nessa dimensão, tem-se que o avanço do conservadorismo no Brasil atrela-se ao momento de recessão econômica e de crise política como forma de preparar ideologicamente a população para um processo mais intenso e explícito de retirada de direitos e arrocho salarial. Os movimentos de extrema direita têm socializado suas ideias como se essas fossem universais, educando o senso comum segundo o cânone da ideologia conservadora, de modo a construir as condições necessárias para o consentimento ativo e passivo da sociedade ao projeto em questão, para, assim, consolidar a hegemonia do capital financeiro e do pensamento conservador em níveis nacionais e internacionais.

O capítulo intitulado “Instrumentalidade e Serviço Social no contexto da literatura crítica”, de Erlenia Sobral do Vale e Silvana Mara de Moraes dos Santos, aborda, a partir da experiência de docentes dos cursos de Serviço Social da Universidade Estadual do Ceará (Uece) e da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) que atuam no ensino dos componentes curriculares sobre o *tema trabalho e instrumentalidade da profissão*, o conjunto de preocupações dos/as discentes em apreender, de forma mais operacional, a prática profissional. As autoras analisam a questão, seguindo a tendência crítica do debate no Brasil, observando que, mesmo em face da renovação teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa e de todo o acúmulo da cultura crítica do Serviço Social, as turmas se atualizam em questionamentos sobre o caráter generalista da formação profissional, acompanhados de uma tendência a evidenciar dificuldades que transitam do entendimento da relação entre as determinações societárias e o cotidiano profissional até as dificuldades de como lidar, no ambiente institucional, com a formulação das respostas laborais. Em sintonia com a proposta curricular debatida nos dois cursos (da UECE e da UFRN) e à luz das diretrizes curriculares da ABEPSS, as autoras abordam a dimensão técnico-operativa, situada na caracterização do trabalho em seu

sentido ontológico e histórico. Atualmente, as pesquisas vêm sendo desenvolvidas através do Centro de Estudos, Trabalho e Ontologia do Ser Social (CETROS). O objetivo fundamental do capítulo foi identificar a perspectiva de instrumentalidade de três autores, a saber: Vicente de Paula Faleiros, Rosa Predes e Yolanda Guerra.

Juliana Souza Bravo de Menezes, no capítulo intitulado “O trabalho das/dos assistentes sociais na saúde no contexto da pandemia da Covid-19: limites e possibilidades”, analisa o trabalho do/a assistente social no contexto pandêmico. Para essa análise, discute sobre a conjuntura política, econômica e social da gestão bolsonarista no Brasil, aprofundando a reflexão sobre o ultraneoliberalismo e o avanço do conservadorismo. Ao considerar o cenário de crise sanitária, a autora destaca os desafios que atravessam a atuação profissional dos/as assistentes sociais atuantes na linha de frente, dialogando com esses desafios e apontando possíveis estratégias de enfrentamento.

No capítulo intitulado a “Determinação social da saúde: perspectiva fundamental para o debate do Serviço Social”, Kathleen Elane Leal Vasconcelos resgata brevemente como a Perspectiva da Determinação Social da Saúde (PDSS) representa um salto no campo da compreensão sobre o processo saúde/doença por possibilitar uma análise crítica e de totalidade sobre esse fenômeno. Diante dessa constatação, a autora discorre sobre a importância da compreensão da PDSS para os/as assistentes sociais, considerando sobretudo, o Projeto Ético-Político Profissional vigente.

No capítulo intitulado “Breves considerações sobre a organização política da categoria: desafios do tempo presente”, Thaisa Vanessa Costa Oliveira e Wigne Nadjare Vieira da Silva, constroem uma discussão acerca da importante e histórica organização política dos/as assistentes sociais. Analisam, entretanto, que na contemporaneidade, um grande desafio, vem sendo a transferência por parte das/os profissionais, da sua responsabilidade com lutas da categoria para as entidades profissionais. Discorrem acerca da necessidade do fortalecimento da participação política desses

sujeitos, especialmente no âmbito dos partidos políticos e movimentos sociais para alcançar melhorias nas condições de trabalho.

A segunda parte da coletânea versa sobre “O trabalho do/a assistente social na política de saúde” e é composta por seis capítulos. A análise do tema realizada pelos/as autores/as sustenta-se numa perspectiva crítica, compreendendo a totalidade histórica da crise estrutural capitalista e suas determinações nas relações sociais, com suas particularidades no trabalho do/a assistente social na política de saúde, em virtude da desregulamentação das relações de trabalho no Brasil e do processo regressivo de direitos, promovendo o aumento exponencial da exploração dos/as trabalhadores/as, bem como o rebaixamento de suas condições de vida, agudizadas pela pandemia da Covid-19 e pela política ultraneoliberal em curso.

Uma vez que o trabalho do/a assistente social é perpassado por determinações históricas, sociais e conjunturais da sociedade burguesa, a realidade requisita redefinições das suas atribuições e competências, bem como coloca desafios nos níveis de planejamento e materialização das ações profissionais, para o alcance dos seus objetivos. Nesse sentido, considerando o contexto contemporâneo que, entre outros aspectos, é marcado pelo avanço do conservadorismo, precarização das condições de trabalho, desmonte de direitos e políticas sociais e efeitos deletérios do período pandêmico nas mais diversas áreas da vida social, as atribuições, competências e requisições postas aos/às assistentes sociais são tratadas no capítulo 7 – “Serviço Social: atribuições e competências profissionais na contemporaneidade”, escrito por Anna Raquel A. Gonzaga, Maria Danúbia D. de Carvalho, Mônica B. da Nóbrega, Paloma R. de M. Lima e Sandra Amélia S. Silveira; e no capítulo 10 – “Entre requisições indevidas e atribuições privativas no trabalho do/a assistente social na área hospitalar”, da autoria de Japson Gonçalves S. Silva e Maria Alcina T. Lins. No capítulo 8 – “Instrumentalidade do Serviço Social: a relação entre o planejamento e a intervenção profissional”, Thereza Karla de S. Melo discute a funcionalidade da profissão na regulação das relações sociais no capitalismo, destacando

a importância da instrumentalidade e, nesse âmbito, a atividade de planejamento, na construção de respostas profissionais mais qualificadas.

A regressão de direitos, o desmonte da proteção social e a precarização das condições laborais e de vida afetam a classe trabalhadora – e, enquanto membro de tal parcela, também o/a assistente social –, potencializando o adoecimento físico e mental e o aprofundamento das desigualdades sociais, econômicas e raciais na sociedade brasileira. Se, por um lado, foram intensificadas a superexploração do trabalho, o desmonte de direitos e a valorização da economia em detrimento da vida, por outro, a política de saúde, essencial no contexto da crise sanitária causada pela pandemia de Covid-19, vem sendo fragilizada pelos intensos ataques via desfinanciamento e privatizações que impactam negativamente toda a rede de serviços, a exemplo dos retrocessos nas políticas de saúde mental e de saúde do trabalhador. Tais aspectos e também as suas implicações no trabalho do/a assistente social são analisados no capítulo 9 – “A saúde mental do/a trabalhador/a em tempos de ultraneoliberalismo”, escrito por Fernanda Luma G. Barboza, Glaucineith Cavalcante e Jaciara dos Santos Silva; e no capítulo 11 – “A saúde mental e o Serviço Social no contexto da pandemia”, de autoria de Tereza Cristina R. da Costa.

A importância de discutir, enfrentar o racismo institucional e de incluir as particularidades das populações negras na política de saúde, de modo a atendê-las na sua integralidade, bem como a discussão em torno das contribuições do Serviço Social para o acesso aos direitos e serviços de saúde, numa perspectiva antirracista, são as temáticas tratadas no capítulo 12 – “O trabalho profissional da/o assistente social no âmbito da saúde no enfrentamento ao racismo institucional”, das autoras Franciele da Silva Santos e Jussara F. de Assis dos Santos.

As reflexões realizadas ao longo da coletânea servem de agulha para costurar algumas mediações que compõem aspectos incontornáveis da totalidade social. É nesse sentido que a terceira e última parte dela, “Educação Permanente para os/as assistentes

sociais atuantes na área da saúde no contexto da pandemia e pós-pandemia de Covid-19”, trata especificamente de espelhar, a partir das expressões concretas, o fio condutor das contradições entre os desafios e as possibilidades no âmbito da dinâmica do real, em sua esfera da cotidianidade, ou seja, do exercício profissional em suas multifacetadas demandas e respostas, atribuições e competências profissionais no contexto da pandemia e pós-pandemia de Covid-19.

Para tanto, no Capítulo 13, “Educação Permanente para assistentes sociais atuantes na política de saúde na Paraíba”, desenvolvido pelas autoras Alessandra Ximenes da Silva e Nataly Isabelle Pessoa da Silva Pinto, evidenciou-se a experiência geral do Projeto de Extensão, ao tecer considerações sobre a sua realização em formato totalmente *on-line* no primeiro ano de atividades, em 2021, ainda em pleno confinamento social, mas abrangendo assistentes sociais de todo o estado da Paraíba; e a respeito da sua versão híbrida desenvolvida ao longo do ano de 2022, com atividades *on-line* e presenciais na Universidade Estadual da Paraíba, em Campina Grande, com profissionais da mesorregião do Agreste paraibano, etapa que apresentou nuances específicas tanto na realização em si da iniciativa extensionista, quanto no conteúdo abordado e tipo de participação das/os profissionais. Nesse capítulo, ressaltou-se especificamente a importância da Política de Educação Permanente do Conjunto CFESS/CRESS, refletindo-se sobre como essa vertente tem orientado a experiência do Projeto de Extensão, ao apresentar particularmente a síntese dos dois primeiros anos de experiência a partir do perfil das/os profissionais participantes, da metodologia do Projeto e dos temas trabalhados, além de indicar a abordagem planejada para o ano de 2023.

No Capítulo 14, “Extensão junto a assistentes sociais que atuaram na saúde durante a pandemia de Covid-19 na Paraíba: atribuições, competências e a importância do planejamento”, desenvolvido por Anderson Nayan Soares de Freitas, Anna Raquel Andrade Gonzaga e Sandra Amélia Silveira, realizou-se uma síntese da experiência no âmbito das três mesorregiões que participaram



do primeiro ano do Projeto e também das duas edições seguintes, em que, de forma mais esmiuçada, debruçou-se sobre o conteúdo apresentado pelas/os profissionais durante o debate, especialmente no que se refere às atribuições e competências, articuladas ao que se discute na literatura especializada e no âmbito dos marcos ético-legais da profissão, evidenciando o caráter intrinsecamente articulado entre as três dimensões que constituem o exercício e a formação profissional.

Já nos demais capítulos – o Capítulo 15, “Quando o óbito tornou-se rotina! Como assistentes sociais da saúde enfrentaram a Covid-19 na capital paraibana na Mesorregião de João Pessoa”, desenvolvido por Ademir Vilaronga Júnior, Fernanda Marques de Sousa, Gisele Cardoso da Silva, Herivânia de Melo Ferreira e Oliveira, Lyzandra Teixeira da Silva, Maria Aparecida Nunes dos Santos, Mônica Barros da Nóbrega e Nathallya Lethierry de Gouveia Neves; e o Capítulo 16, “Educação Permanente para assistentes sociais na Mesorregião do Brejo, Cariri e Agreste”, assinado por Alessandra Ximenes da Silva, Anderson Nayan Soares de Freitas, Isadora Silveira Costa, Glauce Suassuna Figueiredo, Glaúcia Barbosa de Negreiros, Nataly Isabelle Pessoa da Silva Pinto, Mairan Rangel Agra e Rosiane de Souza Moreira –, foram evidenciados, sobremaneira, o perfil profissional das/os assistentes sociais atuantes nos três níveis de atenção à saúde, a partir de dados sobre a diversidade de inserção socioprofissional (incluindo desde vínculos estáveis e temporários até a ausência de vínculos trabalhistas), a formação profissional em níveis de graduação e pós-graduação, a faixa etária, o tipo de instituição de saúde onde realizam o exercício profissional e outros aspectos que conformam as condições essenciais para se pensar a realização dessa profissão em sua concreticidade.

Nesse sentido, questões como condições e relações de trabalho precárias foram apresentadas e evidenciadas pelos poucos recursos orçamentários, humanos e materiais, falta de EPIs, parca autonomia profissional – e até mesmo ausência, demandas indevidas, adoecimento profissional, baixas remunerações, ausência de orientações sistemáticas, dificuldade em organizar o planejamento

do trabalho, baixa quantidade de profissionais, longas distâncias territoriais, fragmentado trabalho intersetorial, negacionismo da pandemia e *fake news*, recrudescimento de velhas e novas expressões da “questão social” impostas pela pandemia, assim como formas alternativas e criativas do seu trato na política de saúde, mas também em relação a outras políticas sociais setoriais e instâncias da sociedade, tais como as mídias sociais diversificadas.

Essas particularidades são aprofundadas, também, no derradeiro capítulo 17, “Educação Permanente para assistentes sociais na Mesorregião do Sertão da Paraíba”, desenvolvido por Paloma Rávylly de Miranda Lima, Sandra Amélia Sampaio Silveira, Anna Raquel Andrade Gonzaga, Naedja Pereira Barroso e Stefanny Beserra Nunes. As autoras abordam como o aspecto territorial esgarçou tais contradições, sejam aquelas próprias das distâncias típicas dos centros urbanos e das instituições públicas de formação profissional, sejam as concernentes à relevância de se articular a Educação Permanente numa perspectiva cada vez mais interiorizada, sem perder de vista a importância da comunicação, conforme tem sido preconizado nas iniciativas do CRESS-PB ao longo dos últimos anos.

***Alessandra Ximenes da Silva***  
***Anna Raquel Andrade Gonzaga***  
***Isadora Silveira Costa***  
***Mônica Barros da Nóbrega***  
***Nataly Isabelle Pessoa da Silva Pinto***  
***Paloma Rávylly de Miranda Lima***  
***Sandra Amélia Sampaio Silveira***



## PREFÁCIO

Desde o início da pandemia de Covid-19, muitas pessoas se apressavam em pensar como seria o “novo normal”. Como seriam nossas vidas após um período de extremo sofrimento? Seriam construídos valores verdadeiramente humanistas e menos capitalistas? Seria a humanidade mais generosa e preocupada com as outras pessoas, depois de lidar com tantas perdas humanas? Enfim, valorizaríamos mais ser e estar do que ter?

Da outra ponta desse diálogo, muitas pessoas também já lembravam que a pandemia não estava desestruturando o capitalismo. Mesmo com o aumento dos desempregos, fechamento de vários postos de trabalho, o capitalismo sobreviveria praticamente incólume. Uma vez o capitalismo não estando em xeque, seus (des)valores se manteriam. Logo, não haveria espaço para uma ascensão de valores humanistas não capitalistas.

No entanto, ainda que o termo “novo normal” seja terrível, uma vez que “norma” deriva de padrão, lei ou regra, e “normal” significa regular, usual e comum, remetendo, também, à ideia de que o que vivíamos era normal, pensamos que podemos constatar que esse tal de “novo normal” chegou.

Com o aumento do conhecimento sobre a Covid-19, com a descoberta das vacinas e aumento das pessoas vacinadas, não vivemos mais o desespero que caracterizara os anos de 2020 e 2021. Afinal, desde 2022, já sabemos que o contágio de superfície é nulo ou raro, que não precisamos limpar todos os produtos (não por conta da

Covid-19, mas sendo necessário por outros motivos), que não levamos os vírus nas roupas etc. Outra constatação bastante relevante é de que, com as vacinas, a maioria das pessoas que se contaminam não têm chegado a ficar em estado grave.

No final de 2022, com a eleição de Lula e a derrota de Bolsonaro, também pudemos respirar de forma mais aliviada, uma vez que os duros anos da pandemia de Covid-19, no Brasil, foram gerenciados por um governo com nítidos ideais neofascistas. O ex-presidente Bolsonaro, desde o início da pandemia – cujo enfrentamento aqui começou a ser assumido em meados de março de 2020 por parte dos governos estaduais – teve inúmeras atitudes de negação dos seus riscos. Em diversos momentos, ironizou os agravos e riscos de morte da Covid-19; banalizou o índice de mortes; defendeu medicação comprovadamente ineficaz; desdenhou da vacina e não investiu em pesquisas de imunizantes e aquisição de insumos, entre outras ações que só comprovaram o desprezo de seu governo pela maioria da população brasileira, a classe trabalhadora.

Em maio de 2023, a Organização Mundial da Saúde (OMS) decretou o fim da pandemia de Covid-19. No entanto, isso não significou o fim do vírus. Assim, na perspectiva de absoluta crítica ao termo “novo normal”, mas reconhecendo que estamos vivendo um novo momento, pensamos que cabe a indagação sobre quais as constatações e os aprendizados que podemos tirar dessa experiência.

As constatações são aquelas que nos parecem que já estavam visíveis, ainda que ofuscadas em decorrência da disputa política posta no capitalismo. Os aprendizados derivam dessas constatações no contexto da pandemia.

Primeiro precisamos constatar que as doenças, ainda que tragam muitas mortes, adoecimentos, também são no capitalismo estratégias para a ampliação do capital. Os mais ricos ficaram ainda mais ricos na pandemia. E, conseqüentemente, não estamos todos no mesmo barco. Os dados da pandemia de Covid-19 mostram que as pessoas mais atingidas foram aquelas integrantes da

classe trabalhadora com menor ou nenhuma remuneração e que, conseqüentemente, residem em áreas da periferia marcadas pelo residual acesso aos direitos e serviços. Também não por acaso foi a população preta e parda a mais atingida pela Covid-19.

E, como segunda constatação, devemos lembrar que a ciência comprometida salva vidas, como ficou demonstrado pela adoção das medidas de distanciamento social e de higienização para a prevenção à Covid-19, além da importância das pesquisas para a vacina contra o novo coronavírus.

Portanto, trata-se de má intenção defender que setores como saúde e educação sejam serviços não exclusivos do Estado, como apregoa a contrarreforma estatal desde a proposição de Bresser-Pereira em meados dos anos 1990. Em verdade, essas duas áreas não podem ser mercantilizadas e sua gestão necessariamente precisa ser pública. Afinal, o capitalismo é um fator patógeno, como já disse Giovanni Berlinguer.

Ainda que o Serviço Social seja uma profissão e, portanto, suscetível aos projetos em disputa na sociedade, parece-nos possível afirmar que as constatações e aprendizados acima citados já eram de domínio da profissão, antes mesmo da existência da pandemia de Covid-19.

Afinal, assistentes sociais trabalham num país com enorme desigualdade social e lidam com a população que mais sofre com seus deletérios efeitos. Certamente quando ouviam as medidas de prevenção à Covid-19, como higienização e uso de álcool em gel, já deviam estar se perguntando: quais pessoas, entre as que atendo no meu trabalho, têm acesso à água encanada e podem comprar álcool em gel? No caso das orientações para a convivência com pessoas contaminadas pelo vírus no mesmo domicílio, deviam pensar a mesma coisa: quais pessoas da população usuária das instituições em que trabalho podem ter um quarto e um banheiro exclusivos?

Nessa direção, podemos afirmar que o Serviço Social brasileiro enfrentou a pandemia de Covid-19 – mais, especificamente, o

Projeto Ético-Político do Serviço Social, uma vez que nada conhecemos de iniciativas dos ditos projetos contrários – tanto na linha de frente (integrando a força de trabalho em saúde) quanto intervindo em diferentes espaços de trabalho, na organização política da profissão e na produção do conhecimento.

Em diferentes estados do Brasil, ganharam destaques as iniciativas que reuniram os Conselhos Regionais de Serviço Social e as universidades. Numa necessária articulação entre a organização política e a formação profissional, aconteceram diversas atividades que, ao articular assistentes sociais de diferentes espaços (formação e trabalho profissional), contribuíram para a troca de experiências e aprimoramento das ações da profissão num contexto tão turbulento como foi o da pandemia de Covid-19.

O livro que temos em mãos é resultado de brilhante e necessária parceria entre o Departamento de Serviço Social (DSS) da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB) e o Conselho Regional de Serviço Social (CRESS) da 13ª Região (Paraíba). O projeto desenvolvido por três anos reuniu diferentes atividades que, primeiramente num momento de distanciamento social, contribuíram para a afirmação, no cotidiano desafiante, de um projeto profissional sintonizado com as demandas da realidade e na afirmação dos direitos da classe trabalhadora.

O livro, ao tratar de iniciativas e problematizações profissionais no contexto da pandemia de Covid-19, traz reflexões que contribuem para pensar a profissão na atualidade. Afinal, da realidade pandêmica vivenciada também podemos e precisamos apreender aprendizados para a nossa profissão. Na sua leitura, teremos diversas contribuições nessa direção, sendo um aprendizado e tanto. Na conclusão da leitura, ficaremos com a sensação de orgulho: o Projeto Ético-Político do Serviço Social brasileiro não fugiu à luta! Não fez concessões a um projeto neofascista, portanto de eliminação de grande parte da classe trabalhadora. Manteve o discurso de ruptura com o conservadorismo que marca a emergência da profissão, de que não trabalhamos apenas para a classe



trabalhadora, mas também ao lado dessa classe, tanto por identificação com suas lutas históricas quanto por pertencimento a essa mesma classe!

**Maurílio Castro de Matos**

Assistente Social. Doutor em Serviço Social pela Pontifícia Universidade de São Paulo (PUC-SP). Pós-doutor em Política Social pela Universidade de Brasília (UnB). Professor da Faculdade de Serviço Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Autor do livro *Serviço Social, Ética e Saúde: reflexões para o exercício profissional*, editado pela Cortez.



PARTE I: SAÚDE, SERVIÇO  
SOCIAL E PROJETO ÉTICO-  
POLÍTICO PROFISSIONAL NO  
CONTEXTO DA PANDEMIA  
E PÓS-PANDEMIA DE COVID-19



# CAPÍTULO 1

## POLÍTICA DE SAÚDE E SERVIÇO SOCIAL: TRABALHO E LUTAS DA PANDEMIA DE COVID-19 AO NOVO GOVERNO LULA

Elaine Junger Pelaez<sup>1</sup>

### Introdução

Em 2023, completam-se 30 anos do Código de Ética da/o Assistente Social e da Lei de Regulamentação da Profissão de Assistente Social (Lei Nº 8.662/1993), que carregam princípios do Projeto Ético-Político Profissional e são instrumentos para seu fortalecimento no cotidiano de atuação laboral. Tais efemérides nos convidam à celebração desse projeto profissional construído diariamente em tempos desde sempre refratários à emancipação política e humana, nada propícios à luta por direitos e pouco afeitos à defesa da liberdade e à construção de um outro projeto de sociedade sem exploração e opressão.

Celebrar é também fortalecer o Projeto Ético-Político Profissional através da análise das condições concretas para a sua materialização e das estratégias para seu enraizamento na sociedade atual. É pensar, em específico, sobre os desafios e perspectivas para a profissão e a sociedade no contexto da crise social e

---

1 Assistente social, representante do Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) e da Frente Nacional contra a Privatização da Saúde.

sanitária vivenciada a partir de 2020. E refletir sobre o trabalho na saúde, tendo como marcos a compreensão sobre a questão social, a determinação social do processo de saúde-doença, a concepção ampliada de saúde, a trajetória histórica do SUS e a inserção de assistentes sociais em processos coletivos de trabalho.

No contexto da pandemia de Covid-19, intensificaram-se as contradições da sociedade, marcada pela exploração do capital sobre o trabalho e disputas entre o público e o privado na saúde e na educação, entre outras áreas. Contraditoriamente, a propagação do novo coronavírus tornou evidente que a saúde é resultado das nossas condições de vida e trabalho, determinada socialmente, como defendia o Movimento de Reforma Sanitária. Fica mais nítido que a saúde de uma pessoa, família ou grupo repercute em toda a sociedade.

As repercussões da pandemia foram sentidas de forma diferente a depender da inserção de classe social, raça/cor, etnia, gênero, identidade de gênero, orientação sexual e região de moradia. A propagação mundial do novo coronavírus e da Covid-19 impactou a vida social em sua totalidade e refletiu o nexo entre a política de saúde e as demais políticas sociais e públicas. As recomendações de isolamento doméstico e prevenção coexistiram perversa e contraditoriamente com altos índices de desemprego, subemprego, precarização, ausência de moradia, inexistente ou precários abastecimento de água e saneamento básico, política de proteção social insuficiente e regressão de direitos (CFESS, 2020c). Cada vez mais, era (e ainda é) urgente repensar a ocupação das cidades e a mobilidade urbana.

Ao mesmo tempo em que a pandemia apontou para a agudização da desigualdade social, o desemprego e o retorno da fome e da insegurança alimentar, foi recolocada e reforçada a exigência de um conjunto de propostas coletivas na defesa do SUS e da Seguridade Social pública. A ausência e/ou lentidão das medidas de enfrentamento da pandemia e a mercantilização das políticas sociais, em especial da saúde, contribuíram para o fortalecimento de espaços de luta e resistência, como a Frente Nacional contra a Privatização

da Saúde (FNCPs) e o Conselho Nacional de Saúde (CNS), assim como para o surgimento da Frente pela Vida.

Nas linhas a seguir, vamos dialogar sobre os desafios e perspectivas para a profissão do Serviço Social e para a sociedade atual. Primeiramente, apresentamos o quadro da política de saúde da pandemia de Covid-19 até os dias atuais. Em seguida, discutimos algumas requisições postas para o trabalho de assistentes sociais na saúde a partir dos tensionamentos advindos da crise sanitária. Por fim, propomos estratégias para o fortalecimento do Projeto Ético-Político da/o Assistente Social, com inspiração na história e no presente das lutas.

### **Política de Saúde na pandemia de Covid-19: O SUS é Nosso! Ninguém tira da gente!**

Na política nacional de saúde, desde o início do governo de Michel Temer (2016-2018), delineavam-se os contornos de uma contrarreforma implementada em ritmo acelerado. Identificamos, a partir de 2019, a conformação do projeto de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) totalmente submetido ao mercado (Bravo; Pelaez; Menezes, 2020) e sua agudização nos anos de 2020 a 2022.

A todo momento, emergiram proposições e declarações do então presidente da República (mandato 2019-2022) e de seus aliados com conteúdo regressivo quanto aos direitos sociais e humanos, que objetivavam enfraquecer os direitos, as políticas públicas e a participação social. Ocorreram sucessivas trocas de ministros em plena pandemia, em meio às divergências entre presidente da República e ministros no que tange às orientações sanitárias e às medidas de proteção a serem adotadas.

Os principais tensionamentos da política de saúde se localizaram em alguns temas e ações, como, por exemplo: a) imposição de limites ao desenvolvimento do SUS em face da política econômica e do ajuste fiscal; b) desrespeito a evidências científicas e negacionismo da ciência; c) lentidão e insuficiência das ações de



enfrentamento à pandemia; d) ataques às políticas e a direitos específicos, a exemplo dos direitos reprodutivos e das políticas de abortamento legal, saúde do trabalhador, saúde mental e política de álcool e drogas; e) paralisa de ações sobre as residências multiprofissionais em saúde e descaracterização da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde; f) ritmo lento das ações relacionadas ao plano de vacinação; g) diálogo incipiente e/ou inexistente com o controle social e movimentos sociais; h) recusa do ente federal em atuar na coordenação federativa das ações de enfrentamento da pandemia (descoordenação e confronto federativo); i) discurso negacionista e alinhamento com empresários e religiosos conservadores; j) mudanças organizacionais e desmonte do Ministério da Saúde; k) conflitos com o Superior Tribunal Federal (STF) e o Poder Legislativo Federal.

Outras pautas que precisam ser destacadas foram a preservação do isolamento dos povos originários/indígenas e das comunidades tradicionais, de modo a evitar a propagação da Covid 19; e o fortalecimento de políticas de combate à violência contra a mulher, em face do aumento de situações de violência durante o isolamento.

A defesa do SUS público e estatal como direito de todos/as e dever do Estado e a luta contra a privatização da saúde permaneceram na agenda política. Há anos, parte da rede do SUS hospitalar e de atenção básica é gerida por organizações sociais e pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh), apesar do que isso tem significado em termos de desassistência, fechamento de serviços e perda de direitos de usuários/as e trabalhadores/as de saúde. Do mesmo modo, persiste a necessidade de reversão total dos processos de privatização. De acordo com Soares, Correia e Santos (2021), o processo de privatização do SUS continuou sendo ampliado durante a pandemia, com o repasse da gestão de muitos hospitais de campanha para os modelos privatizantes, especialmente por meio da contratualização de organizações sociais.

Na Política de Saúde Mental e Álcool e Drogas, as comunidades terapêuticas permanecem em funcionamento, apesar dos apontamentos que as caracterizam como espaços de restrição de

liberdade e violação de direitos humanos, na contramão da luta antimanicomial e da Reforma Psiquiátrica. A expectativa de sua extinção no novo governo iniciado em 1º de janeiro de 2023 não se confirmou. Registram-se, contudo, avanços relacionados à criação do Departamento de Saúde Mental na Secretaria de Atenção Especializada à Saúde do Ministério da Saúde e ao compromisso da ministra da Saúde Nísia Trindade e da diretora Sonia Barros em viabilizar a realização da 5ª Conferência Nacional de Saúde Mental.

Na política de Atenção Básica em Saúde, convivemos, desde o Governo Bolsonaro, com o Programa Previne Brasil e a Agência Nacional para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (Adaps), organização que ocupa atribuições da União e de municípios no que tange ao reordenamento e execução de serviços de atenção primária à saúde, com foco na provisão de médicos em locais de difícil acesso e alta vulnerabilização social e sanitária. A Secretaria de Atenção Primária à Saúde (Saps) anunciou estudos sobre a agência, que permanece em funcionamento até o momento. O Ministério da Saúde publicou a Resolução Nº 3 de 17 de abril de 2023, que disciplina os procedimentos de apreciação dos atos e contratos da Adaps, celebrados desde 25 de abril de 2022 até 24 de março de 2023, cria a Junta Jurídica Extraordinária e dá outras providências.

Na Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde, a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS), suspensa desde 2019 e reinstalada em 2020 com composição majoritária de gestores, permanece com composição não paritária, apesar das críticas e recomendações do Conselho Nacional de Saúde. É necessário reforçar a luta pela composição paritária e a participação da representação do Conselho Nacional de Saúde na referida Comissão. Além disso, é necessário tensionar para que o espaço volte a ser um canal de diálogo e participação democrática na construção coletiva dos programas de residência e de resolução de demandas inerentes à residência multiprofissional.

No controle social nacional, vivenciamos um cenário de retrocessos e de tentativas de acabar com os conselhos no Governo

Bolsonaro, por meio do Decreto nº 9.759/2019, que extinguiu diversos conselhos e colegiados da administração pública federal. Em seu artigo 1º, define o prazo de 28 de abril deste ano para a extinção dos colegiados que tenham sido instituídos por decreto, incluindo aqueles mencionados em leis nas quais não conste a indicação de suas competências ou dos membros que a compõem, ato normativo inferior a decreto e ato de outro colegiado (Bravo; Pelaez; Menezes, 2020). A articulação entre os conselhos no âmbito do Conselho Nacional de Direitos Humanos (CNDH) foi estratégica para manter o funcionamento ativo de alguns conselhos, como o próprio CNDH e o CNS.

Recentemente, em novo contexto, diversos conselhos têm sido criados, recriados e reconfigurados a partir de medidas da presidência no novo Governo Lula, como aceno do compromisso com movimentos da sociedade civil com uma gestão pautada no diálogo e na participação de todas as pessoas na formulação e execução de políticas públicas e sociais. Em janeiro de 2023, foi criado o Conselho Nacional de Participação Social e o Sistema de Participação Social Interministerial, e, em fevereiro de 2023, foi reinstalado o Conselho Nacional de Segurança Alimentar (Consea).

Já em 6 de abril de 2023, foram editados decretos que restabelecem ou reorganizam o funcionamento de oito conselhos nacionais que contarão com a participação de entidades da sociedade civil organizada, quais sejam: Conselho Nacional de Juventude; Conselho Nacional dos Direitos das Pessoas LGBTQIA+; Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas; Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente; Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa; Conselho Nacional dos Povos e Comunidades Tradicionais; Conselho Nacional de Ciência e Tecnologia; Conselho Nacional de Desenvolvimento Industrial.

Tem-se até o momento a perspectiva de reconstrução do SUS e do sistema de proteção social. Assistimos a alguns avanços na reorganização do Ministério da Saúde, como o fortalecimento do Programa Nacional de Imunizações e a estruturação de um Programa Nacional de Equidade de Gênero e Raça para

Trabalhadoras do SUS. Seguimos mobilizados na defesa da seguridade social como um padrão de proteção mais amplo, universal e redistributivo, sob responsabilidade estatal, campo de luta e de formação de consciências críticas em relação à desigualdade social, como posto na Carta de Maceió (CFESS, 2020a).

A conjuntura da política de saúde acima delineada tem repercussões nas demandas e respostas do Serviço Social, sobre as quais discorreremos a seguir.

### **Serviço Social nos tempos e contratempos da crise social e sanitária: Lutar quando a regra é ceder!**

Nesse cenário, são colocadas e recolocadas demandas, requisições e desafios ao Serviço Social que revelam o modo como o Estado age na resposta às expressões da questão social, na contração do atendimento às necessidades humanas, de políticas sociais de caráter universal, do reconhecimento de demandas da classe e da diversidade.

A pandemia trouxe profundas repercussões nas condições de trabalho em geral e de trabalho de assistentes sociais, com reflexos nas nossas condições de vida. Foi reforçada a exploração do trabalho e a atuação do capital para obstaculizar as reflexões, a criação de nexos, a consciência como classe e a própria organização e construção de um projeto da classe trabalhadora. Decerto, para muitas pessoas não interessa que possamos perceber e dialogar sobre o caráter coletivo e estrutural disso tudo que vivemos, em especial, sobre as exigências e demandas postas no trabalho de assistentes sociais.

Concretamente, a pandemia e a necessidade de isolamento social foram vivenciadas pelas/os assistentes sociais em meio a diversas situações, tais como: inserção em serviços e atividades essenciais que requeriam trabalho presencial e reorganização da rotina institucional; realização de trabalho remoto ou teletrabalho em meio às reflexões sobre as formas de atendimento que

respeitassem o sigilo profissional e garantissem a qualidade dos serviços prestados à população; pressões pela realização de trabalho presencial, por vezes sem garantia das condições para fazê-lo em face da falta de equipamentos de proteção individuais e coletivos ou por não terem as/os profissionais onde deixar seus filhos crianças e adolescentes em período de suspensão das aulas em escolas; desemprego em razão do fechamento de serviços ou de retaliações em face de posicionamentos ante as requisições profissionais; precarização do trabalho e baixos salários.

Foi central, em nossas discussões profissionais, o debate sobre as condições éticas e técnicas de trabalho, tendo como ponto de partida as definições sobre quais serviços e atividades de trabalho de assistentes sociais eram essenciais e deveriam ser realizados presencialmente; e quais as atividades importantes para a população que precisavam ser mantidas durante a pandemia, mas que poderiam ser realizadas na modalidade remota.

Também o trabalho presencial precisou ser repensado e replanejado para propiciar a delimitação precisa dos objetivos profissionais e a proteção de assistentes sociais e de usuárias/os dos serviços, sem renunciar ao sigilo profissional, à qualidade técnico-operativa e ao direcionamento ético-político necessário em cada atendimento. A pandemia não podia servir como justificativa para violações de direitos, e reorientar rotinas e atividades no trabalho foi fundamental.

Durante a pandemia, foi fundamental pensar os instrumentos, meios, fluxos e condições para o desenvolvimento das atividades a partir de parâmetros como: objetivos profissionais; necessidades sociais e de usuárias/os e especificidades de cada local de trabalho; princípios, direitos e deveres previstos no Código de Ética dos/as Assistentes Sociais; atribuições e competências profissionais; parâmetros para atuação dos/as assistentes sociais na política de saúde, através de documento editado pelo CFESS; resoluções, recomendações e orientações dos Conselhos Regionais e Federal de Serviço Social; e bibliografia sobre o trabalho profissional e os fundamentos do Serviço Social.

Na reflexão sobre o que fazer e o como fazer, foi importante ter a nitidez da direção da ação profissional, os interesses aos quais responde, os direitos que busca resguardar ou viabilizar, os direitos e deveres profissionais que estavam em jogo, o lugar da profissão no trabalho coletivo em saúde e em outras áreas e sua importância para a sociedade.

O trabalho remoto, o teletrabalho e o atendimento por videoconferência também tiveram que ser pensados em seus limites e possibilidades, sem o descarte imediato do uso de Novas Tecnologias de Informação e Comunicação (TICs) e tampouco ilusões com a apropriação dos seus benefícios numa sociedade marcada pela disponibilidade desigual dos bens e da riqueza socialmente produzidos. Os debates e a orientação do CFESS (2020d) apontaram para a possibilidade de atendimentos e orientações pontuais com a mediação de TICs, mas enfatizaram a impossibilidade ética e técnica de realizar avaliações aprofundadas para conhecer condições de vida e trabalho e traçar opiniões técnicas por esse meio.

A definição do objetivo profissional alinhado às necessidades da população ditará qual instrumento e técnica contemplam a demanda e qual forma de atendimento será necessária. Em muitos casos, ao invés de atender com os meios possíveis e que sejam insuficientes, o caminho é cobrar das instituições e do governo a ampliação de acesso, queda de exigências e barreiras, e renovação automática de benefícios em situação de excepcionalidade como a recente pandemia. É necessário propor caminhos e não se acomodar com o atendimento possível e insuficiente.

Estudos recentes sobre trabalho remoto e teletrabalho apontam alguns riscos dessa modalidade, com base nos fundamentos do trabalho e do modo de produção capitalista. Antunes (2020) aponta para a possibilidade de intensificação da individualização do trabalho; redução das relações solidárias e coletivas; distanciamento da organização sindical; tendência à eliminação de direitos, facilitada pelo isolamento e fragmentação do trabalho; difícil separação entre tempo de trabalho e de vida privada, entre outros.

Ao refletirmos especificamente sobre o trabalho de assistentes sociais nas políticas públicas, somam-se outras preocupações e alertas quanto ao possível aumento do controle do trabalho, incluindo o controle do tempo de atendimento; sobrecarga de trabalho, imposição de metas e aumento da carga horária; e controle dos objetivos e da direção da atividade de trabalho, para que deixem de ser o foco da profissão.

Nesse cenário, foram postas e repostas novas e antigas requisições profissionais dirigidas a assistentes sociais e às equipes de saúde, conforme já mencionado. Há requisições que têm sido redimensionadas, com nuances diferentes em cada instituição, como demandas que atravessam o fazer de outra profissão da saúde. Durante a pandemia, destacaram-se, nesse sentido, a comunicação de óbitos e a divulgação de boletins de saúde com quadro clínico de pacientes, que foram objeto da Orientação Normativa do CFESS N<sup>o</sup> 3/2020 (CFESS, 2020b).

No que se refere a requisições que não constituem atribuições privativas de assistentes sociais, mas podem ser competências profissionais, a depender dos objetivos e especificidades da ação, tem-se a realização de contatos telefônicos com pacientes e familiares. Ao invés da negativa ou aceitação automática da demanda, cabe refletir sobre o contexto em que surge e os objetivos e repercussões para profissionais e usuárias/os. Já as requisições consideradas de cunho administrativo se referem à guarda de pertences, requisição de transporte de pacientes, regulação de vagas e leitos. O documento *Parâmetros para a atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde* (CFESS, 2010) já apontava que tais atividades não fazem parte da nossa atribuição ou competência profissional.

As orientações dos Conselhos Regionais e Federal de Serviço Social tiveram como principais preocupações a defesa de condições éticas e técnicas do trabalho profissional e proposições de estratégias para enfrentamento das requisições indevidas, tendo como referencial a defesa da qualidade dos serviços prestados à população e do desempenho laboral. Tais diretrizes constituíram-se como respostas aos questionamentos que chegaram ao conjunto formado

por CFESS e CRESS através de demandas nas atividades de orientação e fiscalização, comissões temáticas e permanentes, debates e seminários.

Em síntese, as discussões travadas no Serviço Social nesse período estiveram condensadas em torno de alguns núcleos: 1) condições éticas e técnicas de trabalho, que incluem o debate do sigilo profissional; 2) trabalho profissional no contexto da ampliação, retorno e reconfigurações das requisições e demandas profissionais; 3) organização das políticas e serviços sociais, e as possibilidades de acesso e encaminhamentos de usuárias/os; 4) formação profissional, especificamente o contexto das universidades, tendo como preocupação fomentar condições de aliar ensino, pesquisa e extensão; a relação da universidade com a sociedade; o estágio supervisionado; e as influências teóricas e ético-políticas; 5) relação de assistentes sociais com diversos sujeitos sociais – outras profissões e ocupações, usuários/as, movimentos sociais e sindical, estudantes, estagiárias/os, residentes, empregadores/as e gestoras/es.

Podemos elencar como pautas constantes nesse período algumas inicialmente voltadas para os/as próprios/as profissionais de saúde e em seguida generalizadas para toda a sociedade, como a reivindicação por equipamentos de proteção individuais e coletivos, a luta pela ampliação da testagem e pela aceleração do processo de vacinação, a demanda pelo reconhecimento da Covid-19 como doença ocupacional e por indenização para vítimas e familiares de pessoas que faleceram ou tiveram sequelas da referida doença, e as condições de atuação de residentes durante a pandemia.

No que tange às questões mais gerais voltadas para a população que atendemos, destacamos as reivindicações por renda básica e continuidade do Auxílio Emergencial com valor adequado às necessidades de sobrevivência, direitos assistenciais (Benefício de Prestação Continuada) e previdenciários (Auxílio-Doença, aposentadorias, pensões), trabalho com direitos, suspensão de remoções e despejos, moradia, transporte, alimentação, arte e cultura.



O encaminhamento dessas demandas requer, primeiramente, a prática reflexiva (Vasconcelos, 1998) na direção da socialização das informações sobre as determinações das condições de vida e trabalho da população, do acesso e não acesso às políticas sociais, e da garantia ou violação de direitos humanos em cada contexto. Além da discussão sobre os caminhos possíveis na busca de respostas às necessidades sociais e dos usuários, é preciso trazer a história, a conjuntura e as disputas postas na sociedade para o centro do atendimento sempre. São disputas que estão presentes nas políticas sociais e na forma como se organizam as instituições em que trabalhamos. Compreendemos ser essa a direção da viabilização dos direitos, compreensão e fortalecimento dos/as usuários/as como sujeitos de direitos.

Naquele momento, tratava-se de socializar as informações sobre o contexto da pandemia de Covid-19, a importância do isolamento social, o perfil de morbidade e mortalidade perpassado por classe social, raça/cor, gênero, identidade de gênero, orientação sexual, patologias e deficiências, a determinação social do processo de saúde-doença, a organização do SUS, o desfinanciamento da Seguridade Social, as formas de acesso aos direitos sociais, a mobilização frente às violações de direitos e as possibilidades de participação social.

Destacamos outras atividades que permaneceram sendo desenvolvidas, como, por exemplo: orientações sobre o acesso a direitos e sobre a rotina institucional com as quais podemos contribuir; levantamento e articulação de rede; a busca por conhecer e refletir sobre os protocolos e rotinas de instituições e outros órgãos públicos, na perspectiva de que não reproduzam seletividade, estigmas, preconceitos, controle e violações de direitos humanos.

O trabalho de assistentes sociais em emergências como as de atendimento na época da pandemia tem significativa contribuição no atendimento à população e na viabilização de direitos. Cabe-nos reforçar a participação das/os profissionais em programas de socorro à população em situação de calamidade pública, no atendimento e defesa dos seus interesses e necessidades, como posto

no Código de Ética. Mas também é preciso saber que o nosso trabalho tem muitas determinações e seus resultados não dependem de esforços individuais e sacrifícios pessoais.

É preciso atenção para afastar posturas que trazem de volta traços do messianismo, que não considera as determinações sociais e as práticas coletivas; do fatalismo, com a visão de que a realidade é imutável, que nos prende à rotina, burocratiza a prática e impede a construção e reconstrução de rotinas e projetos de trabalho coletivos; e do voluntarismo, pautado na negação do direito e na ênfase em caminhos individuais.

Identificamos como a discussão sobre a autonomia profissional fomentou um debate a ser aprofundado pelas/os assistentes sociais na linha da compreensão da autonomia de pensamento e técnica para além da perspectiva liberal. Nesse sentido, temos a autonomia, que passa pelo compromisso ético-político e pela responsabilidade técnica do próprio profissional, dialogando com a liberdade, mas refutando o individualismo. Cabe lembrar que a autonomia relativa se situa no âmbito das estratégias para o fortalecimento da profissão a partir da afirmação das atribuições e competências de assistentes sociais e da recusa coletiva a atribuições indevidas.

A partir das requisições apresentadas e dos caminhos trilhados até aqui, esperamos refletir a seguir sobre as estratégias para o fortalecimento do Projeto Ético-Político Profissional das/os Assistentes Sociais.

## **Desafios e perspectivas do Projeto Ético-Político Profissional das/os Assistentes Sociais: A nossa luta é todo dia!**

### **Saúde e educação não são mercadorias!**

A defesa das condições de vida e trabalho da população e de assistentes sociais aponta o caminho das ações para a materialização do Projeto Ético-Político Profissional, no contexto da defesa dos interesses da classe trabalhadora e na perspectiva de uma

sociedade mais justa, sem exploração e opressões. As lutas por direitos e anticapitalista são dimensões indissociáveis nesse projeto, diante do qual vislumbramos algumas tarefas e desafios, que serão explicitados a seguir.

Os desafios relacionados ao trabalho profissional demarcam a necessidade de apreender, em um processo constante, quais as condições, requisições e desafios do exercício laboral de assistentes sociais, em um movimento que exige conhecer e explicitar também as determinações da crise do capital e da crise sanitária trazidas aqui inicialmente. Requerem analisar quais os padrões de atuação do Estado nas políticas sociais e as possibilidades de tensionamento para as/os trabalhadoras/es, bem como os valores e ideologias disseminados para auxiliar o projeto do capital. Com esse entendimento, é necessário intensificar as ações em defesa do SUS, da Seguridade Social e das condições de trabalho dos/as assistentes sociais, na perspectiva da responsabilização do Estado na condução das políticas sociais, da garantia dos direitos dos/as trabalhadores/as e da articulação com a defesa de direitos humanos.

Compreendemos ser central conhecer as questões objetivas e subjetivas que tecem os modos de vida e de trabalho cotidianamente e que são permeadas pela ação dos sujeitos no exercício profissional e na reprodução material. E, fundamentalmente, precisamos combater o racismo estrutural em todas as suas formas e manifestações – institucionais, culturais, epistemológicas –, assim como atuar na defesa dos povos originários e comunidades tradicionais.

No mesmo sentido, conhecer o perfil das/os assistentes sociais contribuirá para o fortalecimento do Projeto Ético-Político a partir do planejamento de ações na defesa do trabalho e das políticas sociais alinhadas ao perfil profissional. A pesquisa sobre o perfil de assistentes sociais, divulgada pelo conjunto CFESS e CRESS em 2022, intitulada *Perfil de Assistentes Sociais no Brasil: formação, condições de trabalho e exercício profissional*, apontou que a profissão é composta majoritariamente por pessoas que se identificam como do sexo feminino, e que metade das/os assistentes sociais

participantes da sondagem se autodeclararam de cor/raça negra/preta/parda.

Com relação às tarefas organizativas, destacamos a importância de acompanhar e participar das ações de discussão e organização da profissão e da classe trabalhadora, no sentido da defesa da qualidade dos serviços prestados à sociedade e das condições de vida e trabalho da população e de assistentes sociais através de espaços do conjunto CFESS e CRESS, sindicatos, federações e partidos políticos, entre outros.

Consideramos importante, também, reafirmar a Política Nacional de Fiscalização em suas dimensões afirmativa de princípios; normativa e disciplinadora; político-pedagógica, na direção da superação de práticas de fiscalização corporativas e autoritárias. E defender a comunicação como direito humano. As campanhas do conjunto CFESS e CRESS, os *CFESS Manifesta*, as brochuras e outras publicações podem e precisam compor o instrumental de assistentes sociais nas suas discussões cotidianas com equipes de Serviço Social, multiprofissionais, estagiárias/os, residentes e usuárias/os.

Nessa mesma direção, apontamos alguns desafios para o conjunto de conselhos de Serviço Social no sentido dos diálogos, questionamentos, construção de respostas e resistências ao desmonte da política de saúde e seus rebatimentos na profissão:

- a. Manter e ampliar o diálogo com a categoria de assistentes sociais, através das comissões, encontros nacionais e produção de documentos/orientações/normativas;
- b. Articular debates de pautas em comum com as entidades representativas das demais profissões da saúde, com as ocupações que atuam na saúde e seguridade social e com os movimentos sociais e entidades em defesa do SUS e do Projeto de Reforma Sanitária;
- c. Manter e ampliar a articulação entre as entidades do Serviço Social (CFESS, CRESS, Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social – ABEPSS e Executiva Nacional de

- Estudantes de Serviço Social – ENESSO), universidades e projetos universitários de pesquisa e de extensão;
- d. Manter e fortalecer a inserção do CFESS em espaços de participação social, fóruns e frentes, como o CNS, a Frente Nacional contra a Privatização da Saúde (FNCPs) e o Fórum das Entidades Nacionais de Trabalhadoras/es da Área de Saúde (Fentas);
  - e. Ampliar e debater a capilaridade do Projeto Ético Político entre as/os profissionais atuantes nos serviços de saúde e nas universidades, espalhando os debates sobre o significado social da profissão e os desafios contemporâneos.

Recentemente, o CFESS publicou cartazes e matérias alusivos aos 30 anos da Lei de Regulamentação da Profissão de Assistente Social, com o mote “Serviço Social necessário para o Brasil”, convidando-nos e motivando-nos à reflexão sobre de que forma a profissão e os/as assistentes sociais se fazem necessárias/os. Podemos nos indagar: o que fez e faz o Serviço Social ser necessário para o país? E a resposta passa certamente pelo “para quem” e “por quais pessoas”.

A resposta requer trazer para a cena cada assistente social que constrói a profissão através do trabalho cotidiano comprometido com a defesa intransigente dos direitos humanos e a qualidade dos serviços prestados à população. Mencionar cada profissional que participa da aprovação das deliberações da agenda de trabalho, da mobilização das bandeiras de luta e da formulação de orientações das entidades CFESS, CRESS, ABEPSS e ENESSO. Lembrar de cada trabalhador/a atuante nas frentes, fóruns, sindicatos e conselhos onde o conjunto CFESS e CRESS está representado. E, especialmente, cada usuário/a que atendemos e com os/as quais compartilhamos histórias e vivências como partes que somos da classe trabalhadora.

Defendemos que somos profissionais necessários, ao lado de outros/as trabalhadores/as que realizam atividades no sentido da

viabilização de direitos sociais e humanos essenciais para a reprodução da vida, como bem reforçou a pandemia de Covid-19, ainda que muitas vezes também seja evidenciada a pouca valorização do Serviço Social, através de baixos salários e condições adversas de trabalho. Nada disso, contudo, é exclusividade de assistentes sociais, como também mostrou a pandemia com a invisibilidade de trabalhadores/as essenciais, como profissionais de transportes coletivos, rodoviários, metroviários, de limpeza, recepcionistas e maqueiros, atendentes de supermercados, sepultadores e tantos outros.

Nesse processo, a afirmação da importância da profissão para o Brasil tem como elemento central justamente o reconhecimento da condição de classe trabalhadora e da percepção das graves repercussões sociais e sanitárias da crise do capital para nós. E, de forma alguma, o Serviço Social se faz necessário por diferenciação social, corporativismo profissional, hierarquização de saberes e natureza de profissão regulamentada – e não pelo uso de jalecos, *blazers*, roupas formais, carimbos ou carteiras profissionais. Nesse caminho, é esperado pensarmos de que forma cada assistente social trabalhador/a contribui de modo concreto na afirmação dessa perspectiva profissional alinhada ao Projeto Ético-Político Profissional.

A contribuição é explicitada na defesa de nossos direitos na forma da carga horária de 30 horas, salários melhores, direitos previdenciários e trabalhistas, concursos públicos, plano de cargos, carreiras e salários, piso salarial, equipamentos de proteção, condições éticas e técnicas de trabalho; na defesa de direitos sociais e humanos, de organização política; na defesa da Seguridade Social ampliada, das políticas sociais e dos serviços onde atuamos e atendemos a população; na defesa das atribuições e competências profissionais e da qualidade dos serviços prestados à população, com ênfase na concretização de ações de orientação e fiscalização profissional; e na defesa das condições de trabalho de agentes fiscais.

O Projeto Ético-Político Profissional é fortalecido, ainda, na ação profissional e cotidiana pautada na recusa do arbítrio e do autoritarismo, na defesa da liberdade como valor ético central e

no reconhecimento das repercussões perversas da desigualdade social da exploração do trabalho e das diversas opressões na vida das pessoas, com destaque para as seguintes ações:

- Prática antirracista fortalecida pela Campanha de Gestão do triênio 2017-2020 “Assistentes Sociais no combate ao racismo” e pela Campanha de combate ao racismo da gestão 2002-2005; na luta feminista presente na Campanha de Gestão do CFESS e CRESS no triênio 2020-2023 “Nós, mulheres, assistentes sociais de luta!”;
- Prática anticapacitista, que tem como marco do seu fortalecimento o recente trabalho desenvolvido no âmbito do conjunto CFESS e CRESS pelo Grupo de Trabalho (GT) “Anticapacitismo e Exercício Profissional de Assistentes Sociais com Deficiência”, com protagonismo das pessoas com deficiência;
- Prática em defesa de direitos da população LGBTQIA+ mobilizada na histórica Campanha pela livre orientação e expressão sexual “O amor fala todas as línguas: assistente social na luta contra o preconceito”, desenvolvida pela Gestão do CFESS 2005-2008 “Defendendo Direitos – Radicalizando a Democracia”, em conjunto com os CRESS. E na campanha do CFESS “Nem rótulos, nem preconceito. Quero respeito”, voltada para o reconhecimento de pessoas travestis e transexuais pelos seus nomes sociais, divulgada em 2017;
- Atuação permanente no combate aos estigmas e preconceitos, que tem subsídios importantes na série “Assistentes Sociais no Combate ao Preconceito”, criada pelo CFESS para orientar a compreensão das determinações e manifestações de preconceito no cotidiano do trabalho profissional, assim como a mobilização dos aportes ético-políticos, teórico-metodológicos e técnico-operativos para o enfrentamento das situações concretas de preconceito;

- Realização ou busca por atividades de assessoria sobre trabalho profissional, a política de saúde e a participação social, a exemplo das ações desenvolvidas no Projeto de Extensão “Educação Permanente para Assistentes Sociais atuantes na área da saúde na Paraíba”, vinculado ao Departamento de Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB) e articulado ao CRESS da 13<sup>a</sup> região;
- Inserção em espaços de participação e controle social, importantes para a defesa da qualidade das políticas e serviços acessados pela população, em meio às contradições, tensões e disputas de projetos de saúde e sociedade existentes. A experiência de participação nos conselhos tem relação com o Projeto Ético-Político Profissional e sua materialização, a partir da articulação com sujeitos coletivos na perspectiva da construção de análises e práticas sociais para a ampliação dos direitos, das políticas sociais e da democracia, de modo a dar respostas às tarefas e desafios postos para a classe trabalhadora e para a categoria profissional em cada conjuntura;
- Trabalho que contempla as diversas possibilidades de atuação a partir das dimensões já elencadas no documento *Parâmetros para a atuação de assistentes sociais na política de saúde*, tais como atendimento direto a usuárias/os em ações socioassistenciais, socioeducativas e de articulação com a equipe de saúde; mobilização, participação e controle social; investigação, planejamento e gestão; assessoria, qualificação e formação profissional (CFESS, 2010).

Por tudo isso, tem sido construído e vivido pelas/os assistentes sociais o reconhecimento de que o Serviço Social é importante para o Brasil, percepção que é reconhecida, sem dúvida, por movimentos sociais que representam usuárias/os, como o Movimento da População de Rua do Rio Grande do Norte, que no dia da/o assistente social celebrado em 15 de maio de 2023 publicou em sua página da rede social Instagram poesia do militante e conselheiro



nacional de saúde Vanilson Torres, que nos diz: “profissão que lida com o povo; obrigada por vocês existirem e seguirem firmes na luta. Assistentes sociais, usuárias e usuários, uni-vos, pois vossas lutas não cessam, são todo dia”.

## **Breves considerações finais**

Reafirmamos a convicção e a esperança de que as/os assistentes sociais continuem sendo parte importante dos esforços coletivos para a defesa do exercício profissional, da qualidade dos serviços prestados à população, das medidas de proteção ao trabalhador/a, da defesa do SUS e das proposições aqui mencionadas. E sigam com participação ativa em conselhos, associações, sindicatos, fóruns e frentes de luta e resistência, como a Frente Nacional contra a Privatização da Saúde e os fóruns/frentes estaduais, para sua organização política como parte da classe trabalhadora.

A cantora Rita Lee, que vive em suas músicas e frases memoráveis, disse certa vez no Twitter: “Gosto de quem eu sou, mas é desconfortável ser eu”. Sem dúvida, confortável não é a palavra que melhor traduz como nós assistentes sociais vivenciamos o trabalho e a luta em uma profissão que defende princípios e pautas contra-hegemônicos.

Mas gostamos de sermos parte dessa profissão que compartilha de um Projeto Ético-Político Profissional e o concretiza no trabalho, na luta e na vida de cada assistente social, aspecto que nos faz lembrarmos da letra da música “Pagu” da mesma cantora aqui citada e de Zélia Duncan. No trecho da canção “sou Pagu indignada no palanque”, em alusão à jornalista e militante feminista Patrícia Galvão, a interpretação das artistas traduziu o anseio de ruptura com padrões de comportamento e vivência heterocisnormativos e de impulsão das lutas por liberdade e diversidade, por uma vida em que os sonhos e desejos sejam realizáveis por todas as pessoas, sem discriminação e preconceitos por condição de classe social, raça/cor, identidade de gênero, sexualidade, região de moradia e

atividade de trabalho. Na toada dessa lembrança, convidamos às muitas celebrações dos 30 anos do Código de Ética da/o Assistente Social e da Lei de Regulamentação da Profissão de Assistente Social, no trabalho e nas lutas!

## Referências

ANTUNES, Ricardo. Trabalho intermitente e uberização do trabalho no limiar da Indústria 4.0. *In*: ANTUNES, R. (org.). **Uberização, trabalho digital e indústria 4.0**. São Paulo: Boitempo, 2020. p. 11-22.

BRASIL. **Decreto Nº 9.759, de 11 de abril de 2019**. Extingue e estabelece diretrizes, regras e limitações para colegiados da administração pública federal. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2019-2022/2019/decreto/d9759.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/decreto/d9759.htm). Acesso em: 20 ago. 2023.

BRASIL. **Lei Nº 8.662, de 7 de junho de 1993**. Dispõe sobre a profissão de Assistente Social e dá outras providências. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8662.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8662.htm). Acesso em: 2 ago. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução Nº 3, de 17 de abril de 2023**. Disciplina os procedimentos de apreciação dos atos e contratos da Adaps, celebrados desde 25 de abril de 2022 até 24 de março de 2023, cria a Junta Jurídica Extraordinária e dá outras providências. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2023/res0003\\_20\\_04\\_2023\\_ADAPS.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2023/res0003_20_04_2023_ADAPS.html). Acesso em: 20 ago. 2023.

BRAVO, M. I. S.; PELAEZ, E. J.; DE MENEZES, J. S. B. A Saúde nos governos Temer e Bolsonaro: Lutas e resistências. **SER Social**, [S. l.], v. 22, n. 46, p. 191-209, 2020. DOI: 10.26512/ser\_social.v22i46.25630. Disponível em: [https://periodicos.unb.br/index.php/SER\\_Social/article/view/25630](https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/25630). Acesso em: 16 out. 2023.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). **Perfil de Assistentes Sociais no Brasil**: formação, condições de trabalho e exercício profissional. Brasília: CEFSS, 2022. Disponível em: <https://www.cfess.org.br/arquivos/2022Cfess-PerfilAssistentes-Sociais-Ebook.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2023.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). **Carta de Maceió**: Seguridade Social pública: é possível! Maceió: CFESS, 2020a. Disponível em: [https://www.cfess.org.br/arquivos/encontracional\\_cartas\\_maceio.pdf](https://www.cfess.org.br/arquivos/encontracional_cartas_maceio.pdf). Acesso em: 20 ago. 2023.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). **Orientação Normativa Nº 3, de 31 de março de 2020**. Dispõe sobre ações de comunicação de boletins de saúde e óbitos por assistentes sociais. Brasília: CFESS, 2020b.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). **Relatório Final da Plenária Nacional do Conjunto CFESS-CRESS**. Brasília: CFESS, 2020c. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/Relatorio-final-plenariaNacionalcfesscress2020.pdf>. Acesso em: 16 set. 2023.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). **Teletrabalho e Teleperícia**: orientações para assistentes sociais no contexto da pandemia. Brasília: CFESS, 2020d.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). **Código de Ética do Assistente Social e Lei 8.662/93**. 10. ed. Brasília: CFESS, 2012. Disponível em: [https://www.cfess.org.br/arquivos/CEP\\_CFESS-SITE.pdf](https://www.cfess.org.br/arquivos/CEP_CFESS-SITE.pdf). Acesso em: 5 jul. 2023.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). **Parâmetros para a atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde**. Brasília: CFESS, 2010.

LEE, Rita. Twitter: @LitaRee\_real. 19 jan. 2013. Disponível em: <https://www.purebreak.com.br/noticias/rita-lee-9-vezes-que-e-la-comprovou-ser-uma-lenda-no-twitter/115483>. Acesso em: 20 ago. 2023.

PAGU. Composição: Rita Lee. Álbum: 3001 (7ª faixa). Gravadora: Universal Music. Lançamento: 2000. (Participação: Zélia Duncan). Disponível em: <https://www.letras.mus.br/rita-lee/81651/>. Acesso em: 20 ago. 2023.

SOARES, R. C.; CORREIA, M. V. C.; SANTOS, V. M. Serviço Social na política de saúde no enfrentamento da pandemia da covid-19. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 140, p. 118-133, jan./abr. 2021.

VASCONCELOS, A. M. Relação Teoria/Prática: o processo de assessoria/consultoria e o Serviço Social. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 56, p. 114-134, mar. 1998.



# CAPÍTULO 2

## O CONTEXTO DE FINANCEIRIZAÇÃO E CONSERVADORISMO POLÍTICO: GLOSAS CRÍTICAS SOBRE O SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE

Angely Dias da Cunha<sup>1</sup>

### Introdução

O presente artigo objetiva analisar o serviço social na saúde, em um contexto de avanço do conservadorismo político e da financeirização. Trata-se de uma pesquisa advinda de revisão biográfica e da experiência profissional em uma Unidade de Pronto-Atendimento (UPA) e no Conselho Regional de Serviço Social do Rio Grande do Norte (CRESS/RN), ancorada no método crítico-dialético e em suas categorias heurísticas: mediação, contradição, historicidade e totalidade. A finalidade é trazer reflexões para o desvelamento da realidade.

---

1 Graduada em Serviço Social pela Universidade Estadual da Paraíba (UEPB); especialista em História dos Movimentos Sociais e das Revoluções pela Universidade Estadual de Maringá (UEM) e em Impactos da Violência na Saúde pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz); mestra em Serviço Social pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB); doutoranda em Serviço Social pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ); foi conselheira-presidenta do Conselho Regional de Serviço Social (CRESS) do Rio Grande do Norte (2020-2023); atua como assistente social na política de a saúde do município de Parnamirim (RN) e na política de segurança pública do estado do Rio Grande do Norte.

Destaca-se, como elemento desse contexto, que a crise do capital e suas manifestações econômicas, políticas, sociais, culturais e ideológicas exigem do conjunto das profissões um repensar das suas práticas e dos seus fundamentos, e na saúde esse repensar não é diferente, pois as políticas sociais como meio de atuação estão relacionadas às dimensões macrossocietárias.

Nessa dimensão, tem-se que o avanço do conservadorismo<sup>2</sup> no Brasil atrela-se ao momento de recessão econômica e crise política como forma de preparar ideologicamente a população para um processo mais intenso e explícito de retirada de direitos e arrocho salarial, tentando ganhar adesão crescente ao defender a falsa ideia de que, ao combater, eliminar, restringir, encarcerar, criminalizar, reprimir e cercear direitos dos supostos “inimigos da sociedade”, estariam sendo automaticamente destravados os rumos da prosperidade e do desenvolvimento para a população que aderir ao projeto conservador de desenvolvimento.

Assim, o pensamento conservador é utilizado como ideologia para camuflar o foco da real conjuntura social: o desemprego, a perda de direitos, o aumento da violência, a falta de políticas públicas, entres outros (Souza, 2016), provocados pelo processo de financeirização enquanto resposta para a crise do capital. Desse modo, a burguesia conservadora direciona suas estratégias para o campo ideológico e moralizador, falseando o contexto de crise no país. Esse projeto contribuiu para uma aliança entre a extrema direita e a direita com um apoio popular, visto a partir de 15 de

---

2 O pensamento conservador surge com o declínio do feudalismo na Europa ocidental, buscando, naquele período, manter vivas as ideias, regras e costumes feudais. Com a burguesia assumindo a função de classe dominante, sua produção cultural passa a mistificar a realidade, passa a ser conservador. O conservadorismo deixa de ser a luta do Antigo Regime com a burguesia revolucionária e passa a ser a mistificação da realidade para justificar a exploração dos trabalhadores (Escorsim Netto, 2011). Entre outras produções que atualizam o debate, podem ser citados alguns estudos: Barroco (2015); Boschetti (2015); Escorsim Netto (2011); Iamamoto (2017); Mota e Amaral (2014); Santos (2007); Santos (2011); Silva (2013); e Souza (2016).

março de 2015, que possibilitou uma nova era de governabilidade ao país (Lowy, 2015).

Esse esquema, típico do conservadorismo pode ser identificado em todos os movimentos da extrema direita e da direita no Brasil. Com esse tipo de atuação, esses movimentos lançam raízes profundas na sociedade, socializando suas ideias como se fossem universais e educando o senso comum, segundo o cânone da ideologia conservadora, de modo a construir as condições necessárias para o consentimento, ativas e passivas, da sociedade ao projeto em questão e, assim, consolidar a hegemonia do capital financeirizado e do pensamento conservador em âmbitos nacionais e internacionais.

Nesse sentido, é importante ressaltar que a “onda conservadora” baseada no combate ao pensamento crítico é expressão de um momento mundial da luta de classes. Desse modo, o conservadorismo e a financeirização na sociedade trazem implicações para o serviço social brasileiro, fortalecendo perfis de profissionais e requisições que desconsideram a construção coletiva da profissão e que corroboram a demandada advinda do processo de produção e reprodução do capital.

Diante disso, em um primeiro momento, este texto apresentará o debate sobre as implicações do avanço da financeirização e do conservadorismo político no serviço social na saúde. Por fim, serão tecidas algumas considerações aproximativas sobre o tema.

### **Serviço social na saúde: implicações do avanço da financeirização e do conservadorismo político**

A reorganização dos blocos de poderes burgueses em torno da hegemonia do capital financeiro decorreu do aprofundamento da crise de 1970 e da necessidade de se adotar estratégias de



reestruturação econômica, política, social e cultural<sup>3</sup>. Nesse ínterim, as políticas sociais são tratadas sob a perspectiva mercadológica, cuja finalidade é atender a demanda da lucratividade do mercado, e no caso da saúde, isso representa a disputa de projetos antagônicos: o da defesa da universalização da saúde e o da defesa da privatização.

Esse primeiro projeto foi resultado do processo de democratização, iniciado com a organização do Movimento da Reforma Sanitária, que reuniu movimentos sociais, intelectuais e partidos de esquerda na luta contra a Ditadura, em prol de uma mudança do modelo médico assistencial privatista para um sistema nacional de saúde universal, público, participativo, descentralizado e de qualidade (Correia, 2005).

O movimento de reforma sanitária, diante disso, é fruto das mobilizações dos trabalhadores de saúde, articulados ao movimento popular, com o objetivo de reverter o sistema de saúde vigente, com a proposição de um sistema único como uma estratégia através da qual fosse possível um Estado democrático de direito, responsável pelas políticas públicas e pela saúde (Bravo, 2007).

Dessarte, as lutas do movimento sanitário culminaram na inclusão de suas pautas no texto da Constituição de 1988, em especial, o reconhecimento da saúde como direito de todos e dever do Estado e a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), tendo como diretrizes os princípios da descentralização, da universalização, da integralidade e da participação da comunidade.

---

3 Essas transformações estão vinculadas às formidáveis mudanças que ocorreram no chamado “mundo do trabalho” e que chegaram a produzir as equivocadas teses do “fim da sociedade do trabalho” e do “desaparecimento” do proletariado como classe, mudanças que certamente se conectam aos impactos causados nos circuitos produtivos pela revolução científica e técnica em curso desde meados do século XX (potenciada em seus desdobramentos, por exemplo, pela “revolução informacional” e pelos avanços da microeletrônica, da biologia, da física e da química). Mas são transformações que desbordam amplamente os circuitos produtivos: elas envolvem a totalidade social, configurando a *sociedade tardo burguesa* que emerge da *restauração do capital* operada desde fins dos anos 1970 (Netto, 2012, p. 5).

A regulamentação do SUS, em 1990, pelas Leis Orgânicas 8.080 e 8.142, trouxe avanços para a área da saúde, inclusive na sua concepção, contudo, por outro lado, foi se constituindo a ampliação da socialização de uma ideologia burguesa presente nas políticas sociais que se baseiam na construção de uma “cultura do voluntariado”<sup>4</sup> (Bonfim, 2010) que tem provocado a padronização como elemento para se integrar o mercado de trabalho, diante de um processo de reestruturação produtiva desencadeadora de novos elementos conjunturais que (re)configuram o mundo laboral.

Isso posto, Behring (2011) ressalta que o trabalho passou a ser marcado pela superexploração da mão de obra, tendo em vista o desemprego estrutural, a redução dos direitos sociais e a reformulação e direcionamento das políticas sociais, a partir da perspectiva neoliberal, cujas consequências são as intensas flexibilizações para o mercado laboral e, conseqüentemente, para o exercício das profissões.

Nessa perspectiva, Iamamoto (2017) apresenta as significativas mudanças no padrão de acumulação e regulação do capital, nos marcos da financeirização da economia e da radicalização neoliberal, traduzida no cotidiano da sociedade brasileira através da contrarreforma do Estado instaurada nos anos 1990 através de um plano diretor que restringe a responsabilidade estatal e desenvolve novas formas de organização e gestão do trabalho nos organismos empregadores, pela via dos ajustes fiscais permanentes, o que, por sua vez, marca alterações nas maneiras como os diversos profissionais de serviços se articulam no interior de suas entidades.

Entre as formas que o capital utiliza para reestruturar-se através das (re)configurações do mundo do trabalho, estão as

---

4 O voluntariado passa a representar, entre outras coisas, o exercício da cidadania, a responsabilidade da “sociedade civil” brasileira pelo bem comum, a opção por ações imediatas e pragmáticas no que se refere ao enfrentamento dos chamados “problemas sociais”. Esses elementos têm uma relação orgânica com a conjuntura de crise e a necessidade de se estabelecer novas formas de consensos adequadas às novas exigências ideológicas dessa fase do capital (Bonfim, 2010, p. 10-11).

requisições de um perfil profissional que se adapte às constantes mudanças do mercado, a precarização das condições de exercício das profissões e a exigência de empregados que tenham polivalência, conformismo e “pseudoneutralidade” em seu ambiente laboral. Ou seja, um perfil profissional que responda favoravelmente a todas as flexibilizações da economia e do mundo do trabalho, pela via do pragmatismo e da imediatividade.

A requisição desse perfil profissional e o conjunto das demais transformações societárias engendradas na cena contemporânea brasileira colocam para o serviço social sérias inflexões, particularmente, para seus espaços sócio-ocupacionais e para a efetivação do projeto ético-político da profissão.

Entre essas inflexões que chegam por meio de denúncias ao conselho profissional e que são vivenciadas no cotidiano do exercício na saúde, citam-se as demandas que reforçam uma cultura de que o “serviço social como faz tudo”, baseada na lógica do secretariado, da subordinação, do ajustamento e da culpabilização dos indivíduos, da psicologização e da burocratização do fazer profissional. As práticas demandadas da(o) assistente social segundo essa cultura são:

- **Comunicação de óbito e repasse de quadro clínico**, mesmo as normativas médicas estipulando tais ações como atribuições médicas.
- **Solicitação aos usuários de materiais de higiene e medicações** para que a enfermagem realize suas atividades, diante da ausência desses itens na própria instituição de saúde.
- **Realização de videochamada entre usuário internado e familiares**, sem considerar as determinações sociais sobre a existência de violência e/outras negações de direitos que são reproduzidas no âmbito doméstico, bem como a realização dessa demanda sem o conhecimento necessário sobre o manejo das emoções, o que, por sua vez, poderá agravar a condição de saúde em face da ausência de dados técnicos

adequados. Trata-se, portanto, de atribuições de outros profissionais, mas que, pela ausência na instituição de saúde, delega-se a execução ao serviço social.

- **Responsabilização por guardar todos os pertences perdidos e deixados nas instituições pelos usuários**, em virtude de os gestores buscarem transferir suas responsabilidades para os profissionais, enquanto adotam o discurso de que “é a sala mais confiável”. Diante disso, vê-se que se adota a compreensão da(do) assistente social como alguém disponível para atender as necessidades institucionais e responsabilizado pela ausência de estrutura adequada e equipe administrativa voltadas para realização desse trabalho.
- **Solicitação do profissional para mediação de conflitos causados justamente pela quantidade insuficiente de profissionais, falta de medicamentos e condições adequadas para o atendimento**. É requisitado à(ao) assistente social o aconselhamento e a tentativa de ajustamento dos usuários para que se conformem com a situação de precarização que se desdobra em negações de direitos.
- **Solicitação de atuação nos casos de mortes violentas, através de registro de Boletim de Ocorrência (B.O.) e coleta de depoimento de familiares, junto com policiais, sobre supostos crimes acontecidos**. Trata-se de uma tentativa de tornar a(o) assistente social responsável pelo registro e pela coleta de depoimentos e de provas para fins de apuração criminal.
- **Solicitação de emissão de declaração de comparecimento de usuário atendido por outros profissionais para apresentar no local do trabalho**. Essa é uma requisição que pode ser exercida por profissional com Ensino Superior, quando a demanda foi atendida pelo profissional. Contudo, a solicitação institucional de preenchimento do documento de comparecimento vem acompanhada pelo argumento de que os demais profissionais estão ocupados, como se as(os)

assistentes sociais também não estivessem. Sendo assim, tal solicitação contribui, de certa forma, com uma profissão vinculada ao “favor” e à “subalternidade”, bem como ao reforço do modelo biomédico<sup>5</sup>.

Nesse sentido, Guerra (2014) elucida que essas formas de gestão e relações de trabalho estabelecidas no marco das (re)configurações do mundo laboral – como, por exemplo, a autorresponsabilização pela empregabilidade, à medida que o mercado estabelece a pessoa como responsável pela manutenção do seu vínculo empregatício; a incorporação de novas funções que se agregam às tradicionais, tendência que tem sido chamada de multifuncionalidade; a diluição da formação especializada através da equiparação das diversas profissões do social (tendência à desespecialização); a abstração da necessidade de formação profissional dada a assunção de atividades simples (desprofissionalização); o desmonte dos direitos e a suspensão da legislação trabalhista (desregulamentação); a intensificação do trabalho; a rotatividade; e a exarcebação do individualismo e da competitividade – redimensionam as intervenções das(dos) assistentes sociais nas múltiplas expressões da questão social, incidindo diretamente nas demandas e respostas profissionais, na formação e na dimensão ético-política da profissão.

Diante disso, de acordo com Bravo (2007), a área da saúde tem concentrado uma considerável quantidade de assistentes sociais, prática vinculada à realidade de articulação das instituições médicas com a produção e reprodução do capital, processo no qual é determinado que as(os) profissionais do serviço social devem atuar com vistas a administrar a tensão existente entre as demandas dos trabalhadores e os insuficientes recursos para a prestação dos serviços requeridos.

---

5 Um modelo baseado na figura central do médico, que presa pela tecnificação, biologicismo, mecanicismo, fragmentação, positivismo, hospitalocentrismo, curativismo, individualismo e negação da saúde pública, da saúde mental e das ciências sociais.

Tais requisições se vinculam à hegemonia financeira que adentra na saúde, fortalecendo os diversos boicotes ao SUS, entre os quais três se destacam:

O desfinanciamento público (a exemplo da Emenda Constitucional (EC) no 95/2016, que congelou por 20 anos o investimento da saúde e na educação); a sistemática alteração do seu modelo de gestão para perspectivas privatizantes – Plano de Atendimento à Saúde (PAC), em São Paulo, e “cooperativa”, no Rio de Janeiro, nos anos 1990 –, Organizações Sociais (OSs) desde o governo federal do Partido da Social Democracia Brasileira (PSDB), Fundações Estatais de Direito Privado (FEDPs) e Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) desde a década passada; e o avanço do setor privado criando uma ideologia da impossibilidade da assistência pública à saúde de qualidade, expulsando amplos segmentos que, iludidos com a compra do plano de saúde, julgam não ser fundamental a defesa do SUS (Matos, 2020, p. 2).

No que se refere à hegemonia financeira, Marx (2017) já mostrava a tendência do capitalista à concentração da “pura propriedade”, resultado da própria expansão do capitalismo e de sua aproximação com as formas bancárias e creditícias<sup>6</sup> (capital portador de juros), de tal forma que o capital se transforma em capital-mercadoria. Diante disso, o capital como torna-se mercadoria, mas uma mercadoria *sui generis* (Marx, 2017, p. 386).

---

6 As atividades dos diversos setores do capital: o industrial, que envolve os procedimentos diversos de extração de valor e não se limita a unidades fabris, abrangendo processos de industrialização dos serviços; o bancário (creditício) e o comercial (Fontes, 2017, p. 415).

O capital portador de juros, portanto, é uma autonomização de parte do capital industrial. Nessa dinâmica, o dinheiro<sup>7</sup> como capital adquire um valor adicional: trata-se de uma união íntima dos bancos, das grandes empresas industriais e comerciais em conjunto com o Estado. Essa fusão efetua-se pela aquisição de ações, pela entrada dos diretores de bancos nos conselhos de controle (ou de administração) das empresas industriais e comerciais e vice-versa, numa verdadeira construção imperial oligopólica (Lênin, 1986).

Para Fontes (2017), trata-se da concentração da propriedade de capital sob a forma de dinheiro, própria da concentração capitalista. Essa propriedade — capital monetário ou capital portador de juros — representa quantidades vultosas de trabalho morto momentaneamente sob a forma dinheiro e distancia-se e aproxima-se do processo direto de extração de valor, a cargo dos capitalistas funcionantes. Nesse sentido, a financeirização não deve ser considerada como uma potência do dinheiro, isolada dos processos de extração de valor.

Nesse aspecto, embora o capital fictício<sup>8</sup> apresente-se enquanto dinheiro que gera mais dinheiro na forma irracional de D-D' (como uma fonte autocriadora de valor – capital-dinheiro que produz capital-dinheiro acrescido, como se brotasse da propriedade dissociada da forma jurídica do seu conteúdo econômico), sua relação está determinada pela apropriação do trabalho não pago, ou seja, a mais-valia que alimenta a reprodução ampliada do capital.

---

7 O dinheiro – aqui considerado expressão autônoma de uma soma de valor, sendo indiferente se esta existe, de fato, em dinheiro ou em mercadorias – pode ser convertido em capital e, mediante essa conversão, deixar de ser um valor dado para se transformar num valor que valoriza a si mesmo, incrementa a si mesmo. Ele produz lucro, isto é, permite ao capitalista extrair dos trabalhadores determinada quantidade de trabalho não pago, de mais-produto e mais-valor, e apropriar-se desse trabalho. Com isso, ele obtém, além do valor de uso que já possui como dinheiro, um valor de uso adicional, a saber, aquele de funcionar como capital (Marx, 2017, p. 385).

8 Enfatiza-se o desenvolvimento do capitalismo e se suas formas de capital, como o capital portador de juros (o crédito, montante de capital acumulado, é colocado à disposição para empréstimo) e o capital fictício (o capital portador de juros passa a operar de forma especulativa, deslocada de sua base real).

Por esse motivo, esse tipo de capital obscurece as cicatrizes de sua origem e, como capital portador de juros, mostra-se como fetiche autônomo, cuja consequência é a redução da relação social à relação de uma coisa (em si mesma), que, ao invés de ser uma verdadeira transformação do dinheiro em capital, mostra-se em sua forma esvaziada (Marx, 2017).

Diante disso, o capital portador de juros apresenta-se pelos empréstimos para a produção – o capital aparece enquanto mercadoria, que primeiro é convertida em dinheiro e, em um segundo momento, é reconvertida de dinheiro em outra mercadoria. No capital portador de juros, o dinheiro se torna um fator desses quando é desembolsado uma segunda vez, ou seja, quando se encontra nas mãos do capitalista em atividade, que comercia com ele e o converte em “capital produtivo” (Marx, 2017).

Desse modo, o capital portador de juros se alimenta dos juros acrescidos nos empréstimos, por isso as dívidas públicas<sup>9</sup> têm uma funcionalidade na valorização desse capital, já parte desse dinheiro é reinvestido no processo produtivo seguidamente, retornando para aquele que o desembolsou “originalmente”. Em síntese, o capital portador de juros, para Marx (2017, p. 390-391), caracteriza-se da seguinte forma:

O possuidor de dinheiro, que quer valorizá-lo como capital portador de juros, aliena-o a um terceiro, lança-o na circulação, converte-o em

---

9 No caso da dívida pública, o Estado tem que pagar aos credores o juro referente ao capital emprestado. O credor possui o título de dívida contra o Estado, produto anual dos impostos. Apesar de esses títulos serem passíveis de compra e venda, o que se tem é capital ilusório, fictício, já que a soma emprestada ao Estado já não mais existe, o que mostra o ápice da distorção do sistema de crédito. Contudo, para o capitalista credor, a parte que lhe cabe dos impostos representa o juro de seu capital. Por mais que essas translações se multipliquem, o capital de dívida pública permanece fictício: uma vez que os títulos da dívida pública se tornem invendáveis, desaparece a aparência do capital (Iamamoto, 2017, p. 98). Enfatiza-se que, para honrar os compromissos brasileiros assumidos com a dívida pública, criou-se, em 1994, o Fundo Social de Emergência (hoje chamado de Desvinculação de Receitas da União), as metas de superávit primário, frutos de um acordo com o FMI em 1998, e a Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF) de 2000.



mercadoria como capital; e não só como capital para ele mesmo, mas também para outros; ele não é capital apenas para quem o aliena, mas é desde o início transferido a um terceiro como capital, como valor que possui o valor de uso de criar mais-valor; lucro; como um valor que conserva a si mesmo no movimento e que, depois de ter funcionado, retorna àquele que o desembolsou originalmente, no caso em questão, ao possuidor do dinheiro, portanto, um valor que só por algum tempo permanece distante de quem o desembolsou, que só transita temporariamente das mãos de seu proprietário para as mãos do capitalista em atividade e que, por conseguinte, não é pago nem vendido, mas apenas emprestado; um valor que só é alienado sob a condição de, em primeiro lugar, retornar a seu ponto de partida após determinado prazo e, em segundo lugar, retornar como capital realizado, isto é, tendo cumprido seu valor de uso, que consiste em produzir mais-valor.

Diante disso, o pressuposto fundamental apresentado por Marx (2017) é de que, nesse caso, o dinheiro funciona como capital, e como capital em si, como capital potencial, pode ser remetido a outra pessoa<sup>10</sup>. O capital como mercadoria, todavia, aparece

---

10 O desenvolvimento da valorização do capital permite e torna necessário o desdobramento da taxa geral de lucro nas figuras autônomas do lucro e do juro, personificadas numa classe especial de capitalistas proprietários de capital-dinheiro e numa classe de capitalistas industriais como pessoas juridicamente distintas que desempenham papéis diferenciados no processo de reprodução: um empresta e outro emprega o capital de forma produtiva. Essa oscilação e autonomização de duas partes do lucro bruto do valor e juro aparecem como se se originassem de fontes essencialmente diversas: uma, do processo de produção, a outra, como capital enquanto tal, sem mediação do processo de produção e de circulação (Iamamoto, 2017, p. 94-95). Portanto, o aplicador de capital, mesmo que trabalhe com o próprio capital, se decompõe em duas pessoas, o proprietário do capital e o aplicador de capital: seu capital com relação ao lucro que proporciona se decompõe em propriedade do capital fora do processo de produção (Marx, 2017). Cabe salientar que esse processo intensifica o fetiche e a reificação como facetas da alienação, pois o

aqui na medida em que é oferecido no mercado, e o valor de uso do dinheiro é alienado como capital. Portanto, a forma de capital portador de juros é, em geral, a matriz de todas as formas alocadas do capital, logo, do capital fictício.

Essa forma faz com que cada rendimento monetário determinado e regular apareça como um juro de um capital que provenha de um capital ou não. Na situação do rendimento regular, aparece como um juro de um capital inexistente, pago pelo Estado aos credores. De acordo com Marx (2017, p. 15): “o Estado tem de pagar anualmente a seus credores certo *quantum* de juros pelo capital emprestado. O credor, nesse caso, não pode pedir do devedor o reembolso, mas apenas vender o crédito, ou seja, seu título de propriedade sobre ele”<sup>11</sup>. Segundo Fontes (2017, p. 10):

Os processos de fusão e aquisição pelos maiores conglomerados e por grandes proprietários vêm dificultando separar de maneira precisas setores. Os grandes proprietários de capital atuam, através de *holdings* proprietárias, em praticamente todos os setores, nem sempre de forma direta, mas sempre impulsionando e pressionando pela extração máxima de valor no mais curto intervalo de tempo. Lênin analisou diretamente o salto na escala de concentração de capitais no período posterior a Marx, que segundo ele teria alterado o próprio capitalismo, convertendo-o em imperialismo.

O imperialismo tem como fundamento a monopolização financeira mediante fusão dos bancos grandes com os bancos pequenos. Em vista disso, a operação inicial que os bancos realizam é a de

---

juro é mais-valia, logo, a financeirização não tem vida própria, já que, ao contrário, depende do processo produtivo.

11 O próprio capital foi consumido, despendido pelo Estado. Ele já não existe. O capital, do qual o pagamento feito pelo Estado considera como um fruto (juro), permanece capital ilusório, fictício (Marx, 2017, p. 16).

intermediários nos pagamentos, assim, eles convertem o capital-dinheiro inativo em capital ativo, ou seja, em capital que rende lucro, agrupando toda espécie de rendimento em dinheiro à disposição da classe capitalista (Lênin, 1986).

À medida que vão aumentando as operações bancárias e se concentram num número reduzido de estabelecimentos, os bancos convertem-se de modestos intermediários que eram em monopolistas onipotentes que dispõem de quase todo o capital-dinheiro do conjunto dos capitalistas e pequenos patrões, bem como da maior parte dos meios de produção e das fontes de matérias-primas de um ou de muitos países. Essa transformação dos numerosos modestos intermediários num grupo de monopolistas constitui-se como um dos processos fundamentais da transformação do capitalismo em imperialismo capitalista (Lênin, 1986).

Os monopolistas financeiros subordinam as operações comerciais e industriais da sociedade capitalista:

Colocando-se em condições – por meio das suas relações bancárias, das contas correntes e de outras operações financeiras –, primeiro de conhecer com exatidão a situação dos diferentes capitalistas, depois de controlá-los, exercer influência sobre eles mediante a ampliação ou a restrição do crédito, facilitando-o ou dificultando-o, e, finalmente, de decidir inteiramente sobre o seu destino, determinar a sua rentabilidade, privá-los de capital ou permitir-lhes aumentá-lo rapidamente e em grandes proporções (Lênin, 1986, p. 12).

Nesse sentido, o imperialismo é o domínio do capital financeiro em seu mais alto grau, separando propositalmente a propriedade do capital e sua aplicação, o capital monetário e o industrial produtivo, e o rentista alimentado das rendas procedentes do capital monetário do empresário e todas as pessoas que participam

diretamente da gestão do capital. Segundo Lênin (1986), seus quatro traços fundamentais são:

- A concentração e a centralização da produção e do capital promovidas em um grau elevado de desenvolvimento, cuja consequência é a criação dos monopólios, que desempenham um papel decisivo na vida econômica;
- A fusão do capital bancário com o capital industrial e a criação, centrada nesse “capital financeiro”, da oligarquia financeira;
- A exportação de capitais, desconformemente da exportação de mercadorias, adquire uma importância particularmente central;
- A formação de associações internacionais de capitalistas monopolistas, que partilham a divisão dos territórios entre as potências capitalistas mais importantes.

Afirma-se, portanto, que a base econômica mais profunda do imperialismo é o monopólio, que nasceu do capitalismo e que se encontra no ambiente geral do capitalismo, da produção mercantil, da concorrência, numa contradição constante e insolúvel com esse ambiente geral (Lênin, 1986).

Mas, como todo o monopólio gera inevitavelmente uma tendência para a estagnação e para a decomposição, a saída é convocar o Estado para atuar junto à financeirização, sendo recorrente essa atuação, sobretudo em momentos decrescentes da taxa de lucro, como no caso da crise de 2008<sup>12</sup>.

---

12 Foi uma crise cíclica dentro da crise estrutural do capitalismo. Suas causas assentam-se na queda da taxa de juros determinada em 2002 pelo governo norte-americano e na expansão do mercado financeiro imobiliário, que passou a vender hipotecas a juros baixos, levando a um esgotamento do potencial de venda de habitações para consumidores com condições de pagamento. As financeiras imobiliárias, nesse contexto, estenderam as ofertas de crédito e financiamento para os consumidores com mais dificuldades financeiras, denominados de *subprime*. Com o mercado em expansão, houve muita especulação com os preços dos imóveis. Os

Essa tendência à estagnação mostra-se na medida com que se fixam preços monopolistas, ainda que temporariamente, desaparecendo, até certo ponto, as causas estimulantes do progresso técnico e, por conseguinte, de todo o progresso e avanço, surgindo assim, além disso, a possibilidade econômica de se conter artificialmente o progresso técnico. Essa contensão artificial dar-se-á pela figura do Estado do capitalismo parasitário e em decomposição a serviço da oligarquia financeira, que logo passa a implementar pacotes de medidas de ajuste fiscal e anunciar a crise do sistema de proteção social (Lênin, 1986).

Essa financeirização tem como significado o processo no qual os mercados, as elites e as instituições financeiras passam a ter peso crescente sobre as políticas econômicas e seus efeitos (Palley, 2013). Esse modo econômico efetua-se quando a finança deixa de estar subordinada à produção e o lugar do poder econômico e político é transferido ao capital financeiro, portanto, “[...] desde a política fiscal até a reforma da saúde, deve passar pelo teste de aceitabilidade nos mercados financeiros” (Sweezy, 1994, p. 4).

Sumariamente, no pós-guerra, o capital financeiro estava submetido à produção, tinha o objetivo de financiar o desenvolvimento, a produção e o investimento por meio de empréstimos, entretanto, apontava-se como tendência a construção de uma hegemonia financeira, revertendo à condução e orientação econômica, política, social, cultural e ideológica no capitalismo.

Com a crise estrutural e as suas subseqüentes crises cíclicas, a mudança do regime de trabalho, o neoliberalismo e as transformações no campo cultural-ideológico com a entrada massiva do pensamento pós-moderno<sup>13</sup> nos movimentos sociais e na produção

---

bancos, então, transformaram essas dívidas em títulos do mercado financeiro que foram negociados em todo o mundo até que a gigantesca bolha financeira formada estourou e os títulos e derivativos das hipotecas declinaram.

13 Emerge um intimismo privatizado, ou a privacidade intimista, reforçando a culpabilização dos indivíduos pelas suas condições. Com isso, há uma defesa do fim da separação entre o público e o privado, em benefício do segundo em detrimento do primeiro, fazendo-se o elogio da intimidade e criticando-se os pequenos poderes

de conhecimento, o processo de financeirização encontrou terreno fértil para sua proliferação, passando hegemonicamente a dominar a produção (mais dependendo dela) e a reprodução do capital.

Reemergem, mediante isso, formas arcaicas de extração de mais-valia e a tendência na era da financeirização é a espoliação pela via da mais-valia absoluta e pelo processo de exploração com formas análogas à escravidão (modo típico do capitalismo primitivo) (Motta, 2016). Essas tendências na financeirização têm como características:

- A baixa na taxa de investimentos, como consequência tem-se uma diminuição no crescimento econômico de determinados setores e a expansão do desemprego. Nessa lógica, as empresas ao invés de reinvestirem no processo produtivo (gerando emprego) vão destinar seus recursos para pagamento do empréstimo e para investir em ações financeiras;
- Aumento do endividamento das famílias por conta da retração na esfera pública e do Estado para alimentar os juros da dívida. No keynesianismo o Estado endividava-se para investir em políticas sociais, no neoliberalismo a dívida é transferida para as famílias.

O modelo ideológico e econômico adequado para essa nova tendência é a do neoliberalismo, por compreender como a proposta dominante implantada como resposta a crise estrutural a qual defende a generalização da liberalização do mercado para esfera da produção e reprodução do capital e da vida social. Como

---

na família, na escola e nas organizações burocráticas; nega-se a possibilidade de teorias científicas e sociais de caráter globalizante, pois não possuiriam objeto a ser totalizado num universo físico e histórico fragmentado, descentrado, relativo e fugaz. Prevalece a sensação do efêmero, do acidental, do volátil, num mundo onde “tudo o que é sólido desmancha no ar” (Chauí, 2007, p. 490).

exemplo dessa massificação da “liberalização” Sweezy (1994, p.8) argumenta que:

[...] o The New York Times publicou um relato feito por um de seus mais importantes jornalistas, intitulada “Stock Market Diplomacy” (Diplomacia na Bolsa de Valores) com um subtítulo “A Política Externa de Clinton inclui uma Consideração de Como Uma Mudança Influi no Comércio Mundial”. Logo, às forças intermediárias, aquela que estão entre o mais fraco e o mais forte, aponta para a experiência da França no início dos anos 80. O povo francês elegeu um governo socialista por uma maioria impressionante. O novo governo, respondendo ao eleitorado, embarcou num curso de reformas sociais suaves e expansão fiscal. O resultado não tardou a chegar: uma séria crise no balanço de pagamentos seguida de um ligeiro retrocesso. Como entre a democracia e o capital financeiro no mundo, como estruturados hoje, existe pouca dúvida sobre qual é o mais forte, por isso a liberalização deve ser generalizada.

Em sentido amplo, nesse contexto das relações internacionais constituído após o Consenso de Washington, forjou-se a ideia hegemônica de que os Estados – sobretudo os dos países periféricos – independentemente de os seus governos declararem-se defensores do socialismo ou da burguesia – devem direcionar suas ações para a expansão das medidas neoliberais alinhadas à regulação financeira.

As implantações dessas medidas neoliberais como aspecto da tentativa de reestruturação do capital desembocam em uma morfologia social do trabalho relacionada à subordinação da subjetividade aos determinantes do capitalismo, desdobrando, nesse sentido, o desmonte da luta de classe, em favor da individualização, ou seja, da culpabilização dos trabalhadores em busca da construção de uma cultura de consumo, do consenso e do voluntariado.

Como desdobramentos políticos desse quadro, tem-se uma crescente aproximação entre as economias chinesa e norte-americana, construindo-se um capitalismo liberal-financeiro e uma relação de dependência dos países periféricos – expresso no Modelo Liberal Periférico (MLP)<sup>14</sup> (Pinto; Gonçalves, 2017). Verifica-se, com isso, uma nova fase do imperialismo abrindo espaço para a promoção de nova rota de acumulação para os capitais norte-americanos. Isso acontece por meio do modelo de regulação neoliberal que investe na aliança entre o Estado norte-americano e frações do capital estadunidense, sobremaneira a bancário-financeira (Wall Street).

Com relação ao Brasil, o MLP caracteriza-se por desequilíbrios estruturais fragilizantes, pautados na estruturação de produção, significando o deslocamento na direção do setor primário, a desindustrialização e a dessubstituição de importação, bem como um padrão de comércio exterior com a reprimarização das exportações, especialmente, regressivas, como também uma dependência tecnológica, aumento do *gap* tecnológico, ganhos no setor primário e perdas nos setores secundários e terciários; crescente vulnerabilidade externa estrutural, concentração de capital e política econômica sob a dominação financeira internacional (Pinto; Gonçalves, 2017).

---

14 O MLP representa um novo padrão de acumulação e produção capitalista em que se configuram profundas modificações tanto nas relações entre capital e trabalho quanto nas relações intercapitalistas. Verifica-se nesse padrão a redução do poder das forças sociais atreladas ao trabalho, o que, por sua vez, ampliou a superexploração do trabalho, que é uma característica marcante do capitalismo periférico. Seus eixos estratégicos são: liberalização comercial, produtiva e financeira; mudança na forma de intervenção estatal por meio da privatização, reformas da previdência social e desregulamentação dos mercados (notadamente o mercado financeiro e o mercado de trabalho; dominação da fração bancário-financeira na dinâmica macroeconômica, aumento da dependência e, conseqüentemente, da vulnerabilidade externa estrutural que reduz o potencial de crescimento, que amplia a instabilidade macroeconômica e tem graves efeitos sobre questões estruturais (emprego, qualificação da mão de obra, educação etc.) (Pinto; Gonçalves, 2017).



Essa organização monopólica obedece à urgência de viabilizar um objetivo primário: o acréscimo dos lucros capitalistas mediante o controle dos mercados (Netto, 2011), fortalecendo ideologias conservadoras que se ramificam como senso comum, por meio da crença de que a desigualdade social não é uma questão orgânico-estrutural do sistema capitalista, mas um fator conjuntural que pode ser corrigido com qualificação e modernização da produção.

A política social, nesse cenário, é desmontada e a perspectiva higienista é utilizada como mecanismo de controle para amenizar os efeitos da “questão social”, mediante aprofundamento da desigualdade, cortes dos recursos, desmontes de programas sociais e negação da ciência em favor do avanço do negacionismo. Consequentemente, tem-se uma elevação do contingente de trabalhadores no “exército industrial de reserva” e desempregados.

Essas transformações no mundo do trabalho com o aumento do “exército industrial de reserva) fortaleceram, por exemplo, durante a pandemia de Covid-19, o discurso de que o desemprego era oriundo da quarentena ou dos pedidos de “fique em casa”, muito embora os bancos estivessem apresentando aumento da lucratividade, ou seja, atribuiu-se ao indivíduo a responsabilidade do desenvolvimento do país e da melhoria da condição econômica.

Em linhas gerais, a lógica adotada pelo Estado foi de investir no processo de modificação da produção por meio do incremento da tecnologia e da mundialização do capital, cuja tendência é a desindustrialização e a substituição do homem pela máquina, aumentando, portanto, o desemprego. Em contrapartida, investe-se massivamente na mercantilização dos direitos sociais, no aumento da exploração e na construção de uma ideologia do consenso transmitida pelo projeto burguês e reproduzida nas redes sociais.

Nessa “parceria” entre o público e o privado, o Estado adota duas posturas: a) de transferência de responsabilidades para a sociedade civil, por isso o fortalecimento do terceiro setor e de iniciativas individuais em conjunto com um discurso de responsabilização dos indivíduos; b) de transferência de recursos e de suas

responsabilidades para a iniciativa privada, nesse caso para o capital estrangeiro.

Os adeptos do “terceiro setor” são: organizações não lucrativas e não governamentais, e instituições que desenvolvem atividades filantrópicas, ações solidárias, ações voluntárias e atividades pontuais informais. Essas configurações têm feito com que a sociedade civil assuma atividades antes atribuídas ao Estado, assim, os indivíduos passam a se responsabilizar pelas expressões da questão social, que de maneira degradante, é provocada pelas próprias contradições do capital (Montaño, 2012).

Sendo assim, no padrão neoliberal de resposta às demandas sociais, o que está em jogo não é o avanço do “terceiro setor”, mas as respostas que estão sendo dadas à questão social, na qual as demandas políticas, econômicas e ideológicas se resumem apenas à questão meramente técnico-operativa de ações pontuais, emergenciais, fragmentadas e imediatas.

Para Montaño (2012), o Estado dirigido pelos governos neoliberais afasta-se parcialmente da intervenção social, porém, é subsidiador e promotor do processo ideológico de “transferência” da ação social para o “terceiro setor”. Isso significa que a sociedade passa a assumir a responsabilidade sobre a “questão social”, numa forma de “solidariedade sistêmica” (mediante a contribuição compulsória e diferencial) para uma “solidariedade individual e voluntária, segundo os princípios da “autoajuda”, da “ajuda mútua” e do “empreendedorismo”).

Diante disso, não se acredita mais nas instituições democráticas estatais ou classistas (partidos e sindicatos), nem, muito menos, na transformação social. O combate ao neoliberalismo apresenta-se como uma “rebeldia sem causa”, de teimosos e nostálgicos dos “velhos” projetos macrosociais que tinham o Estado como centro.

Sucintamente, o funcionamento do “terceiro setor” como parte do projeto neoliberal conservador tem seus rebatimentos na organização dos movimentos sociais e consiste nos instrumentos de: a) justificar e legitimar o processo de desestruturação da Seguridade

Social e desresponsabilização do Estado na intervenção social; b) desonerar o capital da responsabilidade de cofinanciar as respostas às refrações da “questão social” mediante políticas estatais; c) despolitizar os conflitos sociais, dissipando-os e pulverizando-os, de modo a transformar as lutas contra a reforma do Estado em parceira com o Estado; d) criar a cultura ou ideologia do “possibilismo”; e) reduzir os impactos (negativos ao sistema) do aumento do desemprego, focalizando as ações do Estado na pobreza gestada na “questão social”; f) e fomentar a autorresponsabilização pelas respostas às suas sequelas.

Esse funcionamento do “terceiro setor” se relaciona ao conservadorismo, na medida em que a questão social passa a ser resolvida pela burguesia por meio do Estado unicamente enquanto caso de polícia, capaz de ser sanada com a repressão ou apenas com o ajustamento dos indivíduos.

E é nesse processo contraditório que se tem o fortalecimento da “novas direitas” no mundo, enquanto resultado da sacralização do mercado financeiro como regulador máximo das relações sociais; do fundamentalismo religioso, que, em nome de Deus e da falsa verdade revelada, anula qualquer possibilidade de debate, reciclando o perigo vermelho e a exigência de uma desdemocratização, ou seja, o conservadorismo radicalizado passa a exigir um regime mais violento, predatório e ideológico em favor da hegemonia da burguesia por meio neoliberalismo enquanto estratégia para o aumento da margem de lucro e construção de um consenso (Gallego, 2018).

Diante disso, o elemento novo dessa problematização é compreender o conservadorismo enquanto espaço estratégico disputado pela burguesia como saída para a “ameaça vermelha”, com o intuito de favorecer o mercado, cujas consequências levaram à eleição pelas vias democráticas de um presidente antidemocrático e fascista.

Observa-se, diante disso, um projeto que agrega o avanço da ideologia conservadora, que se concretiza como conjunto de

princípios orientadores das práticas políticas de setores de direita e extrema direita no Brasil atual, conformando a assim chamada nova direita (Demier, 2018), aliando-se, portanto, ao neoliberalismo para efetivação de uma destruição radical dos direitos sociais e trabalhistas em nome da financeirização.

Na saúde, essa destruição se intensificou com o fim dos núcleos ampliados de saúde da família, desfinanciamento da política de saúde, em particular de saúde mental, com o reforço das comunidades terapêuticas e a defesa do uso de métodos barbarizantes, a exemplo do eletrochoque, bem como com a negação da ciência, perceptível nos depoimentos falaciosos de que os profissionais de saúde estavam escondendo leitos durante a pandemia. Houve, assim, a completa destruição de programas e projetos.

Como parte integrante desse conservadorismo, o Estado passa a reconduzir sua funcionalidade mediante transferência do fundo público para a iniciativa privada e para programas de socorro econômico. Essas orientações demonstram os limites do capitalismo, cujas consequências têm sido o avanço da barbárie pelo/no conservadorismo. Assim, nessa quadra histórica, trata-se de uma subsunção do plano político, social e econômico brasileiro aos interesses internacionais, diga-se, aos EUA, no qual o Estado tem encaixado, por meio do ideário conservador, um discurso camuflado de suposta “crise fiscal” e de moralismo das relações sociais como mote para intensificar o processo de privatização e exploração do trabalho.

Dessa maneira, através desse ideário com pilares fundamentalistas e centrados nos ajustes econômicos, as políticas sociais são tratadas a partir do trinômio privatização-focalização-descentralização, materializadas na cultura antiestado e, sobretudo, na desqualificação da política, da democracia e do pensamento crítico, a partir do conservadorismo-neoliberal, que se concretiza como conjunto de princípios orientadores das práticas políticas da direita e da extrema direita brasileira, conformando a assim chamada nova direita, que avançou com Bolsonaro.

Em dados, esse governo representou o aprofundamento da desigualdade social, ao passo em que contribuiu com o aumento da lucratividade dos bancos e do mercado financeiro. A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, publicada em 2022, apresentou as duas maiores taxas de desemprego no Brasil, que foram 13,8% em 2020 e 13,2% em 2021. Essa mesma pesquisa revela um aumento no número de empregados sem carteira em 2022, que foi de 35,9 milhões de pessoas. Esses dados revelam os desdobramentos de medidas de ajustes e reformas que reforçaram o aprofundamento da precarização e desmantelamento das regulamentações trabalhistas.

Do ponto de vista da contradição fundamental do capital (trabalho *versus* capital), nota-se, no contexto pandêmico de recrudescimento do conservadorismo, um aumento da concentração e centralização da riqueza entre os representantes da burguesia financeirizada. Por outro lado, também é perceptível uma intensificação nas formas mais precárias do trabalho, que se revelam no aumento do pauperismo.

Esses elementos se apresentam nas seguintes informações, conforme dados do Ipea (2022) e do IBGE (2022): a pobreza saltou de 12,9% em 2012 para 15,7% em 2021, atingindo, 62,5 milhões de brasileiros; em 2022, esse número aumenta para 70 milhões de pessoas, entre as quais, 29,6% possuem renda familiar inferior a R\$ 497 mensais. Enquanto isso, o relatório anual de desigualdade da Oxfam, divulgado em 2023, revela que uma parcela de apenas 1% das pessoas mais ricas do planeta acumulou duas vezes mais riquezas do que o resto da população mundial em dois anos.

O Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos (Dieese) em 2022, por sua vez, publicou o relatório “As contradições da melhora dos indicadores econômicos no Brasil”, que mostra o aprofundamento de desigualdades estruturais de renda no país com a criação de postos de trabalho nas modalidades por conta própria (sem CNPJ e sem contribuição para a Previdência). Uma das consequências disso é a existência de 10 milhões de pessoas em desemprego em 2021. Outro dado

relevante: o contingente de desocupados, trabalhadores desprotegidos ou desalentados e de indivíduos ocupados com insuficiência de horas e em negócios familiares é de cerca de 60 milhões de pessoas (Dieese, 2022).

Diante do exposto, esses dados relevam em números as manifestações da questão social que estão relacionadas às mudanças vivenciadas no mundo do trabalho e no âmbito do Estado. E o profissional crítico, diante desses elementos, deve se aproximar, por meio do método dialético, do movimento da realidade concreta, buscando o efetivo engajamento político com os diversos movimentos sociais, fortalecendo as lutas sociais e a dimensão política da profissão, sem, contudo, idealizar ou experimentar um papel revolucionário para esse mero trabalhador e para a profissão (Iamamoto, 2010). Portanto, as ações profissionais precisam estar orientadas pelos fundamentos teórico-metodológicos, ético-políticos e procedimentos técnico-operativos, tendo como referência o projeto profissional do Serviço Social construído nos últimos trinta anos.

Diante disso, os assistentes sociais na saúde devem atuar em quatro grandes eixos: atendimento direto aos usuários; mobilização, participação e controle social; investigação, planejamento e gestão; assessoria, qualificação e formação profissional (CFESS, 2010). Devem, portanto, trabalhar com a perspectiva ampliada de saúde a partir dos determinantes sociais, econômicos, políticos e culturais que estão relacionados ao processo saúde-doença nas relações sociais dos sujeitos, famílias e sociedade, mediante as seguintes questões: democratização do acesso às unidades e aos serviços de saúde; estratégias de aproximação das unidades de saúde com a realidade; trabalho interdisciplinar; ênfase nas abordagens grupais; acesso democrático às informações e estímulo à participação popular (CFESS, 2010).

## Considerações aproximativas

Diante do exposto, observa-se que, mesmo o Serviço Social tendo conquistado avanços profissionais a partir dos anos de 1990, grandes são os desafios que marcam a conjuntura presente, haja vista que estamos diante de processos de financeirização e de ascensão da ideologia conservadora, que requisitam das profissões executar iniciativas que criminalizem a exponenciação da questão social decorrente do agravamento das contradições internas do sistema capitalista, exigindo do Serviço Social a adoção de análises, ações e intervenções mais qualificadas, que consigam romper com uma análise formal abstrata sobre as múltiplas manifestações dessa problemática.

Entre os principais desafios atrelados à herança conservadora da profissão, destacam-se: a) aprofundamento do conservadorismo nos modos de pensar e agir dos empregadores, à medida que requisitam dos/as profissionais atribuições e competências baseadas no clientelismo e no silenciamento das reivindicações dos usuários, enquanto naturalizam a precarização dos serviços; b) a presença do modelo biomédico e curativista, reforçado com a contratação de profissionais por meio de cooperativas, corroborando a lógica da privatização do SUS por dentro do próprio SUS; c) a imagem do assistente social como “faz tudo”, ou seja, como capaz de dar respostas para todas as demandas; d) a concepção do assistente social como secretário de outras categorias profissionais; e) o entendimento do assistente social como aconselhador capaz de atuar na subjetividade dos sujeitos.

Assim, é preciso discutir com a categoria tais proposições, pois, à medida que os/as assistentes sociais não identificam tais desafios, reforçam tendências conservadoras presentes na profissão e acabam se distanciando de uma prática profissional crítica, reflexiva e propositiva, em detrimento de uma atuação laboral que psicologiza as relações sociais, naturalizando as contradições presentes no cotidiano, isto é, favorecendo a mercantilização e a financeirização da saúde.

## Referências

BARROCO, Maria Lucia S. Não passarão! Ofensiva neoconservadora e Serviço Social. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 124, p. 623-636, out./dez. 2015.

BERHING, Elaine R. **Política social no capitalismo tardio**. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

BONFIM, P. As principais determinações econômicas e ideoplíticas da “cultura do voluntariado” no Brasil na atualidade 2006, 115 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

BOSCHETTI, Ivanete. Expressões do conservadorismo na formação profissional. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 124, p. 637-651, out./dez. 2015.

BRASIL. **Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18080.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm). Acesso em: 28 ago. 2023.

BRASIL. **Lei Nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18142.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18142.htm). Acesso em: 28 ago. 2023.

BRAVO. M. I. S. **Serviço social e reforma sanitária**: lutas sociais e práticas profissionais. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UFRJ, 2007.

CHAUÍ, M. **Convite à Filosofia**. São Paulo: Ática, 2007.



CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). **Parâmetros para a atuação de assistentes sociais na Política de Saúde**. Brasília: CFESS, 2010. Disponível em: [http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros\\_para\\_a\\_Atuacao\\_de\\_Assistentes\\_Sociais\\_na\\_Saude.pdf](http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_a_Atuacao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude.pdf). Acesso em: 28 ago. 2023.

CORREIA, M. V. C. Desafios para o controle social: subsídios para capacitação de conselheiros de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

DEMIER, F. (org.). **A onda conservadora**: ensaios sobre os atuais tempos sombrios no Brasil. Rio de Janeiro: Mauad, 2018.

DEPARTAMENTO INTERSINDICAL DE ESTATÍSTICA E ESTUDOS SOCIOECONÔMICOS (DIEESE). **As contradições da melhora dos indicadores econômicos no Brasil**. Brasília: Dieese, 2022. (Síntese especial: subsídios para debate, Nº 10, 14 set. 2022). Disponível em: <https://www.dieese.org.br/outraspUBLICACOES/2022/sinteseEspecial10.html>. Acesso em: 28 ago. 2023.

FONTES, Virginia. Capitalismo em tempos de uberização: do emprego ao trabalho. **Marx e o Marxismo, Revista do NIEP**, v. 5, n. 8, p. 45-67, 2017. Disponível em: <http://www.niepmarx.blog.br/revistadoniep/index.php/MM/article/view/220/177>. Acesso em: 24 set. 2022.

GALLEGO, Solano. **O ódio como política**. São Paulo: Boitempo, 2018.

GUERRA, Yolanda. Transformações societárias e Serviço Social: repercussões na cultura profissional. In: MOTA, Ana Elisabete; AMARAL, Angela (org.). **Serviço Social brasileiro nos anos 2000**: cenários, peijas e desafios. Recife. Ed. UFPE, 2014.

IAMAMOTO, Marilda Villela. O novo ecletismo na política social brasileira: entre o “risco social” e a luta por direitos. In: ENCONTRO

NACIONAL DE PESQUISADORES EM SERVIÇO SOCIAL (ENPSS), 12., 2010, Rio de Janeiro. **Anais** [...]. Brasília: ABEPSS, 2010. v. 12.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **Serviço Social em Tempo de Capital Fetiche**: capital financeiro, trabalho e questão social. São Paulo: Cortez, 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD)**. Rio de Janeiro: IBGE, 2022.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). **Nota Técnica Nº 102**: um país na contramão: a pobreza no Brasil nos últimos dez anos. Brasília: Ipea, 2022. Disponível em: [https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/11563/7/NT\\_102\\_Disoc\\_Um\\_Pais.pdf](https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/11563/7/NT_102_Disoc_Um_Pais.pdf). Acesso em: 28 ago. 2023.

LÊNIN, V. I. **O imperialismo, fase superior do capitalismo**. São Paulo: Alfa Ômega, 1986.

LOWY, M. Conservadorismo e extrema-direita na Europa e no Brasil. **Revista de Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 124, p. 652-664, out./dez, 2015.

MARX, Karl. **O capital**: crítica da economia política. Tradução Rubens Enderle. 2. ed. São Paulo: Boitempo, 2017. l. III: o processo global da produção do capital.

MATOS, Maurílio. **A pandemia do coronavírus (COVID-19) e o trabalho de assistentes sociais na saúde**. Vitória (ES): CRESS-ES, 2020.

MONTAÑO, Carlos. **Terceiro setor e questão social**: crítica ao padrão emergente de intervenção social. São Paulo: Cortez, 2012.

MOTA, A. E, AMARAL, A. Serviço Social brasileiro: cenários e perspectivas nos anos 2000. In: MOTA, A. E, AMARAL, A. (org.). **Serviço**

**Social brasileiro nos anos 2000:** cenários, pelejas e desafios. Recife, Editora da UFPE, 2014.

NETTO, J. **Capitalismo Monopolista e Serviço Social**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

NETTO, J. Crise do Capital e Consequências Societárias. **Revista de Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 111, p. 413-429, jul./set. 2012.

NETTO, Leila Escorsim. **O conservadorismo clássico:** elementos de caracterização e crítica. São Paulo: Cortez, 2011.

OXFAM BRASIL. **Um retrato das desigualdades brasileiras**. c2023. Disponível: <https://www.oxfam.org.br/um-retrato-das-desigualdades-brasileiras>. Acesso em: 2 maio 2023.

PALLEY, Thomas. **Financialization:** The Economics of Finance Capital Domination. London: Palgrave Macmillan, 2013.

PINTO, Eduardo Costa; GONÇALVES, Reinado. Transformações globais, modelo liberal periférico e educação no Brasil. In: MOTTA, Vânia Cardoso da; PEREIRA, Larissa Dahmer. **Educação e Serviço Social:** subsídios para uma análise crítica. 1. ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2017.

SANTOS, J. S. **Neoconservadorismo pós-moderno e Serviço Social brasileiro**. São Paulo: Cortez, 2007.

SANTOS, Lincoln de Araújo. Reflexões sobre o pensamento social e educacional no Brasil e suas matrizes autoritárias. **Revista Eletrônica de Educação**, v. 5, n. 2, p.9-25, nov. 2011. Disponível em: <https://www.reveduc.ufscar.br/index.php/reveduc/article/view/150/138>. Acesso em: 20 ago. 2023.

SILVA, José Fernando Siqueira da. Serviço Social: razão ontológica ou instrumental? **Revista Katálysis**, Florianópolis, v. 16, n. 1, p.

72-81, jan./jun. 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rk/a/qCzyVVPsKy9hRx9Njxqs7TJ/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 20 ago. 2023.

SOUZA, J. **Tendências ideológicas do conservadorismo**. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2016.

SWEEZY, P. **Ensaio sobre o capitalismo e o socialismo**. Rio de Janeiro: Zahar, 1994.



# CAPÍTULO 3

## INSTRUMENTALIDADE E SERVIÇO SOCIAL NO CONTEXTO DA LITERATURA CRÍTICA

Erlenia Sobral do Vale<sup>1</sup>

Silvana Mara de Moraes dos Santos<sup>2</sup>

### **Introdução: ensino e pesquisa da instrumentalidade**

A partir da nossa experiência como docentes de cursos de Serviço Social em universidades públicas (Uece e UFRN), ao atuarmos no ensino com componentes curriculares sobre o tema do trabalho e instrumentalidade da profissão, deparamo-nos com o conjunto de preocupações dos/as discentes em apreender, de forma mais operacional, a prática profissional. Na UFRN, no componente curricular *Oficina de Instrumentalidade e Projeto Ético-Político do Serviço Social*<sup>3</sup> e na Uece, nos componentes curriculares *Supervisão de Estágio II* e *Oficina de Instrumentalidade*, ouvimos dos/as estudantes a afirmação de que a dimensão técnico-operativa não era suficientemente abordada na formação profissional. Ainda que tal avaliação não seja uma novidade, considerando o debate histórico no Serviço Social no Brasil, tornou-se objeto de nossos diálogos

- 
- 1 Assistente Social, professora do Curso de Graduação em Serviço Social na Universidade Estadual do Ceará (Uece).
  - 2 Assistente Social, professora dos Cursos de Graduação e Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Coordenadora do Grupo de Estudos e Pesquisa em Trabalho Ético e Direitos (GEPTED).
  - 3 Disciplina ofertada no 5º período do Curso de Graduação em Serviço Social da UFRN.

de forma mais recorrente, a cada início de semestre, dada a predominância de certa nebulosidade no entendimento da instrumentalidade por discentes. Seguindo a tendência crítica do debate nacional, foi possível observar que, mesmo em face da renovação teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa e de todo o acúmulo da cultura crítica do Serviço Social, a cada turma, atualizavam-se questionamentos sobre o caráter generalista da formação profissional, acompanhados de uma certa tendência a evidenciar dificuldades que transitavam no entendimento da relação entre as determinações societárias e o cotidiano profissional, considerando as dificuldades de como lidar, no ambiente institucional, com a formulação das respostas profissionais. Se essas questões se apresentassem isoladas em um/a ou outro/a discente/semestre, talvez não chamassem nossa atenção e poderiam ser facilmente explicadas, por meio, especialmente, das origens conservadoras do Serviço Social e da própria lógica de senso comum, que, mesmo no ambiente acadêmico, tende à reprodução antidialética da relação entre teoria e prática, instaurando um fosso no modo de pensar e apreender a realidade. O fato de se atualizarem a cada semestre e de expressarem preocupações genuínas de segmentos expressivos da juventude que está no curso nos fez tratá-las com mais rigor teórico e sensibilidade pedagógica. E, assim, tivemos a oportunidade de refletir de forma sistemática sobre o ensino da dimensão técnico-operativa mediante a experiência de pós-doutorado na UFRN<sup>4</sup>, agregando importantes reflexões às trocas realizadas. O presente texto evidencia alguns achados do estudo realizado no ano de 2019.

Em sintonia com a proposta curricular debatida nos dois cursos (da Uece e da UFRN) e à luz das diretrizes curriculares da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS), temos abordado a dimensão técnico-operativa situada na caracterização do trabalho em seu sentido ontológico e histórico. Com base nas solicitações de discentes, mencionadas anteriormente, constituiu-se,

---

4 O pós-doutorado em Serviço Social na UFRN da docente Erlenia Sobral do Vale, sob orientação da professora Silvana Mara, ambas autoras do presente texto.

entre 2012 e 2013 na Uece, um grupo de estudos sobre a temática *Trabalho e instrumentalidade do Serviço Social*. O grupo avançou não somente em estudos, mas também na realização de pesquisa empírica e bibliográfica para apreender os elementos históricos da instrumentalidade do Serviço Social.

Ao abordarmos, na pesquisa realizada de 2012 a 2013, o Serviço Social em quinze instituições, identificamos a diversidade da dimensão técnico-operativa a partir da natureza de diferentes espaços sócio-ocupacionais: cinco organizações não governamentais (ongs), cinco instituições públicas e cinco instituições privadas. Os resultados obtidos a partir das entrevistas com assistentes sociais reiteraram a preocupação de que a formação profissional abordasse de modo mais direto e enfático a dimensão técnico-operativa, o que instigou o nosso grupo de estudos, abrigado no Centro de Estudos Trabalho e Ontologia do Ser Social (CETROS) a continuar desenvolvendo a pesquisa, na perspectiva de aprofundar a investigação sobre a literatura do Serviço Social que contribui no entendimento da instrumentalidade.

Assim, enfrentando a problematização de uma suposta ausência ou insuficiência no ensino da dimensão técnico-operativa, elegemos como objeto de estudo no pós-doutorado a interação com autores/as no contexto na produção intelectual de caráter crítico do Serviço Social.<sup>5</sup> Tais reflexões foram compreendidas à medida que recuperamos a trajetória histórica do movimento de reconceitualização, especialmente na sua terceira fase. Trata-se da intenção de ruptura que fundamenta a perspectiva até agora hegemônica na profissão, que recebeu historicamente críticas quanto a supostas lacunas no debate dos processos interventivos, dado o deslocamento da pauta profissional para preocupações macrossocietárias, com fundamento na teoria marxista.

---

5 Para aprofundamento das reflexões aqui sinalizadas, sugerimos ler o relatório final de pesquisa do pós-doutorado de Erlênia Sobral do Vale.



Ao expor os elementos que compõem essa assertiva, Guerra (2000) concorda que é preciso buscar os fundamentos dessa crítica, reconhecer sua importância, mas também seus limites. Admite que é preciso dimensionar adequadamente as contribuições que marcaram o debate metodológico das primeiras fases da reconceitualização, seus acúmulos, mas sem ingenuidade e situando suas reflexões no tempo histórico. Feitas tais ponderações, o retorno contínuo a essa preocupação precisa ser compreendido em suas tendências e determinações.

Ademais Guerra (2000) reconhece a importância do crescimento do debate da instrumentalidade do Serviço Social, mas afirma a necessidade de avanço para uma reflexão ampliada que supere a dimensão técnico-operacional e que se recomponha uma perspectiva de instrumentalidade mediada. É preciso localizar, na História, a dinâmica em que o Serviço Social alcançou uma perspectiva crítica de elaboração e intervenção. É no contexto pós-reconceitualização que o Serviço Social avança no debate sobre a leitura da questão social, com base nos fundamentos da vida social. No trabalho de pós-doutorado, delimitamos autores/as que se encontram na seara crítica nascida no processo de renovação, em particular: Marilda Vilela Yamamoto (*O Serviço Social na Contemporaneidade*, 2000), Vicente Faleiros (*Saber profissional e poder institucional*, 1985, e *Estratégias em Serviço Social*, 2010), Rosa Lúcia Prêdis Trindade (*Desvendando o significado do instrumental técnico-operativo na prática profissional do Serviço Social*, 1999, e *Ações profissionais, procedimentos e instrumentos no trabalho dos assistentes sociais nas políticas sociais*, 2017) e Yolanda Guerra (*A instrumentalidade do Serviço Social*, 2000). O objetivo fundamental dessa pesquisa foi identificar a perspectiva de instrumentalidade desses autores/as, especialmente conduzindo o estudo em três eixos: 1. Contextualização do/a autor/a e da obra; 2. Como o/a autor/a localiza o Serviço Social no mundo do trabalho e da inserção institucional; e 3. Concepção do/a autor/a sobre instrumentalidade e/ou Concepção da dimensão técnico-operativa; dimensão interventiva

e Indicações para o cotidiano profissional<sup>6</sup>. Para este artigo, elaboramos uma síntese de parte do material produzido naquela ocasião, agregando questões da nossa experiência docente no ensino da instrumentalidade do Serviço Social.

### **Vicente de Paula Faleiros: o foco no conteúdo político da instrumentalidade**

Os livros inicialmente aqui utilizados: *Saber profissional e saber institucional* e *Metodologia e ideologia do trabalho social* foram publicados no Brasil no ano de 1985. Reúnem preocupações do autor com o conteúdo político do exercício profissional do/a assistente social, com destaque para a indicação de estratégias e táticas que devem nortear o trabalho na perspectiva dialética de leitura da realidade institucional e social. Nas duas obras, a direção política é bem demarcada para realizar a definição da metodologia do trabalho.

Ao tratar da *intenção de ruptura* em sua obra *Ditadura e Serviço Social: uma análise do Serviço Social no Brasil pós-64*, Netto (1990) identifica Leila Santos e Vicente de Paula Faleiros como dois profissionais representativos da ruptura ocorrida no Serviço Social com o movimento de reconceitualização. Leila Santos pelo papel central que exerceu na experiência de BH e Faleiros pela influência que exerceu nas vanguardas progressistas com o livro *Trabajo social, Ideología e Método* (Buenos Aires, 1972). Quanto a esse aspecto, ressalta Netto (1990, p. 273):

Assim é que Faleiros procura fundar o projeto de ruptura no domínio do fazer profissional a partir de uma análise das conexões entre

---

6 Ressalve-se, entretanto, que do texto produzido na ocasião do pós-doutorado não faremos referência às reflexões sobre Marilda Iamamoto, tendo em vista que esta parte do material já foi publicada no livro dois da trilogia *Trabalho e Instrumentalidade*, produzida pelo grupo de pesquisa da Uece. Vide: Chagas e Vale (2021).

dinâmica profissional e dinâmica institucional e das correlações de forças, oferecendo indicações prático-operativas; e ao mesmo tempo enfoca, de um ponto de vista analítico, problemáticas socioeconômicas que engendram espaços sócio-ocupacionais para a intervenção profissional, buscando, além das determinações teóricas, encontrar referências críticas para a prática cotidiana dos assistentes sociais.

O autor se refere a Faleiros como um pesquisador com preocupações dirigidas especialmente para a operacionalização da profissão, mas que não perde de vista o contexto macrossocietário.

Vicente Faleiros recupera, na obra *Saber profissional e saber institucional* (1985), textos publicados entre 1979 e 1984, cujo tema central é a análise da relação entre poder institucional e saber profissional. Entre as questões abordadas, está a que nos interessa mais particularmente neste estudo: uma metodologia própria da profissão, sem que isso signifique defesa de processos de endogenia da classe ou qualquer tipo de metodologismo.

Considerados como formas históricas de relação entre as classes, forças sociais e da relação entre Estado e sociedade, o saber profissional e o saber institucional são tratados nessa contextualidade. Para o autor, a elaboração e a organização do saber profissional são processos de domínio e de legitimação da classe, de controle e direcionamento da dinâmica social, portanto, Faleiros foca o debate a partir do conteúdo político que caracteriza a natureza histórica da profissão.

Assim, localiza a luta de classes na institucionalização democrática. De um lado, a burguesia, com seu poder econômico, controla a sociedade, organizando a dinâmica social com produção de conhecimentos administrativos, políticos e técnicos em acordo com seus interesses. Do outro lado, o proletariado confronta buscando alternativas históricas, ao elaborar a crítica à ordem burguesa. Essa luta pelo poder exige dados, análises e propostas elaboradas por profissionais e trabalhadores/as intelectuais. Uma disputa que se

realiza a partir da expansão da gestão do capital sobre a vida cotidiana. Esse enraizamento se coloca nas instituições, como destaca o autor:

As instituições representam, contraditoriamente, a expansão dessa gestão do capital sobre a vida cotidiana e das formas organizativas e de mobilização de recursos das classes dominantes em relação aos conflitos e ameaças à ordem social e à expansão das conquistas populares, de formas de organização das categorias atendidas pelas instituições e de mobilização por reivindicações que se tornam expressas justamente pela feição institucional que assumem (Faleiros, 1985b, p. 9).

Com essa perspectiva de entendimento da dinâmica institucional, Faleiros (1985b) destaca a importância do profissional *saber analisar* a conjuntura para evitar o tecnocracismo e o tecnicismo. Nesse sentido, os textos indicam a preocupação com a articulação entre as condições políticas subjetivas e as condições de produção que se tornam conscientes e objetos de ação. O/A profissional deve buscar um *posicionamento mais vantajoso* para as classes populares, diante da correlação de forças em presença. Nesse horizonte, já sinaliza a “troca de saberes” entre profissionais e população usuária como um ponto central do trabalho.

Assim, aponta, na parte I do texto *A instituição: poder e saber*, que a busca de método em comum no Serviço Social, diante da diversidade de problemas, eliminou, durante um tempo, o ponto central do debate que é a relação entre contexto institucional e atuação profissional. O aprofundamento dessa questão, na visão do autor, é que poderia evitar equívocos idealistas e vanguardistas. A aproximação cotidiana com o trabalho concreto do/a assistente social exigiu e exige novas mediações. A necessidade de reconhecer as mediações globais no sistema capitalista comparece, mas ainda carecendo de aprimoramentos nas particularidades históricas de

cada lugar. Nesse processo, é preciso verificar as relações institucionais por via da política social e a atuação profissional ultrapassa o domínio de instrumentos e técnicas.

A prática profissional se torna cada vez mais complexa e não pode mais ingenuamente ser reduzida a entrevistas, reuniões e visitas e nem a um militantismo partidário sectário. Ele se torna um saber estratégico. Ele se torna um saber técnico. Um saber que necessita situar-se num contexto político global e num contexto institucional particular, visualizando as relações de saber e poder da e com a própria população (Faleiros, 1985b, p. 28).

Aqui já inicialmente aparece o entendimento de instrumentalidade numa centralidade política importante, focando na relação de forças. Para isso, destaca a necessidade de saber usar os recursos institucionais em função dos interesses da população e avaliar os momentos de avanço e recuo por via do debate coletivo como perspectiva que tem estratégias e táticas. Seria uma superação de um momento da reconceitualização que vislumbrou apenas as práticas extrainstitucionais como comprometidas com os interesses da população.

Avançando na compreensão do significado do contexto institucional, o autor lembra que as instituições são organizações transversais a toda a sociedade e suas contradições.

A face humanista esconde também o uso da violência, pela busca de consentimento, da aceitação, numa série de mediações organizadas para convencer, moldar, educar a compreensão e a vontade das classes dominadas [...] A instituição se torna uma patrulha ideológica da vida pessoal e social do cliente. Este controle se realiza através de entrevistas, visitas, fichários, documentos, interrogatórios.

Tudo é vasculhado, despossuindo indivíduos e grupos de si mesmos, colocando-os à mercê de quem controla a informação sobre eles e influencia preponderantemente suas decisões. (Faleiros, 1985b, p. 32-33).

O autor destaca, assim, o conteúdo político, a dimensão ético-política que é orgânica no uso de instrumentos e técnicas nas instituições. A busca institucional é por conter as ameaças à reprodução da força de trabalho e as ameaças à paz social. Nesse sentido, é preciso categorizar a população, definir estratos e camadas, escondendo o vínculo classista de suas relações.

Os procedimentos burocráticos estabelecem um roteiro rígido de atuação que possa ser bem controlado desde cima, de cima para baixo. O planejamento e a programação permitem e obrigam cada vez mais a esse controle interno, transformando a disciplina em uma questão de competência, de avaliação, de eficácia. O modelo industrial penetra todos os setores institucionais. (Faleiros, 1985b, p. 35).

Ao reconhecer e dar ênfase ao conteúdo político da instrumentalidade institucional, o autor descarta a neutralidade e expõe a materialidade do processo por dentro, saindo de considerações mais gerais e abstratas. Essa caracterização facilita o entendimento das contradições da instituição e a torna parte fundamental do processo de intervenção profissional.

Entre as possibilidades de escolha e atuação profissional nas instituições, Faleiros (1985b) destaca a transformação da correlação de forças institucionais pela formação de alianças entre os técnicos e os grupos oriundos das classes dominadas. Em suas palavras: “trata-se de uma ruptura com a lealdade irrestrita à violência institucional”. (Faleiros, 1985b, p. 44). Aponta uma questão central que preocupa os profissionais: “Que fazer numa instituição para

responder aos interesses populares sem perder o emprego, levar na cabeça, e sem cair no assistencialismo e no controle da população?”. (Faleiros, 1985b, p. 45). A pauta do que fazer é em Faleiros muito associada à condição da direção política do exercício profissional.

Para caracterizar a dinâmica institucional, o autor lembra Foucault (1977) na identificação do caráter disciplinador que busca a docilidade e utilidade dos indivíduos servís ao poder. Destaca, entretanto, que, embora importante para compreensão da tecnologia do poder, essa perspectiva não tem as lutas e classes sociais no contexto capitalista. As instituições só podem ser amplamente desvendadas no jogo político da sociedade, e há uma relação orgânica com o patamar dos interesses e conflitos de classe que são apropriados na sua dinâmica.

As exigências institucionais têm uma sequência, um fluxograma, ocupando o pessoal profissional no processo de verificação da elegibilidade para entrada ou saída do benefício e acompanhamento do incapacitado, na verificação simultânea da *aptidão*, do *direito do cliente* e da *verossimilhança* de seu discurso em relação ao direito alegado... Ao mesmo tempo em que são controle e manutenção, os mecanismos institucionais são mediações de estratégias de sobrevivência... (Faleiros, 1985b, p. 50).

Nesse sentido, é que, para Faleiros (1985b), o/a assistente social, tendo no horizonte os interesses populares, deve partir para a tomada de consciência dos adversários, de suas estratégias e de si mesmo/a, de seus próprios interesses para transformá-los em mecanismos de poder na prática cotidiana. Para isso, é necessária uma boa fundamentação teórica.

As relações de força não se confundem com uma polarização dicotomizada, mas se definem em conflitos e alianças entre classes, grupos,

frações, categorias e indivíduos nas lutas concretas do cotidiano. No âmbito institucional, a “guerra de posições” implica lutas pelo poder de decisão e de manipulação de recursos e se manifesta claramente no processo de escolha dos nomes para os cargos de chefia. Nessas lutas, em geral, fica excluído o público a quem se dirige a própria instituição... (Faleiros, 1985b, p. 53).

Assim, faz-se necessária a análise das forças em presença e dos mecanismos de dominação e relação destes com a sociedade. A análise de conjuntura e institucional contribui para o estabelecimento de estratégias e táticas, como, por exemplo, construir novos meios de utilização e construção do processo de informação,

As estatísticas, relatórios, exames, visitas, entrevistas, recolhem dados sobre o cotidiano das camadas populares que são atendidas pelas instituições. São formas de sistematização do conhecimento sobre a vida da população, obtida no relacionamento interindividual. Estas tarefas e exigências institucionais, em geral para controle, não podem transformar-se em mecanismos de autoconhecimento da população para a elaboração de estratégias consequentes de ação na consecução de seus interesses imediatos ou mediatos? As reuniões não podem ser meios de expressão dos interesses populares e de articulação de estratégias e táticas para ação? [...] A luta pelo acesso aos direitos passa também pelo cotidiano do profissional, pois às filas silenciosas, à tramitação burocrática, ao adiamento dos pedidos é preciso contrapor táticas de comunicação, de agrupamento, de expressão da insatisfação, de manifestação da palavra, de exigências de respostas claras, de prestação de contas, de explicações plausíveis... (Faleiros, 1985b, p. 55).



Há uma centralização do caráter político da instrumentalidade do trabalho profissional ao orientar o cotidiano por um processo de reflexão e ação para obtenção de efeitos ideológicos, políticos e econômicos favoráveis aos interesses da população. O político aparece na análise crítica da dinâmica institucional em um conjunto de escolhas reflexivas e práticas para disputar outros rumos institucionais. O técnico constantemente se submete a esse *telos* que o orienta e o define. Faleiros (1985b, p. 57) reforça que “o processo de acumulação do capital é contraditório e nas instituições se produzem lutas para manter e transformar a exploração e a dominação”.

Crítico do funcionalismo, o autor lembra que nesse tipo de perspectiva prevalece o modelo de solução de problemas. A lógica tecnocrática coloca as necessidades sociais em termos já determinados pelas instituições.

Passa-se a crer que através de simples arranjos tecnocráticos poder-se-á resolver os problemas sociais. Esta crença na técnica é um novo tipo de ideologia. Não é o fim da ideologia, mas sim uma ideologia que está surgindo com o próprio desenvolvimento das grandes organizações. [...] O cumprimento das normas burocráticas passa a ser a lógica do trabalho profissional e o objeto do profissional passa a ser não o problema social, mas a perturbação da ordem institucional. (Faleiros, 1985b, p. 60-61).

Um dos elementos centrais apontados por Faleiros é a necessidade de se superar essa visão e estabelecer relações democráticas e alternativas com a “clientela”:

Apesar da subordinação do profissional, do fato de ser assalariado pela instituição, de estar submetido às normas institucionais, ele também está vinculado ao cliente. Há quem busque

nas instituições formas de relacionamento. É possível uma forma alternativa, é possível desenvolver o modelo da mediação, é possível ocupar espaço político, é possível tratar as pessoas não como súditos e clientela, mas como cidadãos. São as lutas sociais que têm impulsionado novas formas de relações entre a clientela e as instituições de desenvolvimento social, exigindo destas a resposta a seus problemas e é justamente através desta pressão que novas formas estão surgindo para buscar novos tipos de relações entre as instituições e a população (Faleiros, 1985b, p. 69).

Situam-se nas relações externas a dinâmica institucional e a prática profissional. Por isso, a possibilidade de acomodação e de adaptação do profissional, mas também a possibilidade de reagir, de modo que cada grupo de profissionais faz análise concreta da situação, com o desafio de ser “o interlocutor orgânico de um bloco histórico da transformação” (Faleiros, 1985b, p. 70).

Faleiros, também, analisa o conteúdo político do planejamento que por vezes aparece como “ato racionalizador” e é muitas vezes usado para consultar a população, com certa aparência de participação, mas sem significar inclusão nas decisões. A participação, entretanto, pode ser vista como uma questão de classe, de organização e combate dos trabalhadores.

Continua, desse modo, identificando nas instituições os elementos que revelam o conteúdo de classe. Nesse sentido, localiza que o trabalho social está enraizado nessa dinâmica e que, se tratado numa visão dialética, precisa recuperar história e estrutura.

História no sentido de partir das forças em presença, em cada conjuntura, em cada momento, forças gerais e específicas, vendo-se a situação imediata e a mediatizada. Estrutural enquanto coloca a atuação, a prática, na totalidade contraditória das relações de exploração e de

dominação. [...] Este saber implica, portanto, situar-se na dialética das forças sociais e na utilização de mediações complexas de análise e ação. Nada de mais antidialético que o imediatismo (Faleiros, 1985, p. 103-104).

### **Concepção de instrumentalidade e/ou concepção da dimensão técnico-operativa, dimensão interventiva e indicações para o cotidiano profissional**

Partindo dessas considerações, o autor adentra a questão da metodologia do Serviço Social. Critica inicialmente a consideração do método como ponto central do exercício, em especial como conjunto fixo de regras. As questões metodológicas devem ser tomadas como historicamente determinadas.

O perigo de definir o Serviço Social como uma tecnologia é justamente o de reduzi-lo a um mero executor, em microprojetos, das grandes decisões políticas. E mais grave ainda, a um executor bem adestrado pelo treinamento dado nas técnicas de diagnóstico, planificação e avaliação, estabelecidos de acordo com objetivos pré-definidos pelas classes dominantes (Faleiros, 1985b, p.107).

Nessa perspectiva, apresenta os diferentes paradigmas do trabalho social, identificando a metodologia de articulação à proposta que segue na linha de compromisso com os interesses populares.

A relação contraditória na qual se inscreve o trabalho social só pode ser entendida neste contexto de relações de classes. As contradições se manifestam e se apresentam sob a forma de relações e o trabalho social nelas está inserido. Assim, um problema, uma questão apresentada

pela população, por um indivíduo, são expressões das relações sociais e não o resultado estático de uma falha individual ou coletiva, mesmo aparentemente apresentado como *falta* de saúde, *falta* de habitação, *falta* de recreação, *falta* de alimentação. [...] Transformar a compreensão de uma questão é um processo de produção constante de conhecimento, articulando as categorias gerais às expressões, palavras e gestos apresentados através do relacionamento da população com o assistente social. Este relacionamento pode fazer-se através de vários procedimentos, como as entrevistas, a reunião, manifestações de rua, visitas, telefonemas (Faleiros, 1985b, p.111-112).

Nessa seara de preocupações, Faleiros lembra que, nessa metodologia de articulação, a linguagem é algo importante e definidor, novamente sob o prisma da dimensão política que possui.

Este posicionamento implica a criação de formas de comunicação em que haja uma horizontalidade no falar e onde o informar seja tomado como uma tarefa política para colocar a população a par daquilo que o assistente social sabe, pois, no processo de comunicação, há um confronto de saberes que são diferentes e estão, mas que servem a políticas diferentes e estão em relação com interesses contraditórios (Faleiros, 1985b, p. 113).

O processo de articulação consiste na formação de vínculos políticos para fortalecer a autonomia, a independência ideológica da população e a sua organização.

A análise sistemática da conjuntura e da estrutura é fundamental para uma metodologia de articulação, pois em cada momento variam as

correlações de forças e, conforme o contexto institucional, pode haver formas diferentes de encaminhamento de uma questão. Portanto não há receitas (Faleiros, 1985b, p. 115).

Assim, o/a assistente social pode mobilizar e criticar com uma análise política ampla e com metodologia capaz de refletir sobre o processo a partir do mapeamento das forças em presença e das formas alternativas de ação. O cotidiano impele a tendência ao puro ativismo e concentração nas rotinas. Entender o relacionamento implica situar as relações mais globais, insiste sempre o autor.

Observa-se, no seu pensamento, um denso foco na dimensão política da instrumentalidade. Os instrumentos e técnicas citados recuperam aspectos que só são colocados em relevância à medida que pautados em estratégias e táticas para favorecer a “clientela”. O grande desafio cotidiano é a conquista de uma leitura política que movimente o particular e o geral na análise da correlação de forças que favoreçam os interesses da classe. Por isso, a busca por articular e não regular, de horizontalizar a comunicação, de reconhecer não só o indivíduo, mas, também, a classe.

A dimensão metodológica é desenvolvida de forma mais minuciosa na obra *Metodologia e ideologia do trabalho social*, também publicada em 1985. Recuperamos aqui alguns trechos em que Faleiros trata da sistematização do trabalho social (capítulos 5 e 6). Ele diferencia a informação de que o homem do povo dispõe (ligada à sua luta pela sobrevivência) da informação do técnico que é mediatizada por conceitos e teorias como recursos para a análise das situações. Como a instituição existe para selecionar, classificar e enquadrar, cabe outra postura ao profissional comprometido com os interesses da população.

A sistematização não implica situar-se fora das instituições, mas no estabelecimento de uma nova estratégia de conhecimento e ação. Essa estratégia implica uma nova visão da palavra

e da ação das classes subalternas, como uma mediação de um sistema complexo de relações sociais estruturais. A prática torna-se mediatizada, não pelas normas e controles institucionais, mas por um plano de análise que se constrói historicamente na própria práxis de relações entre as forças em presença e das quais os profissionais fazem parte (Faleiros, 1985a, p. 82).

O autor identifica, no esquema de ação, investigação e exposição, uma sistematização que facilita uma aliança entre o saber técnico e o saber popular para avançar nas lutas. Trata-se de uma prática para situar-se nas relações de poder e contrapoder no contexto das lutas concretas.

Meios e recursos técnicos os mais variados como fichas, gravações, entrevistas, fotos, diários, cartas, questionários podem assim ser utilizados como instrumentos de informação para transformação. Informação que se acumula e se modifica pela análise e pela comunicação na prática. (Faleiros, 1985a, p. 83).

Observe-se, mais uma vez, que nessas obras que agora abordamos, Faleiros destaca o conteúdo político que constitui as escolhas profissionais, dando uma direção à instrumentalidade mediada.

Uma profissão não se define somente pelo seu método de trabalho, pelo seu ciclo operativo, dentro de uma área ou setor do universo que se propõe a estudar, ocupando o número significativo de pessoas que, por seu exercício, recebem uma remuneração. Uma profissão define-se nas relações historicamente estabelecidas pelo desenvolvimento das forças produtivas e das relações sociais entre classes

dominantes e dominadas. Em outras palavras a profissão implica saber e poder. (Faleiros, 1985a, p. 85).

O/A profissional se constrói no compromisso com uma ou outra força social. Nesse sentido, o princípio de totalidade deve nortear o trabalho social e fica evidente a importância da análise das condições em que se realiza a própria atuação.

A pesquisa e a análise concreta dessas condições é que pode permitir, em primeiro lugar, uma prática teórica que tenha em conta o poder institucional e os interesses da população e das classes sociais com as quais se trabalha e especificamente da clientela ou categorias com as quais diretamente se relaciona o profissional. (Faleiros, 1985a, p. 89).

Para o autor, o foco é a análise das forças em presença no desenvolvimento global da sociedade. “Assim, a discussão do problema metodológico não se pode isolar das considerações feitas sobre a complexidade social, as relações de poder e a situação dos atores profissionais na instituição”. (Faleiros, 1985a, p. 92). Os recursos e os problemas devem ser vistos em termos de poder na visão dialética:

Os instrumentos específicos determinados pelas instituições assumem um caráter de mediação para retomar as experiências numa perspectiva de modificação das relações da própria clientela com a instituição, e não só de maior subordinação daquela a esta (Faleiros, 1985a, p. 93).

Assim, o diagnóstico envolve elaboração e definição de estratégias no contexto da correlação de forças.

É na prática específica, mesmo de manipulação de recursos ou de gestão de comportamentos, numa relação de forças, que se deve ir gerando a reflexão teórica do trabalho social, se se quiser, realmente, comprometer-se com os interesses da classe dominada (Faleiros, 1985a, p. 94).

Nessa análise, o autor frisa a importância de se localizar não só as estruturas, mas a dinâmica dos sujeitos sociais. A forma de se manter essa perspectiva é a análise crítica do cotidiano do trabalho social.

Desenvolvendo o tema do trabalho social, Faleiros (1985a) dedica um capítulo ao debate da *problemática da conscientização*. Alerta que o trabalhador social não deve agir como uma vanguarda conscientizadora. Deve atuar com o compromisso com esse projeto que se realiza na constituição de um bloco histórico. Recuperando o entendimento de Paulo Freire, o autor lembra que o ponto de partida para a conscientização requer a problematização e o diálogo.

Assim o diálogo não é um meio de persuasão ou de orientação, uma estratégia de convencimento e manipulação, mas uma relação de comunicação, um intercâmbio de mensagens a partir de situações específicas, de relações de poder e de uma visão geral do processo social (Faleiros, 1985a, p. 99).

Nessa seara, o autor vincula bastante o trabalho social como atividade de contribuição aos movimentos populares. O trabalho cotidiano se alinha à busca da transformação social, e cada indivíduo atendido é compreendido no conjunto de relações sociais em



que está inserido. Nessas duas obras, portanto, o autor associa a definição das escolhas metodológicas à finalidade política do trabalho que é definida na dinâmica institucional, que, por sua vez, pertence às relações de poderes presentes e em luta na sociedade. Por isso, a importância de ler os poderes institucionais, definindo estratégias e táticas no cotidiano profissional.

No livro *Estratégias em Serviço Social*, Faleiros (2010) recupera e atualiza textos com o debate do paradigma da correlação de forças que busca ruptura com a visão clínica e tecnocrática da intervenção profissional. A análise deve considerar as relações interpessoais implicadas nas relações sociais globais como um complexo de mediações entre sujeito e estrutura. É nesse sentido que as mediações das relações institucionais precisam ser contextualizadas e particularizadas. O Serviço Social atua numa correlação particular de forças sob a forma institucionalizada. Cita, ainda, o conceito de “*empowerment*” de Maurice Moreau (1993 *apud* Faleiros, 2010), que se refere a quatro dimensões: a defesa do cliente (Faleiros entende nesta obra o mesmo que usuário), a coletivização, a materialização dos problemas sociais e o fortalecimento do cliente. A defesa é o sentido da interação com as organizações burocráticas na perspectiva de defesa dos direitos; a coletivização é o esforço para sair da compreensão individual dos problemas, contribuindo para o contato com outros clientes. Na materialização dos recursos, redefinem-se as situações-problema no contexto social, dando atenção aos recursos materiais e vinculando sentimentos e pensamentos às questões ideológicas. E o aumento do poder dos clientes implica tornar explícita a relação de poder, compartilhando informações e técnicas e potencializando o poder de pressão.

Nessa obra, o autor recupera indicativos já trabalhados em suas produções anteriores, articulando-os a conceitos novos e talvez mais modernos, mas cujo centro é ainda a relação do micro e do macro que deve transcorrer na análise e prática no cotidiano do exercício profissional. Nessa perspectiva, o autor distingue várias dimensões que se implicam: 1) a compreensão das questões em jogo ou das mediações; 2) o processo de envolvimento dos atores

ou sujeitos na ação e na configuração do enfrentamento das forças em presença; e 3) a dinâmica do trabalho de mediações (Faleiros, 2010, p. 54).

Este trabalho implica tanto a compreensão das questões em jogo, na perspectiva dos sujeitos, como sua explicação pelo contexto geral em que se inscrevem, buscando-se entender as mediações particulares e gerais em que se desenvolvem. É nesse processo que os profissionais precisam elaborar instrumentos dinâmicos de documentação para captar as relações em jogo com o uso de observações, diários, programas de informática, grafos, genogramas e sociogramas, destacando-se a percepção dos usuários em contraposição àquelas das instituições e dos próprios técnicos.

O autor sugere, assim, uma direção de instrumentalidade bem articulada com a dinâmica política que envolve as relações sociais, expressas no cotidiano institucional. Ainda que preze pela leitura localizada, aposta nisso de uma forma relacional e conjugada com a capacidade crítica e criativa do/a profissional. Os próprios instrumentos e técnicas estão submetidos a esse processo de localização da correlação de forças. Nesse sentido, indica um mapa da trama de mediações e redes que compreende: o tempo histórico do indivíduo vinculado ao tempo histórico social. O instrumento pode ser a recuperação da *história de vida* dos indivíduos e grupos. Nessa dinâmica, as estratégias de fortalecimento do usuário, na particularidade do trabalho social, precisam articular as mediações presentes nas redes do relacionamento intersubjetivo, incluindo as redes primárias e secundárias, no intuito de fortalecer a autonomia do sujeito. E as estratégias se constroem no campo das possibilidades que surgem das contradições, redes e mediações.

O/A assistente social pode contribuir fortalecendo o usuário na sua relação com a instituição à medida que permite também a inclusão pelo conflito. Não só pode fortalecer o sujeito em relação à lei, mas no questionamento da lei e da distribuição desigual de renda, conscientizando-o quanto ao poder e articulação com os movimentos sociais. Segundo Faleiros (2010), a intervenção profissional não é fundamentada em modelos ou passos preestabelecidos

ou receitas. É necessário ir às particularidades das conjunturas e situações e propor alternativas com a participação dos sujeitos. Há níveis diferentes de intervenção e é preciso articular as análises particulares do sujeito e da situação com o contexto, com perspectiva de plano estratégico institucional.

Portanto o que prepondera no debate da instrumentalidade em Faleiros, nos livros citados, é a dimensão política, com uma busca constante de leitura das particularidades institucionais e subjetivas, aliada a uma leitura da vida social. Nesse processo, o autor indica como potencializar os sujeitos, não submetê-los à burocracia institucional e dar voz às suas reivindicações. Os instrumentos e técnicas devem estar permeáveis às situações e às necessidades do/a usuário/a ou cliente.

No debate mais recente do Serviço Social no Brasil, identificamos inflexões no pensamento de Faleiros que não se constituirão como objetos de nossa reflexão neste momento.

### **Rosa Prédís Trindade: a base sócio-organizacional e os desafios do uso do arsenal técnico-operativo da instrumentalidade**

Em relação ao pensamento da autora Rosa Prédís Trindade, optamos por dois textos publicados e amplamente citados pelos estudos na categoria. O primeiro, publicado na *Revista Temporalis* (v. 3 de 2001), e o segundo, presente no livro *A dimensão técnico-operativa no Serviço Social*, de 2012, organizado por Cláudia Mônica dos Santos, Sheila Backx e Yolanda Guerra. Ambos os textos priorizam o debate da instrumentalidade e os desafios no uso de instrumentos e técnicas, recuperando aspectos históricos, bem como elementos da contemporaneidade arrecadados nas pesquisas de que a autora vem participando. Os textos incorporam, também, o enfrentamento de questões caras à categoria, em particular a caracterização do acervo técnico e político constituído pelo Serviço Social no cotidiano institucional. Apresentam uma busca de

contextualização e sistematização baseada em recuperação histórica e pesquisa.

No texto apresentado da *Revista Temporalis*, intitulado *Desvendando as determinações sócio-históricas do instrumental técnico-operativo do Serviço Social na articulação entre demandas sociais e projetos profissionais*<sup>7</sup>, a autora busca apontar uma perspectiva de instrumental técnico que supere a ideia de mero acervo técnico. Nesse sentido, faz um esforço para contextualizar o debate, demarcando a natureza do trabalho do/a assistente social, que se localiza na divisão social e técnica na esfera da reprodução social, responsabilizando-se, com outras profissões, pela criação de condições para a sobrevivência dos/as trabalhadores.

Por atuar na esfera da reprodução social, é condicionado em sua instrumentalidade situada no complexo das relações sociais. A autora situa, assim, que o debate de instrumentos e técnicas tem particularidades que ultrapassam uma habilidade técnica. No contexto do capitalismo, a racionalidade técnica se prende historicamente a padrões racionais para fins imediatos. A dinâmica das relações sociais, entretanto, exige um entendimento diferenciado, pois onticamente não se encaixa em padrões próprios da racionalidade da relação entre homem e natureza. Com essa análise, a autora busca evidenciar que, no campo de ações da reprodução social, o uso de instrumentos e técnicas não é necessariamente bem-sucedido com a aplicação, ainda que bem realizado segundo receitas.

A mediação se realiza menos pela eficiência da configuração e organização da técnica, do que pela postura e atitude do sujeito que age. Daí, porque, esses instrumentos e técnicas sociais só adquirem conteúdo à medida que são postos em movimento pela subjetividade. O alcance dos resultados pretendidos é muito mais

---

7 Debate que a autora também trava na sua tese de doutorado, defendida em 1999 na Universidade Federal do Rio e Janeiro (UFRJ).

incerto, o leque de alternativas é muito maior, e as possibilidades de controle do processo de desenvolvimento da atividade e dos resultados é muito menor. (Trindade, 2012, p. 5).

Com essa compreensão, a pesquisadora busca destacar o que particulariza o instrumental do Serviço Social, condicionado tanto pela base sócio-organizacional quanto pelas respostas elaboradas pela categoria profissional. Para comprovar sua tese, Trindade (2012) recupera alguns elementos históricos que mostram diferentes perspectivas presentes na intervenção do Serviço Social no Brasil. Nesse processo, situa a ruptura realizada pelo movimento de Reconceituação.

Em sua análise, aponta que a partir dessa ruptura indicou-se uma outra perspectiva de instrumentos e técnicas, agora muito mais ocupados com práticas de cunho coletivo, investigativo, de mobilização, planejamento e com envolvimento da população. Destaca ainda que esses são instrumentos que já estavam presentes nos trabalhos de desenvolvimento de comunidades nos anos 60 e 70. No entanto, eles são retomados numa perspectiva de prática promotora de atividades coletivas que não visam à integração social dos “membros da comunidade”, mas objetivam o incremento da consciência de classe e o incentivo de ações de reivindicação e de organização, para garantir direitos sociais. Assim, o enfoque de instrumental é diferenciado (Trindade, 2012, p. 19).

Ademais, a autora destaca a contextualidade social mais recente e como esta vem convivendo com os desafios do projeto ético-político para reafirmar ao final como as configurações históricas são determinantes da prática profissional, portanto reitera um instrumental que não é neutro, nem somente definido pelo domínio do arsenal técnico. Mostra como o arsenal é historicamente semelhante do ponto de vista técnico, diferenciando-se a partir das circunstâncias históricas e do projeto profissional hegemônico em cada período retomado. Compreende que o uso de instrumentos e

técnicas se submete hoje à necessidade de uma leitura crítica da realidade social desde a Reconceituação.

Em relação ao texto de 2012, *Ações profissionais, procedimentos e instrumentos no trabalho dos assistentes sociais nas políticas sociais*<sup>8</sup>, a autora envereda por tratar de aspectos mais técnicos do cotidiano profissional. Mesmo priorizando a dimensão técnico-operativa, não deixa de chamar a atenção para as alterações históricas de base sócio-organizacional, as relações sociais de produção, as políticas sociais e a escolha dos profissionais. Não limita o debate a um repertório interventivo padrão e de receita.

Categoriza a ação profissional, os procedimentos, instrumentos e técnicas utilizados de forma a apresentar as atividades em quatro eixos: *caráter individual, caráter coletivo, caráter administrativo organizacional, formação profissional, capacitação e pesquisa*.

### **Concepção de instrumentalidade e/ou concepção da dimensão técnico-operativa, dimensão interventiva e indicações para o cotidiano profissional**

A concepção de instrumentalidade presente em Rosa Prédís Trindade está sintonizada com o campo crítico da produção intelectual, onde o conceito não é apartado da dinâmica das relações sociais que é compreendida nas determinações sócio-históricas. Diferencia-se ao tentar particularizar a atuação na esfera da reprodução social e demonstrar como o acervo técnico do campo das ciências sociais passa pelo condicionamento da base sócio-organizacional e pelo amadurecimento das respostas profissionais.

No texto 2 referido anteriormente, a autora sistematiza as ações profissionais a partir de pesquisas individuais e coletivas de que fez parte, sem perder de vista essa concepção ampliada de

---

8 Texto da coletânea que compõe o livro: *A dimensão técnico-operativa no Serviço Social*, organizado por Cláudia Mônica dos Santos, Sheila Backx e Yolanda Guerra, publicado em 2012 em Juiz de Fora.

instrumentalidade. No caso de atividades de caráter individual, a autora revela o uso da entrevista como um dos principais instrumentos, acompanhado de ficha social. A autora destaca que alguns conflitos não são ocasionados pela técnica, mas pelos dilemas que os/as profissionais vivenciam na triagem seletiva, no repasse de informações, na convivência com as estratégias de sobrevivência do/a usuário/a, com as dificuldades próprias do Plantão Social e com as exigências burocrático-institucionais. Ao enfatizar esses elementos éticos e políticos, ela reforça a ideia de que o desafio não é exatamente a técnica, mas o lugar onde as demandas se assentam do ponto de vista das instituições e relações sociais concretas. Daí a importância de saber ler a realidade para ir além do cardápio institucional. Ainda que faça esse destaque sempre, a autora não deixa de apontar alguns procedimentos que podem melhorar a relação com as situações trazidas para o Serviço Social. Indica, por exemplo, a importância da sistematização e registro numa perspectiva intersetorial, da articulação interinstitucional com atualização permanente de informações, do uso da informática e internet para agilizar atividades, e da compreensão do encaminhamento como mecanismo institucional de articulação.

Ademais, sobre as ações de caráter individual, reforça o acompanhamento social das atividades de assistência como um fator de continuidade e de articulação institucional enquanto uma estratégia de melhora no suporte ao/à usuário/a e de luta contra a fragmentação que é própria das políticas sociais. Do ponto de vista da assistência coletiva, a autora apresenta os aspectos mais comuns extraídos das pesquisas, destacando primeiramente que hoje há uma prioridade nos atendimentos individuais. As iniciativas coletivas estão mais focadas na formação de grupos internos à instituição. Destaca a importância das ações coletivas na relação com os movimentos sociais. Assim como nas ações individuais, reitera a importância da documentação nas ações coletivas. Sugere que, além do relatório, haja a realização de mapas com indicadores, de participação e de encaminhamentos – instrumentos que podem servir para avaliar e planejar. Em relação ao caráter administrativo-organizacional, a

autora destaca o papel do/a assistente social na dinâmica das equipes institucionais.

Quando o assistente social participa da equipe multiprofissional responsável por programas e projetos sociais, ele desempenha importante papel de agente aglutinador e mobilizador da equipe, bem como contribui para a montagem da estrutura institucional de atendimento aos usuários na instituição (Trindade, 2012, p. 93).

Para não se restringir a um/a mero/a cumpridor/a de tarefas, essa capacidade de articulação deve ser materializada com capacidade propositiva. Trindade (2012) destaca que para isso são necessários momentos de reflexão para se pensar e se planejar as ações. Sobre ações de formação, pesquisa e capacitação, a pesquisadora investe na leitura de que é preciso dominar as concepções sobre esses procedimentos para o exercício cotidiano institucional. Ela aponta, sem desconsiderar o imediatismo que caracteriza a dinâmica institucional, que isso precisa ser enfrentado e sem deixar de contemplar o debate mais miúdo do arsenal técnico-operativo. A autora alcança uma articulação importante sobre a relação da dimensão ético-político do exercício profissional com a dimensão técnico-operativa, alertando que o uso de instrumentos e técnicas só é compreensível e consequente no contexto da base sócio-organizacional, se compreendidos em seu conjunto de determinações históricas. A concepção de instrumentalidade se define pela capacidade de leitura e de apropriação crítica, situada no acervo. Por isso, a indicação da variedade de intervenções como parte do desempenho profissional.



## **Yolanda Guerra: as três dimensões da instrumentalidade como mediação**

Na obra *A instrumentalidade do Serviço Social*, publicada em 2000 pela Editora Cortez, Yolanda Guerra tem como tema central a insistência de se associar a instrumentalidade ao uso de instrumentos e técnicas. Enfrenta a questão debatendo inicialmente a natureza do trabalho do/a assistente social e as mistificações que fundamentam a racionalidade formal abstrata que caracteriza a visão meramente operativa da instrumentalidade. Para isso, aprofunda o debate ontológico do trabalho e da reprodução social a fim de localizar a demanda pela intervenção na questão social. Nessa perspectiva histórica, aponta os esforços e possíveis caminhos pelos quais o Serviço Social pode seguir para superar a fragmentação e ir em busca de uma instrumentalidade mediada. Guerra (2000) situa inicialmente algumas críticas ao movimento de Reconceituação na profissão, quando supostamente abandonou o debate mais técnico-operativo do Serviço Social:

Na intersecção dessas e de outras críticas ao movimento de Reconceituação gestam-se algumas posturas, dentre as quais duas considero emblemáticas. A primeira, caracterizada por um saudosismo incontestado, que vê nos modelos de ação gestados no passado a garantia de homogeneidade nas ações profissionais e com ela as possibilidades do entendimento sobre o que é e o que faz o Serviço Social, derivando-se daí o reconhecimento social da profissão. Esta recorrência que alguns profissionais fazem ao passado é a manifestação mais evidente da permanência do conservadorismo na profissão. A segunda nega qualquer contribuição que possa advir do nosso passado profissional, por entendê-lo “ideologicamente comprometido com o ponto de vista das classes dominantes” (Guerra, 2000, p. 23-24).

Para a pesquisadora, é preciso enfrentar o debate da relação entre teoria e prática na intervenção, sem reproduzir e legitimar maniqueísmos. Persiste na categoria a requisição pela dimensão técnico-operativa. O caminho não é para a autora a reedição de fórmulas para atendimento individual, grupal e de comunidade, mas, sim, constituir um consenso resultante do amadurecimento teórico da profissão. Nesse sentido, Guerra (2000) argumenta que grande parte dos problemas apontados pelos/as profissionais como provocados pela ausência de sistematização do instrumental técnico não se localiza nele. A compreensão do como fazer deve acompanhar sempre outras questões: para quem, onde e quando fazer. A finalidade é o horizonte que deve mobilizar o fazer, seus caminhos e o enfrentamento das dificuldades.

Após esse preâmbulo, onde localiza o objeto de sua investigação, Guerra (2000) busca situar as condições objetivas da realidade social do trabalho que culminam com uma visão fragmentada da instrumentalidade como produto de uma racionalidade formal-abstracta. Assim, argumenta que temos, de uma parte, a “mitificação” das formas de realizar a intervenção (o “como fazer”), procedente de um pensamento formalizador, que, no limite, considera que do domínio adequado de instrumentos e técnicas podem derivar ações competentes técnica e politicamente; de outra parte, há o “discurso” que recusa instrumentos e técnicas, por considerá-los vinculados ao paradigma formal.

Na busca de superar este maniqueísmo, Guerra (2000) se propõe a aprofundar o entendimento ontológico de instrumentalidade, indo além da racionalidade formal, ao tempo que identifica a influência desse paradigma (racionalidade formal) no Serviço Social. Faz antes um percurso na formação da razão e modernidade para contextualizar a gestação da racionalidade formal. Destaca a influência de Émile Durkheim (1858-1917) como uma das figuras mais expressivas do positivismo. Atribui a esse teórico a institucionalização do paradigma da racionalidade formal-abstracta na análise das estruturas sociais, através de uma explicação totalizadora e programática de ação sobre a sociedade. Mas a autora avança no

debate e pauta a crise dos paradigmas na contemporaneidade para identificar os elementos quanto às questões da razão e das diferenças entre a apreensão e leitura da realidade a partir de uma razão instrumental e da razão dialética.

A autora, identificada com o debate ontológico, contribui para desvendar os componentes concretos na relação entre existência e razão, localizados na mediação do trabalho humano, em particular na condição da sociedade capitalista. Aprofunda as determinações do processo de alienação social para encontrar o substrato do racionalismo formal-abstrato nos processos e relações que se estabelecem no/pelo trabalho nas formações socioeconômicas capitalistas. Assim, afirma que as tensões provocadas pela luta de classes aparecem racionalmente convertidas em “questões sociais” como algo a ser trabalhado no cotidiano institucional.

Essa perspectiva de racionalização das questões sociais que se conecta diretamente com as correntes positivistas e suas perspectivas de organização da sociedade à luz das ciências naturais, tem implicações ainda mais sérias: pressupõe que as tensões possam ser controladas e manipuladas com a mesma destreza com a qual se dominam os fenômenos da natureza (Guerra, 2000, p. 130).

A autora aprofunda a análise do estado e do motivo para a racionalização da questão social pelo Estado, evidenciando o caráter fragmentado das políticas sociais. Como estas se assentam na previsão e no controle racionais, põem-se as especializações sob determinadas características e se lhes sustentam como uma tecnoburocracia. Em especial, o Estado protagoniza de modo estratégico a organicidade entre políticas sociais e o processo de acumulação e valorização do capital. Após contextualizar as abstrações como base de sustentação da ordem burguesa, bem como a ação do Estado pela via das questões sociais e suas mistificações em burocracias,

a pesquisadora parte para problematizar o Serviço Social e sua instrumentalidade presa às manifestações fenomênicas do cotidiano.

Imantados pelo movimento histórico que determina as particularidades que a Instituição Serviço Social vai adquirindo nesse processo, o significado sócio-político, a direção social da intervenção, o projeto profissional, as metodologias, instrumentos e técnicas, de intervenção não são elementos imanentes ao modo de ser e de se constituir do Serviço Social. Antes, são determinações sócio-históricas externas à sua constituição, engendradas pela dinâmica do processo histórico, que, em última instância, independem da opção teórico-ideológica do assistente social, mas somente em última instância, já que as metodologias e o instrumental técnico-político, enquanto elementos fundamentalmente necessários à objetivação das ações profissionais, compõem o projeto profissional (Guerra, 2000, p. 169).

Guerra (2000) compreende, portanto, que atribuir autonomia às metodologias significa entender, no exercício do trabalho, o acessório como o essencial. Ao se enquadrar como essencialmente técnico, o Serviço Social se exime do aprofundamento teórico para focar em modelos analíticos e interventivos. É preciso, na perspectiva da autora, desvendar a causalidade, as determinações históricas no contexto das particularidades em que se atua. É preciso balizar adequadamente a relação entre materialidade e idealidade. Guerra (2000) deu continuidade a seus estudos da instrumentalidade para além do livro que até aqui comentamos e publicou vários textos em livros e revistas sobre o tema. Em seus textos subsequentes, ela recupera o debate feito no livro, mas avançando de forma didática nos aspectos de definição da instrumentalidade. Um dos elementos mais conhecidos é o que indica o exercício cotidiano na compreensão de instrumentalidade como mediação em que estão envolvidas

e articuladas as três dimensões de tal tópico: ético-política, técnico-operacional e teórico-intelectual. Como exemplo, comentamos aqui o texto: *A dimensão técnico-operativa do exercício profissional*, parte de *A dimensão técnico-operativa no Serviço Social*, livro já mencionado, ao analisarmos as considerações de Rosa Prédís Trindade. Nessa abordagem, Guerra faz referência à importância de se compreender o cotidiano como uma das esferas da vida social. Menciona o estudo sobre a estrutura da vida cotidiana desenvolvido por Agnes Heller (1989). Alia o debate das determinações do cotidiano (heterogeneidade, espontaneidade, imediatividade e superficialidade extensiva) às particularidades do cotidiano profissional. Trata de forma a problematizar a prática irrefletida que é típica da vida cotidiana e que pode interferir na qualidade do exercício profissional. Avança na análise dos componentes da estrutura do cotidiano que também podem interferir nas escolhas profissionais, em especial porque as respostas podem se prender à sua funcionalidade imediata. A autora alerta, assim, para a necessidade de superação de uma cotidianidade reificada, sem uso de conhecimentos mais aprofundados. A teoria nos capacita a ler a realidade social muito além do senso comum. Assim, Guerra (2012) associa esse aprofundamento teórico à necessidade da investigação como elemento que potencializa a leitura das particularidades. E indica o investimento em atividades de registro e sistematização da prática para os momentos particulares de aprendizagem, como o estágio, nos quais a pesquisa e a análise permanente e sistemática da instituição tem de estar atrelada a uma perspectiva histórica da conjuntura à luz dos aspectos estruturais e das determinações universais do capitalismo, como aspectos que devem estar presentes na elaboração do plano de estágio e de um projeto de intervenção.

Observe-se, portanto, que Yolanda Guerra (2012) compreende e indica a articulação das três dimensões como a estratégia fundamental para desenvolver uma instrumentalidade mediada que supere o imediatismo típico da vida cotidiana. Suas indicações metodológicas apontam que o zelo na leitura da realidade social e institucional e ainda do patamar da luta de classes é parte essencial

da dinâmica profissional comprometida com a população usuária. Para isso, reafirma a natureza do Serviço Social como trabalho inserido na divisão social e técnica do trabalho. Esse desvendar é parte vital do entendimento do cotidiano e na definição da finalidade com direção política consciente e definida.

O mergulho teórico-filosófico que a autora faz em sua obra para o entendimento da influência da razão formal abstrata e para indicar pistas de superação torna Guerra uma protagonista importante de uma perspectiva de instrumentalidade que apreende os desafios como profissão e como classe trabalhadora, que vende sua força de trabalho. De acordo com a direção do projeto ético-político, prevalece, em seu pensamento, a lógica dialética de que não deve haver um hiato entre as escolhas técnicas e as fundamentações teóricas e éticas que nos movem no cotidiano profissional. Não à toa, toma a finalidade de cada ação como primeira pergunta central. E reitera que as dificuldades concretas não são meramente de ordem teórica, mas, também, próprias da ontologia da vida social e do lugar onde nos encontramos no mundo do trabalho.

### **Considerações finais**

O contato com a obra de autores/as do campo crítico aqui analisados foi uma importante oportunidade de interação com suas concepções de instrumentalidade, em especial para identificar o quanto de contribuição também ofertam para o debate da dimensão técnico-operativa do Serviço Social, desmistificando-se, assim, a ideia amplamente divulgada de que, na literatura crítica, não encontraríamos valiosas indicações voltadas à dimensão técnico-operativa.

É possível afirmar, com esses/as autores/as que adotam a perspectiva de totalidade como princípio metodológico, que a instrumentalidade não pode ser visualizada apenas como uso de instrumentos e técnicas. Todos/as destacam a natureza histórica da profissão e sua localização no mundo do trabalho. Ao realizarem

esse feito, apontam os porquês da existência do Serviço Social como profissão, as históricas dificuldades, possibilidades e limites no contexto das relações sociais galvanizadas pelo patamar da luta de classes.

Diferentemente do que algumas críticas apontam sobre o limite do pensamento crítico no Serviço Social, este não se furta de, ao pensar a profissão em uma perspectiva de totalidade, considerar de modo estratégico as indicações para a reelaboração cotidiana dos instrumentos e técnicas, e para as respostas às demandas e enfrentamento institucional. Assim, temos Marilda Yamamoto (2000), que, embora não abordada neste artigo, foi objeto de nossa reflexão em trabalho anterior, com sua valiosa indicação para pensarmos os desafios da linguagem e da investigação do indivíduo social com arrimo nos dados oficiais e de conjuntura. Faleiros (1972; 1985a; 1985b; 2010), sinalizando a leitura da correlação de forças com determinados instrumentos institucionais. Rosa Prédís Trindade (1999; 2001; 2012), contribuindo com a análise das atividades que identifica em suas pesquisas e a partir disso agregando sugestões às ações individuais e coletivas. Guerra (2000), fornecendo contribuições relevantes para desmistificar a ideia de que o pensamento crítico e, em especial, o marxismo não favorecem a valorização do cotidiano profissional.

Podemos, dessa forma, afirmar que a produção intelectual que se situa na perspectiva do projeto ético-político enfrentou a concepção positivista no entendimento da relação entre teoria e realidade, bem como as críticas quanto à necessidade de entendimento das determinações societárias. E, mobilizando o recurso da pesquisa sobre diferentes dimensões do trabalho e das expressões da questão social no capitalismo contemporâneo, tem nos provocado à reflexão crítica sobre a imposição do tecnicismo e pragmatismo na universidade e no âmbito da formação profissional.

Sobre a instrumentalidade, não há receituário cristalizado que dê conta da dinâmica da vida social, vivida nos programas, instituições e organizações. Do contrário, o foco no direcionamento dos instrumentos invoca uma visão que tem no fazer imediato e

burocrata a razão de ser do exercício profissional. Na direção social, de acordo com as diretrizes curriculares, prevalece a importância da sistematização do cotidiano profissional, mas os/as autores/as analisados/as mostram que essa sistematização deve ser feita à luz das condições sociais concretas em que as atividades se assentam, considerando a complexidade da realidade e as condições e relações de trabalho em cada momento histórico.

O que há em comum na leitura da dimensão técnico-operativa do Serviço Social para esses/as autores/as são os seguintes tópicos: 1) a instrumentalidade profissional só é inteligível no desvendamento da natureza histórica da profissão e no campo da divisão social e técnica do trabalho; 2) A capacidade de leitura da realidade, a dimensão ética e política e as condições reais de trabalho definem os instrumentos e técnicas mais adequados; 3) Os instrumentos e técnicas não funcionam como receituário diante das múltiplas expressões multifacetadas da questão social, ajudando a perceber ainda variações de tempo, espaço e sujeitos; 4) O momento de leitura da realidade social e institucional é oportunidade de exercício da instrumentalidade, instante no qual se podem ser usados diversos instrumentos de investigação próprios do cotidiano institucional e os historicamente acumulados pela profissão; 5) O uso adequado das melhores técnicas sociais não garante o resultado indicado, dada a complexidade das atuações na esfera da reprodução social; e 6) Na relação com a população usuária, devem ser encontrados mecanismos de superar as burocracias institucionais para dar voz e vez aos sujeitos, subvertendo a perspectiva do disciplinamento dos/as trabalhadores/as que necessitam das políticas sociais.

Cada autor/a abordado/a mereceria um estudo mais aprofundado, mas aqui buscamos apenas compreender suas leituras da dimensão técnico-operativa da instrumentalidade. Observamos que em todos esses estudos está presente um conteúdo classista em suas indicações metodológicas, situando a luta de classes como a definidora das práticas sociais e profissionais. A fronteira não é uma receita de instrumentos e técnicas para cada demanda social



saltada da realidade, e, sim, um horizonte de possibilidades que se tornam cada vez mais presentes, à medida que lemos crítica e profundamente a vida ao redor e mobilizamos conhecimentos, recursos, tensões e correlações de forças para definir nossas escolhas mais aparentemente pontuais.

## Referências

CHAGAS, Juary Luis; VALE, Erlenia Sobral do. A dimensão técnico-operativa da instrumentalidade do Serviço Social: reflexões e indicações da literatura crítica. *In*: ALVES, Danielle Coelho; VALE, Erlenia Sobral do; CAMELO, Renata Albuquerque (org.). **Instrumentos e técnicas do Serviço Social**: desafios cotidianos para uma instrumentalidade mediada. Fortaleza: Eduece, 2021. cap. 1, p. 25-54. Disponível em: [https://www.mpba.mp.br/sites/default/files/biblioteca/direitos-humanos/direitos-das-mulheres/obras-digitalizadas/questoes\\_de\\_genero/e-book\\_cetros\\_uece\\_instrumentos\\_e\\_tecnicas\\_do\\_servico\\_social.pdf](https://www.mpba.mp.br/sites/default/files/biblioteca/direitos-humanos/direitos-das-mulheres/obras-digitalizadas/questoes_de_genero/e-book_cetros_uece_instrumentos_e_tecnicas_do_servico_social.pdf). Acesso em: 16 set. 2023.

FALEIROS, Vicente de Paula. **Estratégias em Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 2010.

FALEIROS, Vicente de Paula. **Metodologia e ideologia do trabalho social**. São Paulo: Cortez, 1985a.

FALEIROS, Vicente de Paula. **Saber profissional e poder institucional**. São Paulo: Cortez, 1985b.

FALEIROS, Vicente de Paula. **Trabajo Social Ideología y Método**. Buenos Aires: Ecro, 1972.

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e Punir**. Petrópolis Vozes, 1977.

GUERRA, Yolanda. A dimensão técnico-operativa do exercício profissional. *In*: SANTOS, C. M.; BACKX, S. S.; GUERRA, Y. A. D. (org.).

**A Dimensão Técnico-operativa no Serviço Social:** desafios contemporâneos. Juiz de Fora: Ed. UFJF, 2012. p. 39-67.

GUERRA, Yolanda. **A instrumentalidade do Serviço Social.** São Paulo: Cortez, 2000.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. **Serviço Social na contemporaneidade:** trabalho e formação profissional. São Paulo: Cortez, 2000.

NETTO, José Paulo. **Ditadura e Serviço Social:** uma análise do Serviço Social no Brasil pós-64. São Paulo: Cortez, 1990.

TRINDADE, R.L.P. Ações profissionais, procedimentos e instrumentos no trabalho dos assistentes sociais nas políticas sociais. *In:* SANTOS, C. M.; BACKX, S. S.; GUERRA, Y. A. D. (org.). **A dimensão técnico-operativa no Serviço Social:** desafios contemporâneos. Juiz de Fora: Editora da UFJF, 2012. v. 1.

TRINDADE, R. L. P. Desvendando as determinações sócio-históricas do instrumental técnico-operativo do Serviço Social na articulação entre demandas sociais e projetos profissionais. **Temporalis**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 4, p. 21-42, 2001.

TRINDADE, Rosa Lúcia Prédís. **Desvendando o significado do instrumental técnico-operativo na prática profissional do serviço social.** 1999. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1999.



# CAPÍTULO 4

## O TRABALHO DAS(DOS) ASSISTENTES SOCIAIS NA SAÚDE NO CONTEXTO DA PANDEMIA DA COVID-19: LIMITES E POSSIBILIDADES

Juliana Souza Bravo de Menezes<sup>1</sup>

### Introdução

A crise sanitária brasileira da Covid-19 se inseriu no quadro de uma pandemia e no interior da crise estrutural do capital e da falência das medidas neoliberais e ultraneoliberais. Este texto tem como objetivo analisar a política de saúde e as possibilidades de atuação dos assistentes sociais nesse contexto pandêmico.

Antes da chegada do novo coronavírus no Brasil, o contexto no país já era de dificuldades para a maior parte da população, com o avanço da contrarreforma do Estado e suas particularidades na política de saúde. Os processos de privatização da saúde não começam a partir de 2016, nos Governos de Temer e Bolsonaro, mas se aprofundam nesse contexto. Tais retrocessos se inserem no quadro social, econômico e político sintonizado com processos observados mundialmente e se concretizam com as mediações relacionadas às condições de inserção do Brasil no cenário político-econômico mundial e ao seu particular desenvolvimento histórico.

---

1 Especialista e mestra em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP) da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz); doutora em Serviço Social pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ); assistente social do Ministério da Saúde.

Segundo Behring (2003), desde 1990, vivencia-se no Brasil o processo de contrarreforma do Estado, resultando em inflexões no campo das políticas sociais, impactando a saúde pública e o conjunto da Seguridade Social. Essas mudanças estão em consonância com as orientações de transformações no mundo do trabalho, por meio da reestruturação produtiva (Harvey, 1993) e de redefinição das funções e responsabilidades do Estado com vistas à inserção do Brasil na economia mundializada (Chesnais, 1996).

Ao analisar o contexto atual de crise estrutural do capital, pode-se afirmar que a saúde tem sido um espaço de grande interesse de grupos econômicos em sua busca por lucros e em seu movimento para impor a lógica privada nos espaços públicos. O seu caráter público e universal, tão defendido pelo Movimento de Reforma Sanitária brasileiro dos anos 1980 e pelos lutadores da saúde, vem sendo ameaçado.

No item a seguir, iremos enfatizar a conjuntura de saúde do Governo Bolsonaro e a política de morte no combate da pandemia<sup>2</sup>.

### **A política de saúde no Governo Bolsonaro e a pandemia de Covid-19<sup>3</sup>**

O Governo Bolsonaro, eleito em 2018, representou a radicalização e a ofensiva da política ultraneoliberal, com fortes ataques aos direitos sociais e às liberdades democráticas. A partir de 2019, aprofundou as contrarreformas iniciadas no governo anterior, acelerando e intensificando as políticas de desmonte do Estado brasileiro.

---

2 Quando falamos de política de morte, podemos trabalhar com o conceito de Necropolítica desenvolvido pelo filósofo negro, historiador, teórico político e professor universitário camaronense Achille Mbembe, que, em 2003, escreveu um ensaio questionando os limites da soberania quando o Estado escolhe quem deve viver e quem deve morrer. Para maior aprofundamento com relação ao conceito de Necropolítica, ver Mbembe (2018).

3 Algumas reflexões presentes neste item estão baseadas nos artigos de Bravo, Pelaez e Menezes (2020) e Bravo e Menezes (2021).

O peso da crise de acumulação foi transferido para os trabalhadores. Dessa forma, tem-se retirado os direitos conquistados pela classe trabalhadora através de lutas históricas, utilizando-se, por exemplo, contrarreformas (trabalhista, da Previdência Social, terceirização irrestrita e novo regime fiscal, que congela por vinte anos os gastos públicos), bem como ameaças às liberdades democráticas.

Podem-se considerar algumas características básicas do governo anterior: extremo liberalismo econômico; temor das mobilizações e desprezo pela participação da maioria, ou seja, pela democracia, com ataques às instâncias de participação e controle social; conservadorismo, em outras palavras, um moralismo exacerbado; e neofascismo<sup>4</sup>. Alguns analistas consideram que o Governo Bolsonaro tinha três núcleos que se articulavam: o econômico, liderado por Paulo Guedes; o militar; e o moralista ou ideológico, articulado pelo presidente e por sua família.

O Governo Bolsonaro teve quatro ministros da saúde. No início do mandato, assumiu o Ministério da Saúde Luiz Henrique Mandetta. Filiado ao Partido Democratas (DEM), foi secretário municipal de saúde de Campo Grande (MS) e deputado federal por dois mandatos. Mandetta ficou como ministro de janeiro de 2019 a 16 de abril de 2020. Posteriormente, assumiram a pasta Nelson Luiz Sperle Teich (de 16/04/2020 a 15/05/2020); Eduardo Pazuello (de 16/05/2020 a 15/09/2020 como ministro interino e de 16/09/2020 a 23/03/2021 como ministro nomeado); e Marcelo Queiroga (de 23/03/2021 a 31/12/2022).

---

4 A categoria neofascismo utilizada “busca abranger as dimensões mais recentes do fenômeno fascista no decorrer de um século de história, permitindo que se aprenda a nova forma e conteúdo do fascismo do século XXI. A adoção dessa categoria neofascismo se aplica bem à realidade brasileira com a presença de grupos e interesses compondo o governo Bolsonaro com a pauta econômica de demolição dos direitos trabalhistas e sociais, intensificando a superexploração da força de trabalho e a transferência do fundo público e de serviços do Estado para o poder da acumulação privada” (Mendes; Carnut, 2021, p. 11).

Importante destacar os tensionamentos que levaram a sucessivas trocas de ministros da Saúde durante a pandemia de Covid-19, bem como algumas medidas da gestão dos respectivos ministros que favoreceram o setor privado, ou seja, a privatização da saúde.

Mandetta, durante a cerimônia de transmissão do cargo de Ministro da Saúde, defendeu o princípio da equidade e enfatizou que ele não pode ser relativizado em favor de um conceito de integralidade que inspira ações judiciais individuais que desrespeitam os direitos coletivos. Ao mesmo tempo, disse que desejava “um sistema privado forte” e “solidário”. Afirmou ainda que o Ministério da Saúde tinha um orçamento muito grande.

Se, por um lado, a afirmação de que não haveria retrocessos na máxima constitucional do direito de todos e dever do Estado na saúde pode ser avaliada positivamente, a defesa de um setor privado forte e a não proposição de mais recursos orçamentários para o Sistema Único de Saúde (SUS) são preocupantes, pois não contribuem para o fortalecimento do SUS e seu componente público e estatal. Durante o período em que esteve à frente da pasta, foram apresentadas e executadas diversas propostas pelo seu Ministério no ano de 2019 e início dos anos 2020, que serão abordadas a seguir:

Houve, por exemplo: uma revisão da política de saúde para a população indígena que foi alvo de críticas por parte de representações indígenas; a constituição da carreira de Estado para médicos e não para os demais trabalhadores da saúde; o fortalecimento das Santas Casas; e a proposta de “choque de gestão” nos seis hospitais federais e nos três institutos vinculados ao Ministério da Saúde, localizados no Rio de Janeiro.

Com relação à Política de Saúde Mental e à Política de Alcool e Drogas, em abril de 2019, Bolsonaro promulgou o Decreto Nº 9.761/2019, que estabeleceu uma “nova” Política Nacional de Drogas, que teve como objetivo a construção de uma sociedade protegida do uso de drogas lícitas e ilícitas a ser alcançada por meio da promoção da abstinência e do fortalecimento de Comunidades

Terapêuticas como lócus de cuidado, tratamento e promoção da saúde, entre outros aspectos<sup>5</sup>.

A preocupação com a chamada eficiência dos hospitais está presente na proposta de Reforma do SUS explicitada no documento do Banco Mundial denominado “Propostas de Reformas do Sistema Único de Saúde Brasileiro”, apresentado na Câmara dos Deputados no dia 4 de abril de 2019, em audiência pública requerida pelo ex-ministro da saúde de Temer, Ricardo Barros<sup>6</sup>.

Merece destaque a ação apresentada por Jair Bolsonaro na solenidade comemorativa dos 100 dias de seu governo, ocorrida em 11 de abril de 2019: através do Decreto Nº 9.759/2019, o presidente extinguiu diversos conselhos e colegiados da administração pública federal, estabelecendo novas diretrizes para eles. O que podemos ressaltar é que o governo não valorizou a existência de conselhos e outros colegiados de participação social e exercício do poder popular que objetivavam aproximar a população do poder decisório sobre políticas sociais e públicas, de modo que as decisões não fossem delegadas exclusivamente a técnicos e gestores.

Outra medida que ocorreu foi a reformulação do Programa Mais Médicos com o discurso de torná-lo “mais técnico e menos político”. O que de fato aconteceu foi o desmonte da iniciativa,

---

5 A citada política desconsidera a política de redução de danos, propondo, em seu lugar, a abstinência. Na política de saúde mental, ao priorizar as comunidades terapêuticas, que nada têm de comunitárias e terapêuticas, não se prioriza o modelo de atenção em saúde mental, ou seja, os serviços substitutivos como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), previstos pela reforma psiquiátrica brasileira.

6 Uma das premissas do Banco Mundial é de que *há espaço para o SUS obter melhores resultados com o nível atual de gasto público*, como se não houvesse necessidade de maior financiamento ou de revogação da Emenda Constitucional (EC) Nº 95, aprovada no governo Temer, que reduziu os gastos em saúde e demais políticas sociais por vinte anos. O documento defende a *cobertura universal de saúde*, em substituição ao termo universalidade, como princípio do SUS e deixa nítida a cada recomendação do conceito de cobertura universal como um pacote básico de serviços e estratégias de focalização, afastando a perspectiva da atenção básica ampla de acesso universal.



resultando na saída de médicos cubanos e deixando amplas regiões do país descobertas de assistência médica.

Em março de 2020, a Organização Mundial de Saúde (OMS) declarou que a disseminação do novo coronavírus em todos os continentes se caracterizou como uma pandemia. Em 31 de março de 2023, o mundo chegou a 761.402.282 de casos confirmados e a doença já havia causado 6.887.000 mortes. O Brasil, até esta data, registrou 699.917 mortes por Covid-19 e 37.204.677 casos, sendo o terceiro país mais afetado no mundo em número de casos, ficando atrás apenas da Índia e dos Estados Unidos, e o segundo em número de mortes. Em 5 de maio de 2023, a OMS comunicou o fim da Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII) referente à Covid-19 (WHO, 2023).

Os dados demonstram que o Brasil está entre os países com os piores indicadores relativos a óbitos e contaminações. Conforme afirma Calil,

A terrível situação em que o país se encontra é resultado de uma estratégia bem definida, coerente e sistematicamente aplicada por parte do governo Jair Bolsonaro, que, orientando-se pela perspectiva de atingir rapidamente a imunização coletiva (ou “imunidade de rebanho”), se utilizou de distintos instrumentos para estimular a intensificação da contaminação, recorrendo para tanto à disseminação de dados incorretos ou mesmo inteiramente falsos e à demonstração exemplar de comportamentos propícios à contaminação (Calil, 2021, p. 31).

Luiz Henrique Mandetta, médico vinculado à Unimed e a instituições filantrópicas, foi demitido em 16 de abril de 2020. A troca do primeiro ministro pelo segundo se deu devido a divergências no enfrentamento da pandemia. O segundo ministro, Nelson Teich, teve uma passagem relâmpago pelo ministério (de 17 de abril a 15 de maio de 2020), afastando-se da pasta também por discordar

do presidente acerca do uso da cloroquina para o tratamento da Covid-19, cuja eficácia não foi comprovado cientificamente. Após a saída de Nelson Teich, o militar Eduardo Pazuello assume, interinamente, o Ministério da Saúde, tornando-se ministro efetivo da pasta apenas em 16 de setembro de 2020.

A subnotificação, a ocultação dos dados da pandemia e a militarização do Ministério da Saúde são algumas características dessa terceira gestão do ministério, que provocou o total descontrole da Covid-19 no país. O general do Exército que ficou como ministro interino por quase quatro meses à frente da pasta avançou em uma política que promoveu o negacionismo, a censura e o obscurantismo. Não existiu um comando nacional para o combate da pandemia no país, nem mesmo um plano com diretrizes orientadoras (Frente Nacional contra a Privatização da Saúde, 2020).

A situação da pandemia no país foi agravada devido à ação do presidente da República, que, junto a grupos de empresários, incentivou a população a desobedecer às medidas de distanciamento e isolamento social recomendadas pela OMS. O Governo Federal fez recrudescer a desigualdade social, já tão profunda em nosso país, e empreendeu esforços para estabelecer uma falsa normalidade em nome do lucro, negando a ciência e banalizando as milhares de mortes que ocorreram no país. Ainda que o vírus tivesse atingido diferentes estratos sociais, a pandemia desvelou a desigualdade brasileira, de tal modo que os dados mostraram que a tragédia foi maior para aqueles com menor poder aquisitivo da classe trabalhadora e para os negros.

Apenas em 1º de dezembro de 2020, foi apresentado pelo Ministério da Saúde um plano nacional de vacinação contra a Covid-19, o que demonstrou a dificuldade e a fragilidade na priorização que deveria ter sido promovida em favor de se proteger a população brasileira. Os limites no plano nacional de vacinação apresentado decorreram da falta de transparência, da debilidade na proposição de metas e da submissão da pasta à politização do tema das vacinas realizada pelo presidente da República.

Em 15 de março de 2021, o presidente Jair Bolsonaro escolheu o médico Marcelo Queiroga para substituir o general Eduardo Pazuello, sendo o quarto ministro da Saúde do Governo Bolsonaro. Antes de escolher Queiroga, o presidente conversou com a médica Ludhmila Hajjar, que não aceitou o convite por não ter “convergência técnica” com Bolsonaro. A mudança do Ministério da Saúde ocorreu no pior momento da pandemia de Covid-19, com recordes sucessivos de mortes e com a doença em expansão em todo o Brasil. O quarto ministro da Saúde, desde o começo da pandemia, era presidente da Sociedade de Cardiologia, tendo sido indicado para a direção da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), mas ainda não havia sido aprovado pelo Senado Federal. Queiroga não tinha vínculo com o setor público e nem experiência em gestão. E todo o discurso foi de continuidade e não de rompimento com o trabalho desenvolvido.

A Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) da pandemia no Senado foi instalada em 27 de abril de 2021, com o objetivo de identificar os responsáveis por ações e omissões no combate ao vírus SARS-CoV-2 e, em especial, pelo agravamento da crise sanitária no Amazonas com a ausência de oxigênio para os pacientes internados. A CPI buscava ainda apurar, entre outros ilícitos, possíveis irregularidades em contratos, fraudes em licitações, superfaturamento, desvios de recursos públicos e assinaturas de contratos com empresas de fachada para a prestação de serviços genéricos ou fictícios, valendo-se para isso de recursos originados da União Federal, bem como outras ações ou omissões cometidas por administradores públicos federais, estaduais e municipais, no trato com a coisa pública, durante a vigência da calamidade originada pela pandemia do novo coronavírus. A CPI limitou-se apenas à fiscalização dos recursos da União repassados aos demais entes federados para as ações de prevenção e combate à pandemia de Covid-19, excluindo as matérias de competência constitucional atribuídas aos estados, Distrito Federal e municípios.

A CPI se encerraria em agosto, mas foi prorrogada, e seu relatório final foi apresentado em outubro de 2021. A Comissão

Parlamentar de Inquérito da pandemia, após seis meses de intensos trabalhos, concluiu, a partir da coleta de provas, que o Governo Federal de Jair Bolsonaro foi omissivo e optou por agir de forma não técnica, negacionista e desidiosa no enfrentamento da pandemia do novo coronavírus, expondo a população a risco concreto de infecção em massa.

O relatório da CPI da pandemia encerra propondo a criação de um memorial em homenagem às vítimas da Covid-19 para que nunca nos esqueçamos “do que aconteceu neste País e dos inocentes que pagaram com sua vida pela conduta irresponsável do governo federal na condução da pandemia” (Brasil, 2021, p. 1179).

O ano de 2021 terminou e 2022 iniciou com novas ações e omissões do Governo Federal no enfrentamento da pandemia, com o destaque para: atraso e insuficiência na vacinação infantil e na vacinação da população adulta; ataques do presidente da República aos técnicos da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa); insuficiência da política de testagem; e apagão de dados do Ministério da Saúde com consequências no correto monitoramento da evolução da pandemia. Observou-se também nesse período o avanço no mundo e no Brasil da nova variante do vírus da Covid-19, denominada ômicron<sup>7</sup>.

O ano de 2022 foi marcado por um processo eleitoral muito disputado e por uma muito intensa polarização política do país. Lula foi eleito presidente com o apoio de uma ampla frente democrática, derrotando a extrema direita. E tornou-se o primeiro presidente da história do Brasil eleito democraticamente para um terceiro mandato. Por outro lado, Bolsonaro passou a ser o primeiro presidente desde a redemocratização a não se reeleger.

---

7 Em 26 de novembro de 2021, especialistas da Organização Mundial da Saúde (OMS) batizaram de ômicron a nova variante do vírus causador da Covid-19, identificada na África do Sul como B.1.1.529. Segundo a OMS, essa é uma variante de preocupação, pois estudos preliminares confirmaram que a ômicron tem um número muito maior de mutações em relação às outras variantes (OMICRON [...], 2021).

Com a vitória apertada na disputa eleitoral, desde o seu início, o Governo Lula foi e continuará sendo um governo sob ataque da extrema direita. O novo presidente não terá tranquilidade para governar, pois forças bolsonaristas conquistaram um espaço expressivo no Congresso e compõem uma importante oposição, considerando os desafios que o atual governo tem pela frente de resgatar mais de 30 milhões de pessoas ameaçadas pela fome e miséria, de impulsionar o crescimento econômico, de fortalecer a defesa do meio ambiente e de recuperar o prestígio do país no cenário internacional.

No próximo item, serão abordadas as possibilidades de atuação das(dos) assistentes sociais na área da saúde no contexto pandêmico.

### **A atuação das(dos) Assistentes Sociais na Saúde em tempos de COVID-19**

A pandemia do novo coronavírus impôs aos diversos serviços de saúde alterações nas rotinas. Nessa reestruturação dos serviços ocorreram suspensões de cirurgias eletivas nos ambulatorios especializados e hospitais, leitos foram direcionados para os agravos decorrentes da Covid-19, e consultas ambulatoriais de rotina foram suspensas para evitar aglomerações, entre outras ações. Cada serviço de saúde definiu suas prioridades de atendimento (Matos, 2020).

Por sua vez, o Serviço Social, junto com os demais trabalhadores da área da saúde, foi convocado<sup>8</sup> para atuar na linha de frente no enfrentamento da Covid-19:

---

8 O Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 639, de 31 de março de 2020, que dispõe sobre a ação estratégica “O Brasil Conta Comigo – Profissionais de Saúde”, voltada à capacitação e ao cadastramento de profissionais da área de saúde, para o enfrentamento da pandemia do novo coronavírus. Entre os profissionais convocados, os assistentes sociais encontravam-se nessa lista.

Em meio a condições de trabalho precárias e, muitas vezes, como trabalhador(a) precarizado(a), com vínculos temporários, assistentes sociais em todo o país tiveram que lidar, inclusive, com demandas não condizentes com suas atribuições profissionais. Todavia, contraditoriamente, exercitaram sua relativa autonomia profissional com capacidade propositiva, a partir dos fundamentos do projeto ético-político profissional, na resistência em defesa da vida e dos direitos de todos(as) (Soares; Correia; Santos, 2021, p. 119).

Nessa direção, enquanto trabalhador da saúde, o que observamos nesse período, foi o aumento das contratações de assistentes sociais de forma precarizada<sup>9</sup> e a expansão dos serviços de saúde via terceirização da gestão em saúde, aprofundando a privatização da política de saúde.

Com relação às demandas e atribuições requisitadas aos profissionais de Serviço Social, num primeiro momento, grande parte dos assistentes sociais tiveram que lidar com dois importantes tensionamentos: as dificuldades de acesso a equipamentos de proteção individual (EPI) e a demarcação de suas atribuições e competências profissionais.

Principalmente na fase inicial de enfrentamento da pandemia, houve escassez na disponibilidade de EPI em diversos serviços, e a tendência foi de imprimir uma extrema racionalização que negava o uso de EPI para profissionais que não estivessem em contato direto com pacientes com Covid-19. Contudo, assistentes sociais, mesmo que não estivessem atendendo diretamente usuários(as) com

---

9 Contratos precários, inseguros e temporários de trabalho, além da histórica tendência a baixas remunerações.

Covid-19, estavam, muitas vezes, atendendo seus familiares (Soares; Correia; Santos, 2021, p. 125)<sup>10</sup>.

No que se refere às ações profissionais nesse contexto pandêmico, destaca-se a importância do profissional de Serviço Social limitar-se ao campo das suas competências e atribuições privativas. Demandas burocráticas foram recolocadas para o assistente social, sendo necessário esclarecer sobre as atribuições profissionais, discutindo com as equipes as demandas e como e quem deveria realizar as ações, bem como a definição de prioridades.

Conforme ressalta Iamamoto (2012), o trabalho em equipe não pode inviabilizar as particularidades profissionais. Dessa forma, o Serviço Social, segundo a autora, é uma profissão com formação generalista e que tem como objeto as diferentes expressões da “questão social”<sup>11</sup>. E na saúde, segundo Bravo e Matos (2006), o

---

10 A partir da mobilização das equipes de assistentes sociais sobre a garantia de acesso a EPI, o Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) realizou levantamento, junto aos Conselho Regional de Serviço Social (CRESS), sobre denúncias de violação de direitos, culminando com o Parecer Jurídico do CFESS nº 05/2020-E. A entidade questionou a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) que, por sua vez, ratificou a necessidade de uso de EPI pelos assistentes sociais em todos os serviços de saúde (CFESS, 2020b).

11 “A questão social diz respeito ao conjunto das expressões das desigualdades sociais engendradas na sociedade capitalista madura, impensáveis sem a intermediação do Estado. Tem sua gênese no caráter coletivo da produção, contraposto à apropriação privada da própria atividade humana – o trabalho –, das condições necessárias à sua realização, assim como de seus frutos. [...] A questão social expressa, portanto, disparidades econômicas, políticas e culturais das classes sociais, mediadas por relações de gênero, características étnico-raciais e formações regionais, colocando em causa as relações entre amplos segmentos da sociedade civil e o poder estatal. [...] Tem a ver com a emergência da classe operária e seu ingresso no cenário político, por meio das lutas desencadeadas em prol dos direitos atinentes ao trabalho, exigindo o seu reconhecimento como classe pelo bloco do poder, e, em especial pelo Estado. Foram as lutas sociais que romperam o domínio privado nas relações entre capital e trabalho, extrapolando a questão social para a esfera pública, exigindo a interferência do Estado para o reconhecimento e a legalização de direitos e deveres dos sujeitos sociais envolvidos. Esse reconhecimento dá origem a uma ampla esfera de direitos sociais públicos atinentes ao trabalho

objetivo da atuação profissional é a identificação dos aspectos econômicos, políticos, culturais e sociais que atravessam o processo saúde-doença para, assim, mobilizar recursos para o seu enfrentamento, articulado a uma prática educativa que, de acordo com Abreu (2002), contribua para a emancipação, tendo como objetivo a dimensão da libertação na construção de uma nova cultura. Essa perspectiva, entretanto, é um desafio para os profissionais, pois vai depender de outras ações articuladas para que se consiga a mobilização dos sujeitos sociais visando ao fortalecimento e avanço da organização da classe trabalhadora (Bravo; Matos, 2006).

Assim, tendo essa referência é que se deve contribuir nesse contexto pandêmico. Segundo Matos (2020), a partir da função social da profissão de Serviço Social nos atendimentos de saúde, é preciso identificar onde intervir, apresentar proposições e estabelecer prioridades. Cabe, nesse sentido, ressaltar que as normativas da profissão continuam norteando o trabalho profissional na saúde, tais como: o Código de Ética, a Lei de Regulamentação da Profissão, as Resoluções do CFESS e o documento “Os Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde”. “Assistentes sociais têm uma contribuição fundamental nos diferentes serviços de saúde e não é uma pandemia que altera sua importância. O que se altera é a forma como se dará o trabalho, mas mantendo nossas atribuições privativas e competências profissionais” (Matos, 2020, p. 242).

Ainda, com relação às competências e atribuições profissionais durante a pandemia, o Ministério da Saúde elaborou, em março de 2020, o documento “Manejo de corpos no contexto do novo coronavírus – (Covid-19)”, recomendando que o Serviço Social realizasse a comunicação do óbito aos familiares, amigos e responsáveis. Diante do contexto pandêmico conturbado, diversas instituições de saúde requisitaram aos profissionais assistentes sociais todas as ações

---

– consubstanciados em serviços e políticas sociais –, o que, nos países centrais, expressou-se no Welfare State, Estado Providência ou Estado Social” (Iamamoto, 2001, p. 16-17).



relacionadas à informação e/ou comunicação com familiares e amigos dos usuários em tratamento de saúde, inclusive as atividades de âmbito médico (Matos, 2021).

As entidades da categoria dos assistentes sociais, através da ação conjunta entre CFESS e CRESS, posicionaram-se com agilidade e coerência, através da Orientação Normativa N<sup>o</sup> 03/2020, que dispõe sobre ações de comunicação de boletins de saúde e óbitos como não sendo atribuições de assistentes sociais<sup>12</sup>. Destacando também, que:

O/A assistente social deve se ater às suas atribuições e competências profissionais, visando o melhor atendimento ao/a usuário/a dos serviços de saúde, preservando a qualidade dos atendimentos prestados, não estando obrigado/a a realizar atividade incompatível com a legislação profissional vigente (CFESS, 2020a, p. 2).

E com o objetivo de divulgar as experiências profissionais nesse contexto, destacamos a atuação de uma equipe de Serviço Social de um hospital do Rio de Janeiro, que se tornou referência para o suporte no atendimento aos casos de suspeita ou confirmação de Covid-19. Assim como o hospital, que passou por uma reestruturação de serviços, o setor de Serviço Social também teve que repensar suas frentes de trabalho, definindo as prioridades de ação e reafirmando o dever e o compromisso ético profissional no enfrentamento da pandemia de Covid-19. As escalas foram reorganizadas, realizaram-se treinamentos com a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) sobre o uso de EPI e todos os estagiários e os profissionais com comorbidades foram afastados e

---

12 Talvez pelo posicionamento das entidades da categoria, na 2<sup>a</sup> edição do documento “Manejo de corpos no contexto do novo coronavírus – (Covid-19)”, não constava mais a recomendação de os profissionais de Serviço Social realizarem a comunicação de óbitos.

colocados em trabalho remoto. Essas iniciativas tiveram o intuito de preservar e resguardar toda a equipe, diminuindo os riscos de contágio.

A equipe de assistentes sociais teve que lidar, no início, com dois enfrentamentos: a dificuldade de acesso a EPI e as requisições equivocadas da instituição no sentido de atribuir aos assistentes sociais as demandas de comunicação de óbitos e de boletins médicos. Ademais, elaborou o plano de trabalho da equipe de Serviço Social, em especial dentro do contexto da pandemia em decorrência do novo coronavírus, ressaltando a importância da sistematização da prática dos assistentes sociais e expressando a necessidade de reorganização das frentes de trabalho e construção de novos fluxos assistenciais. A construção desse plano de trabalho se deu através de discussões quase que diárias dos plantonistas, avaliando a implementação das primeiras ações e identificando novas, buscando adequar a realidade do dia a dia às demandas surgidas no contexto de pandemia e isolamento social dentro do espaço institucional.

Assim, ao negar a demanda de comunicação de óbitos e de boletins médicos e ao elaborar o plano de trabalho, os assistentes sociais da unidade contribuíram com as seguintes estratégias e ações coerentes com suas atribuições e competências profissionais: participação no planejamento e construção de fluxos de informações na unidade com a criação da Central de Atendimento à Família (CAF)<sup>13</sup>; elaboração de materiais educativos e de informação sobre direitos<sup>14</sup>; realização de ações socioeducativas e de

---

13 Foi criada com o objetivo de dar suporte aos familiares dos pacientes com diagnóstico ou suspeita de Covid-19. A CAF atendia, preferencialmente, através de telefone e *e-mail*, as seguintes situações: fornecer informações sobre o quadro de saúde do paciente internado; acolhimento a familiares em emergência psicológica; orientações sociais (direitos previdenciários e trabalhistas, e benefícios assistenciais, entre outros); emissão de laudo médico. Os profissionais que atuavam na CAF eram os médicos, assistente sociais, psicólogos e profissionais administrativos.

14 Os assistentes sociais que se encontravam em trabalho remoto produziram materiais, documentos e estudos que se fizeram necessários para dar suporte às atividades desempenhadas pela equipe presencial, tais como: folhetos informativos

orientação sobre direitos e benefícios aos familiares de pacientes com Covid-19<sup>15</sup>; e Projeto Visita Virtual<sup>16</sup>, entre outras ações.

De acordo com Matos (2020, p. 243), foi preciso reapropriar-se constantemente do acúmulo ético-político, teórico-metodológico e técnico-operativo da profissão, sendo necessário fazer uma releitura no contexto de pandemia para fortalecer e revigorar os argumentos de modo a continuar agindo coletivamente. Conforme ressalta o autor, “competência se constrói coletivamente, não se tratando de um mérito ou êxito individual” (Matos, 2020, p. 243).

## Considerações finais

O Brasil enfrentou uma crise sanitária de extrema complexidade e gravidade, sob a gestão de um governo negacionista, neofascista, conservador e ultraneoliberal. A presidência de Bolsonaro foi um governo que desgovernava, que sonegava dados e informações,

---

sobre o auxílio emergencial, previdência social, sepultamento gratuito, funcionamento do Judiciário e acesso a documentos e catálogo de informações sobre as mudanças nas políticas sociais e no funcionamento das instituições. Essa equipe elaborou também um estudo sobre o perfil das famílias de pacientes com Covid-19 atendidas pelo Serviço Social da unidade. Esta sistematização foi importante para a avaliação do trabalho desenvolvido pelos assistentes sociais na instituição.

- 15 No atendimento aos familiares dos pacientes internados com suspeita ou confirmação de Covid-19, a equipe de Serviço Social identificou a necessidade de atendê-los por telefone, por meio de busca ativa, com o intuito de orientar com relação às demandas de competência do Serviço Social. Compreende-se que essa ação contribuiu não somente para dar o suporte necessário às famílias, democratizando as informações, bem para evitar a circulação às vezes desnecessária de pessoas em busca de orientações, reduzindo, assim, o risco de circulação do novo coronavírus.
- 16 Visando promover o contato entre paciente e seu familiar, uma vez que as visitas encontravam-se suspensas e a comunicação restrita em virtude do isolamento social, foi elaborado o projeto “Visita Virtual: #estamoscomvocê”. O objetivo de tal projeto foi promover o diálogo do paciente com os seus familiares através da comunicação virtual. Nesse projeto, o Serviço Social contou com a parceria do serviço de Fisioterapia, que viabilizava videochamadas nas enfermarias com o aparelho celular cedido pela instituição. Devido ao protocolo de isolamento, o acesso às enfermarias estava restrito aos profissionais envolvidos com os cuidados clínicos diretos com os pacientes.

que tripudiava sobre o sofrimento e a morte de dezenas de milhares de brasileiros, que promovia uma necropolítica, que exterminava povos indígenas, que assassinava negros, que destruía vidas. E aproveitou-se da pandemia para extinguir direitos, acentuar privilégios, destruir o meio ambiente e afrontar a democracia (Giovanella *et al.*, 2020).

Apesar de todo esse contexto desfavorável, o SUS demonstrou sua relevância, sendo extremamente necessário para o enfrentamento da crise sanitária. Se não fosse pelo SUS e pelos seus trabalhadores da saúde, a tragédia brasileira teria sido muito maior. Além disso, os assistentes sociais de todo o país estiveram na linha de frente, orientados pelo dever e compromisso profissional de enfrentamento da agudização das expressões da questão social em tempos de pandemia e políticas ultraneoliberais. A pandemia desvelou a desigualdade brasileira, e os assistentes sociais avançaram revelando as expressões dessas desigualdades que interferem no processo saúde-doença e suas particularidades relacionadas à Covid-19. Entre essas particularidades, os dados mostraram que a tragédia foi maior para aqueles com menor poder aquisitivo da classe trabalhadora e para os negros<sup>17</sup>. Essa população negra e empobrecida mais atingida pelo novo coronavírus constitui a maioria dos usuários do Serviço Social.

Por fim, concordamos com Soares, Correia e Santos (2021, p. 130), quando afirmam que:

Em meio ao flanco de contradições da pandemia, o Serviço Social, com seu projeto ético-político profissional, foi capaz de propor respostas mais qualificadas às demandas complexas da crise sanitária e das expressões da

---

17 “E a desigualdade mata: os dados já mostram maiores taxas de óbitos entre populações de menor renda e entre pessoas negras. Inquérito sorológico nacional realizado pela Universidade Federal de Pelotas (UFPel) mostrou que a incidência nos 20% mais pobres da população (4,1%) é mais do que o dobro da incidência entre os 20% de maior renda (1,8%)” (Giovanella *et al.*, 2020, p. 895).

questão social, a partir de estratégias coletivas de reflexão sobre a realidade e o planejamento, articulações interna e externa aos serviços, inclusive junto aos movimentos sociais, potencializando o tensionamento dos limites da relativa autonomia profissional, na defesa do SUS, da reforma sanitária e de uma sociedade emancipada. Enfim, na resistência pela vida de todos(as) e contra a barbárie.

## Referências

ABREU, M. M. **Serviço Social e organização da cultura: perfis pedagógicos da prática profissional**. São Paulo: Cortez, 2002.

BANCO MUNDIAL. **Propostas de Reformas do Sistema Único de Saúde Brasileiro**. Brasília: Banco Mundial, [2019]. Disponível em: <https://pubdocs.worldbank.org/en/545231536093524589/Propostas-de-Reformas-do-SUS.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2023.

BEHRING, E. R. **Brasil em Contra-Reforma: desestruturação do Estado e perda de direitos**. São Paulo: Cortez, 2003.

BRASIL . Ministério da Saúde. **Manejo de corpos no contexto do novo coronavírus – Covid-19**. 1. Ed. Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde, de 23 de março de 2020<sup>a</sup>.

BRASIL. **Decreto Nº 9.759, de 11 de abril de 2019**. Extingue e estabelece diretrizes, regras e limitações para colegiados da administração pública federal. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2019-2022/2019/decreto/d9759.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/decreto/d9759.htm). Acesso em: 20 ago. 2023.

BRASIL. **Decreto Nº 9.761, de 11 de abril de 2019**. Aprova a Política Nacional sobre Drogas. Disponível em: <https://www.>

planalto.gov.br/ccivil\_03/\_ato2019-2022/2019/decreto/d9761.htm. Acesso em: 20 ago. 2023.

BRASIL. **Emenda Constitucional Nº 95, de 15 de dezembro de 2016**. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm). Acesso em: 20 ago. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS Nº 639, de 31 de março de 2020**. Dispõe sobre a Ação Estratégica “O Brasil Conta Comigo - Profissionais da Saúde”, voltada à capacitação e ao cadastramento de profissionais da área de saúde, para o enfrentamento à pandemia do coronavírus (COVID-19). **Diário Oficial da União**, Brasília, 2 abr. 2020b, Seção 1, p. 76.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 639, de 31 de março de 2020**. Dispõe sobre a Ação Estratégica “O Brasil Conta Comigo - Profissionais da Saúde”, voltada à capacitação e ao cadastramento de profissionais da área de saúde, para o enfrentamento à pandemia do coronavírus (COVID-19). Disponível em: [https://bvsm.sau.gov.br/bvs/sau delegis/gm/2020/prt0639\\_02\\_04\\_2020.html](https://bvsm.sau.gov.br/bvs/sau delegis/gm/2020/prt0639_02_04_2020.html). Acesso em: 20 ago. 2023.

BRASIL. Senado Federal. **Relatório Final da Comissão Parlamentar de Inquérito da Pandemia (Instituída pelos Requerimentos nº 1.371 e 1.372, de 2021)**. Brasília, 26 out. 2021. Disponível em: <https://legis.senado.leg.br/sdleg-getter/documento/download/fc73ab53-3220-4779-850c-f53408ecd592>. Acesso em: 20 ago. 2023.

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.* (org.). **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: Cortez, 2006. Disponível em: <http://>

[www.fnepas.org.br/pdf/servico\\_social\\_saude/texto2-3.pdf](http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/texto2-3.pdf). Acesso em: 20 ago. 2023.

BRAVO, M. I. S.; MENEZES, J. S. B. Saúde em tempos de pandemia e as lutas da Frente Nacional contra a Privatização da Saúde. *In*: CABRAL, M. S. R.; ASSIS, I. M.; SOUZA, G. A. C. (org.). **Crise capitalista, pandemia e movimentos sociais**. São Paulo: PUC São Paulo, 2021. p. 60-79. Disponível em: [https://www5.pucsp.br/downloads2021/revista\\_Crise\\_capitalista.pdf](https://www5.pucsp.br/downloads2021/revista_Crise_capitalista.pdf). Acesso em: 20 ago. 2023.

BRAVO, M. I. S.; PELAEZ, E. J.; MENEZES, J. S. B. A saúde nos governos Temer e Bolsonaro: lutas e resistências. **SER Social**, Brasília, v. 22, n. 46, p. 191-209, 2020.

CALIL, G. A negação da pandemia: reflexões sobre a estratégia bolsonarista. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, 140, p. 30-47, jan./abr. 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ssoc/a/ZPF6DGX5n4xhfJNTypm87qS/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 20 ago. 2023.

CHESNAIS, F. **A mundialização do capital**. São Paulo: Xamã, 1996.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). **Orientação Normativa Nº 3/2020, de 31 de março de 2020**. Dispõe sobre ações de comunicação de boletins de saúde e óbitos por assistentes sociais. Brasília: CFESS, 2020a.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). **Parecer Jurídico Nº 05/2020-E, de 24 de abril de 2020**. Dispõe sobre a ausência de equipamentos de proteção individual – EPI para assistentes sociais. Brasília: CFESS, 2020b.

FRENTE NACIONAL CONTRA A PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE. **Site institucional**. 2020. <https://www.contraprivatizacao.com.br/>. Acesso em: 20 ago. 2023.

GIOVANELLA, L; MEDINA, M. G; AQUINO, R; BOUSQUAT, A. Negacionismo, desdém e mortes: notas sobre a atuação criminosa do Governo Federal brasileiro no enfrentamento da Covid-19. **Saúde em Debate CEBES**, Rio de Janeiro, v. 44, n. 126, p. 895-901, jul./set. 2020. Disponível em: <https://scielosp.org/pdf/sdeb/2020.v44n126/895-901/pt>. Acesso em: 20 ago. 2023.

HARVEY, D. **Condição pós-moderna**: uma pesquisa sobre as origens da mudança cultural. São Paulo: Loyola, 1993.

IAMAMOTO, M. V. A Questão Social no Capitalismo. **Temporalis**, Brasília, n. 2, p. 9-32, jan./jun. 2001.

IAMAMOTO, M. V. 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**. 1. ed. amp. Brasília: CFESS, 2012. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/atribuicoes2012-completo.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2023.

MATOS, M. C. (Des)informação nos serviços de saúde em tempos de pandemia da Covid-19: uma questão ética e uma requisição enviesada ao trabalho de assistentes sociais. **Em Pauta**, Rio de Janeiro, n. 48, v. 19, p. 124-138, 2021. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistaempauta/article/view/60300/38410>. Acesso em: 20 ago. 2023.

MATOS, M. C. A pandemia da Covid-19 e o trabalho de assistentes sociais na saúde. In: LOLE, A.; STAMPA, I.; GOMES, R. L. R. (org.). **Para além da quarentena**: reflexões sobre crise e pandemia. Rio de Janeiro: Mórula Editorial, 2020. Disponível em: <https://morula.com.br/wp-content/uploads/2020/06/ParaAlemDaQuarentena.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2023.

MBEMBE, A. **Necropolítica**. São Paulo: N-1 edições, 2018.



MENDES, A.; CARNUT, L. A crise do capital e a demolição da saúde pública: o neofascismo do Governo Bolsonaro. In: CABRAL, Maria do Socorro Reis; ASSIS, Isabelle Martins de; SOUZA, Geovana de Alcântara Cheloni (org.). **Crise capitalista, pandemia e movimentos sociais**. São Paulo: PUC São Paulo, 2021. p. 60-79. Disponível em: [https://www5.pucsp.br/downloads2021/revista\\_Crise\\_capitalista.pdf](https://www5.pucsp.br/downloads2021/revista_Crise_capitalista.pdf). Acesso em: 20 ago. 2023.

OMICRON é o nome da nova variante da Covid-19, que tem grande número de mutações. **ONU News**, 26 nov. 2021. Disponível em: <https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:z-kLUh7AtWsJ:https://news.un.org/pt/story/2021/11/1771762&cd=9&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br>. Acesso em: 17 jan. 2022.

SOARES, R. C.; CORREIA, M. V. C; SANTOS, V. M. Serviço Social na política de saúde no enfrentamento da pandemia da Covid-19. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 140, p. 118-133, jan./abr. 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ssoc/a/B3QvfrsQcsNy6H3vP5ZrTmS/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 20 ago. 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard**. 2023. Disponível em: <https://covid19.who.int>. Acesso em: 31 mar. 2023.

# CAPÍTULO 5

## DETERMINAÇÃO SOCIAL DA SAÚDE: PERSPECTIVA FUNDAMENTAL PARA O DEBATE DO SERVIÇO SOCIAL

Kathleen Elane Leal Vasconcelos<sup>1</sup>

### Notas introdutórias

A perspectiva da determinação social da saúde (PDSS), subjacente à concepção ampliada de saúde, que embasa o Movimento da Reforma Sanitária e a concepção do Sistema Único de Saúde (SUS), é fundamental para refletir sobre o trabalho da/o assistente social na área.

Tal concepção, que emerge nos anos 1970, questiona a compreensão da doença enquanto fenômeno puramente biológico, alargando a definição de saúde e apreendendo as relações entre esta e as condições de vida, o que remete “[...] ao sistema de produção capitalista e à mercantilização da saúde, ou seja, à determinação estrutural na produção e distribuição da doença” (Correia; Alves, 2021, p. 9).

Cabe alertar que o debate sobre essa relação entre saúde e condições de vida – ainda que aparentemente consensual – possui tensões ideológicas de fundo, gerando duas correntes principais: a

---

1 Professora Associada do Departamento de Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB); integrante do Núcleo de Pesquisa em Política de Saúde e Serviço Social (NUPEPSS).

PDSS e a dos Determinantes Sociais da Saúde (DSS), que estão associados a distintas perspectivas teórico-políticas, conforme veremos adiante.

Consideramos que o contexto pandêmico colocou, de maneira muito contundente, a necessidade de aprofundamento da discussão em torno desse tema, visto que a Covid-19 “encarnou”, de maneira macabra, a PDSS. O contexto pandêmico expôs, de forma cruel e terrível, o quanto o processo de saúde-doença é produzido socialmente e precisa ser enfrentado não apenas pelo setor de saúde, mas em articulação com as várias políticas sociais; que sua explicação e análise não cabem apenas às ciências da saúde, pois requerem a colaboração dos conhecimentos de várias outras áreas, como as Ciências Sociais e Humanas, e a Geografia da Saúde, entre outras; que a atuação no processo de saúde-doença não deve estar centrada nos serviços de saúde, uma vez que requer intersectorialidade; que o trabalho em saúde não deve ter como centro o profissional de medicina, dado que requisita uma equipe interprofissional.

Enfim, ficou ainda mais evidente a necessidade da apropriação, por parte de nossa categoria, do debate acerca da Determinação Social da Saúde. O ensaio em tela objetiva trazer contribuições para essa discussão. Inicia-se tecendo considerações sobre a associação entre saúde e condições de vida. Em seguida, discorre-se sobre o significado da PDSS, apresentando algumas reflexões sobre a Covid-19; adiante, contextualiza-se os DSS. Por fim, reflete-se sobre a importância da PDSS para o Serviço Social.

### **A associação entre saúde e condições de vida: breve histórico**

Ao buscar as origens da discussão sobre saúde e condições de vida, é possível identificar, a partir do final do século XVIII, no bojo do processo de consolidação do capitalismo, a formulação de uma literatura “social” sobre saúde e doença pautada na compreensão

de que desigualdades sociais e econômicas geram desigualdades sanitárias<sup>2</sup> (Carvalho; Buss, 2008).

Nesse bojo, configura-se uma vertente denominada de Medicina Social, cujas proposições estavam relacionadas às mobilizações políticas da classe trabalhadora. Os reformadores propunham a medicina como uma ciência social, que teria por base alguns princípios:

1) a saúde das pessoas é um assunto de interesse societário direto e que a sociedade tem a obrigação de proteger e assegurar a saúde de seus membros; 2) as condições sociais e econômicas têm um importante e – em muitos casos – crucial impacto sobre a saúde e a doença e que estas relações devem ser submetidas à investigação científica; 3) os passos tomados para promover a saúde e combater a doença devem ser tanto sociais como médicos (Rosen, 1983, p. 52).

Segundo o autor em foco, com a derrota do movimento revolucionário, o movimento de reforma médica, nos países em que ocorreu, encerrou-se rapidamente: uma vez que a burguesia conquistara também o poder político, a politização da saúde passou a não fazer mais parte de seu programa<sup>3</sup>.

---

2 Um clássico estudo que, de maneira contundente, retrata tal realidade, é o de Engels (1980), escrito em 1842, intitulado “Situação da Classe Trabalhadora na Inglaterra”, no qual descreve de maneira crua as aviltantes condições em que viviam os(as) operários(as) e indica suas relações com as condições de saúde.

3 Apesar disso, segundo Silva Júnior (1997), o programa reformista influenciou a tessitura de ações governamentais, como a incorporação de parte das reivindicações do movimento médico-social por Bismark, num processo que influenciou diversos outros países, através da “[...] intervenção nas condições de trabalho, na proteção de mulheres e crianças e no saneamento das cidades” (Silva Júnior, 1997, p. 36).

Nesse quadro, a perspectiva monocausal da doença, com base na ideia de que a enfermidade teria apenas uma causa, oriunda de um germe, que vai conformar a base inicial do modelo biomédico<sup>4</sup>, paulatinamente ganha força. Tal enfoque, a partir de 1860, passa a adquirir grande visibilidade e se apoia

[...] em uma nova concepção do corpo (até então “máquina humana”), na adoção de novas bases para a investigação médica (patologia, anatomia patológica e fisiológica) e na implementação de ações curativas consistentes na reparação instrumental de segmentos isolados dessa “máquina corporal” (Nunes, 1980, p. 16).

Tais ideias resultarão, segundo o autor citado, em diversas consequências, tais como um enfrentamento frontal das enfermidades agudas pela via da imunização e do tratamento; o foco na doença e a perda do interesse da medicina pelos aspectos não biológicos do adoecimento; uma euforia que levava à ideia da erradicação de todas as doenças; e a reorganização da formação médica. Nesse bojo, “ao lado de notáveis façanhas sanitárias, que permitiram o controle de inúmeras doenças infecciosas, a dimensão social e o pensamento social em saúde, paradoxalmente, ficaram adormecidos ou negligenciados por quase um século” (Carvalho; Buss, 2008, p. 145).

---

4 Segundo Camargo Júnior (2005), a racionalidade biomédica tem como fundamento principal a biologia e toma como base a racionalidade mecânica clássica, isolando os componentes, que são reintegrados posteriormente em seus “mecanismos” originais. O todo seria formado pela soma do funcionamento das partes. O adoecimento seria, portanto, um mau funcionamento de alguma das partes. É importante indicar que a racionalidade biomédica gera a organização de um processo de trabalho focado na atenção curativa individual, tendo o médico como sujeito central, decidindo sobre o diagnóstico, os exames e a terapêutica e delegando tarefas aos demais profissionais (Merhy, 2002). Nesse cenário, fica subentendido o papel secundário que assumem as demais profissões de saúde – inclusive o Serviço Social – nos serviços de saúde regidos por tal lógica.

Embora a Organização Mundial de Saúde (OMS), ainda em 1948, tenha traçado o conceito de saúde como completo bem-estar físico, mental e social, as formulações sobre a relação da saúde com a vida social só adquirem novamente visibilidade em fins da década de 1970.

Isso ocorre em um cenário caracterizado pela crise do capitalismo e dos altos custos da assistência médica ocasionados pela hegemonia do modelo biomédico; pelo agudizamento das desigualdades sociais e, conseqüentemente, pela ampliação das desigualdades sanitárias; pela eclosão de movimentos sociais combativos e reivindicações em torno da saúde como direito; assim como pela frustração com resultados da biomedicina, cada vez mais submissa aos interesses do complexo médico-industrial e responsável por, ela própria, produzir riscos e danos (Carvalho, Buss, 2008).

Assim, num contexto de questionamentos ao modelo biomédico e de reconhecimento das suas limitações em compreender e explicar a saúde em suas múltiplas dimensões, algumas ideias da Medicina Social do Século XIX são retomadas. No entanto, como sua precursora não era homogênea em termos ideopolíticos, a discussão na cena contemporânea também não o é.

As produções dos últimos dez anos, no campo teórico-metodológico e no campo político, tornaram patentes as distintas visões sobre os DSS, seja na formulação de modelos de atenção sedimentando uma determinada concepção de saúde, tanto na definição das políticas, como na adoção do modelo de atenção e financiamento, como ainda no âmbito da gestão dos sistemas de saúde (Nogueira, 2009, p. 47).

Deste modo, apesar da semelhança desse considerar o “social” como importante componente na definição do processo de saúde-doença, há importantes distinções entre os termos utilizados no debate que considera a relação entre a saúde e as condições de

vida, dando origem a duas principais vertentes. A primeira é denominada de “determinantes sociais da saúde” (DSS); a segunda, de “determinação social da saúde”. Vejamos.

### **Determinação Social da Saúde: breves considerações**

A PDSS está presente nas concepções da Medicina Social Latino-Americana<sup>5</sup> e da Saúde Coletiva (SC) brasileira. Ambas esboçam críticas à racionalidade biomédica e são influenciadas pelas ciências sociais referenciadas no marxismo.

Nesse sentido, põem em relevo as limitações da lógica explicativa das endemias e epidemias com base na dinâmica específica dos micro-organismos. Tal abordagem, contudo, não nega a determinação biológica das condições de saúde, mas busca perceber como o “[...] conjunto das relações sociais, com todas as suas contradições, conflitos, tensões e movimentos” (Souza, 2020, p. 188), influencia e determina o processo de saúde-doença.

Como mostra Berlinguer (1987), as doenças são distintas de acordo com as épocas, as regiões e as classes sociais. Elas são um dos espelhos mais efetivos da forma como o ser humano se relaciona com a natureza, da qual faz parte, pela via do trabalho, da técnica e da cultura, ou seja, das relações sociais (Berlinguer, 1987).

Na sociedade hodierna, é fundamental apreender as “determinações contraditórias e simultâneas decorrentes de necessidades do capital e do trabalho” (Teixeira, 1989, p. 18) e suas relações com as condições de vida e de saúde das populações.

Breilh (2008) situa que as formas de produção e reprodução da sociedade capitalista geram distinções abissais nas condições (e

---

5 A Medicina Social latino-americana tanto influenciou quanto foi alimentada pela SC brasileira. São marcos fundamentais desse processo os trabalhos de Juan Cesar Garcia, Cristina Laurell, Jaime Breilh, Cecilia Donangelo e Sérgio Arouca, entre outros(as).

na qualidade) de vida das classes sociais, gênero e etnias, evidenciando diferentes perfis de saúde, doença e atenção à saúde.

Às iniquidades por classe social devem se somar as iniquidades geradas pelo patriarcado; expressas nas diversas formas de discriminação de gênero e o eurocentrismo expressado nas diversas relações coloniais de racismo que se tecem entre povos originários e/ou culturas subalternas com as culturas hegemônicas [...] (Breilh, 2008, p. 40).

Nesse bojo, a PDSS se refere às várias formas possíveis de conhecer, de modo mais concreto ou específico, as relações entre saúde e sociedade, abrangendo a noção de causalidade, mas sem se restringir a ela (Nogueira, 2009). A PDSS não se apoia, portanto, em uma relação mecanicista de causa e efeito, mas em uma interpretação dialética, que compreende a saúde como parte de um movimento entre determinação e autonomia relativa (Breilh, 2021, p. 1).

Breilh (2021) menciona que, embora as primeiras produções em torno da PDSS focalizassem o papel das classes sociais e do processo de trabalho nos diferenciais de saúde e doença, em momento posterior, passaram a incorporar o papel dos significados e da subjetividade para a produção da saúde, a partir de uma perspectiva de poder, resistência e conflito<sup>6</sup>. Nessa direção, Leal e Castro (2022, p.4) acrescentam que a PDSS considera também a “[...] articulação entre a objetividade e a subjetividade, entre a sociedade/forma de produzir e a individualidade”.

Após essas considerações mais gerais, a título de ilustração (por ser um tema fundamental para a nossa época e que ainda

---

6 O texto de Breilh (2021) faz parte de um acalorado debate sobre a PDSS, que veio à tona recentemente, no Brasil, a partir de um artigo de Minayo (2021), que criticou essa corrente, entre outros aspectos, por considerá-la determinista e por supostamente ela desconsiderar as dimensões da subjetividade humana na análise do processo de saúde-doença.



demanda muitas análises), esboçaremos, a seguir, algumas reflexões sobre a Covid 19 a partir do aporte da PDSS.

## **Brevíssimas considerações sobre a Determinação Social da Pandemia de Covid 19<sup>7</sup>**

A *priori*, vale situar que, mesmo que o Sars-Cov-2 seja o elemento biológico desencadeador da pandemia e de suas repercussões na saúde, “[...] no es menos cierto que sus procesos de transformación genómica, transmisión y virulencia no se dan en el vacío, sino que son socialmente determinados” (Breilh, 2020, p. 13). A pandemia de Covid 19, portanto, se inscreve no processo histórico contemporâneo: o surgimento, o espriamento e as consequências da pandemia para a nossa sociabilidade são determinados socialmente e possuem forte relação com as características do capitalismo predatório atual.

De acordo com Silva (2020) e Wallace (2020), o surgimento de novos vírus está associado à forma como o capitalismo atual organiza suas atividades produtivas, através da expansão do agrogonegócio e do uso da terra enquanto ativo financeiro; da produção agropecuária em grande escala; e da expropriação dos povos do campo (Fontes, 2020). Pode-se acrescentar o comércio de animais selvagens e exóticos (como na China), a manipulação genética, a disseminação do turismo depredador e os abusos do consumo de antibióticos, entre outras práticas.

O espriamento do vírus por todo o globo ocorreu não apenas em virtude de sua altíssima transmissibilidade, mas se deu pelas trilhas do comércio internacional: de acordo com Souza (2020), a rápida disseminação da Covid-19 está associada à nova dinâmica espaço-temporal resultante da mundialização do capital, como

---

7 Foge ao escopo deste trabalho uma discussão mais aprofundada sobre o tema. Aqui, indicamos apenas alguns elementos centrais para se pensar sobre a determinação social da pandemia.

indica o autor citado, e da reconfiguração das fronteiras geopolíticas, visando extinguir obstáculos ao intenso circuito do capital; da hegemonia dos grupos transnacionais; da “compressão espaço-tempo e dinâmica da acumulação flexível – papel que cumpre hoje a indústria 4.0 com os processos de *e-commerce*, a uberização do trabalho, a explosão de *startups* e a tendência, cada vez maior, de relações instantâneas por via digital” (Souza, 2020, p. 2471).

Os dados relativos à morbimortalidade relacionados ao Sars-Cov-2 também estão intimamente relacionados às medidas adotadas pelos diversos países para evitar solapar os serviços de saúde diante da Covid-19, bem como à forma de organização prévia dos serviços de saúde locais, que, especialmente nos países periféricos, eram ou vinham sendo fragilizados, em virtude de características sócio-históricas e das repercussões das políticas neoliberais (Harvey, 2020; Davis, 2020; Santos *et al.*, 2023; Wallace, 2020), de tal modo que diminuiriam gastos públicos e incrementaram a participação do setor privado nos serviços de saúde, o que trouxe consequências para a resposta dos países frente à emergência sanitária.

Somado a isso, apesar de poder afetar todas as pessoas indiscriminadamente, não fazendo distinção social em seu contágio, “[...] o progresso da Covid-19 exhibe todas as características de uma pandemia de classe, de gênero e de raça” (Harvey, 2020, p. 21). Desse modo, os grupos populacionais são os mais desprotegidos socialmente, como os mais pobres, os negros, os indígenas, os ribeirinhos, as mulheres, os idosos, entre outros. Tal “vulnerabilidade”, porém, não é decorrente da pandemia: “o impacto econômico e demográfico da disseminação do vírus depende de fissuras e vulnerabilidades preexistentes no modelo econômico hegemônico” (Harvey, 2020, p. 16).

Destarte, num cenário como o brasileiro, de desmonte das políticas sociais e de acirramento das desigualdades, a determinação social está associada tanto às condições de enfrentamento quanto às mortes relacionadas ao vírus (Soares; Correia; Santos, 2021). Por exemplo, a primeira medida preconizada para a prevenção contra a Covid-19 foi a higienização das mãos. Porém, segundo

o Sistema Nacional de Informações sobre Saneamento (SNIS, 2018 *apud* Soares; Correia; Santos, 2021, p. 11), “33.129.083 milhões de brasileiras/os não têm acesso a água encanada e 1.717.980 milhões de habitações sequer têm banheiro dentro de casa [...] O país tem 12,8 milhões de desempregados e 30,8 milhões de trabalhadores informais”. Nesse cenário, conforme as mencionadas autoras, era papel do Estado implementar medidas que possibilitassem a proteção da maior parte da população.

Contudo, as políticas adotadas no Brasil, sob Bolsonaro, por exemplo, foram tardias (como o Auxílio Emergencial, que foi implementado após grandes pressões dos parlamentares de oposição ao governo), descoordenadas, priorizando os interesses dos grupos privados, sem priorização dos grupos mais vulneráveis, o que levou, por exemplo, a ao menos seis denúncias do ex-presidente ao Tribunal Penal Internacional, por crimes contra a humanidade e genocídio.

Nessa perspectiva, o enfrentamento da Covid-19 sob Bolsonaro se deu no bojo de um contexto mundial de polarização política e disseminação de uma onda neoconservadora, que aglutinou preconceitos, *fake news* e negacionismo. O projeto necropolítico de Bolsonaro se expressou com clareza horripilante durante a gestão do período pandêmico.

O governo federal não teve interesse em desenvolver uma resposta nacional coordenada e efetiva para enfrentamento da Covid-19. Ao contrário, apoiado no negacionismo e em uma equivocada e imoral ideia de “imunidade de rebanho”, conforme Reis, Ventura e Aith (2022), o governo produziu uma “propagação institucional do vírus”; criou uma falsa polarização entre saúde e economia; incentivou a quebra do pacto federativo, não assumindo o papel de coordenação da gestão, gerando uma execução desordenada de medidas por parte dos demais entes federativos; rejeitou o uso de medidas não farmacológicas de contenção do vírus; preconizou o uso do suposto “tratamento precoce” (com propaganda de medicamentos ineficazes contra a Covid-19); atrasou a implementação de uma efetiva campanha de vacinação; executou uma verdadeira

cruzada de negação científica e desinformação, apoiada pelas associações médicas brasileiras de direita, o que “[...] amplificou a gravidade do [sic] Covid-19, principalmente entre a população idosa (Xavier *et al.*, 2022). Além disso, a posição política do governante e de seus seguidores (ao se negarem a usar máscara e a realizar o distanciamento social, por exemplo) também trouxe repercussões para os dados de morbimortalidade pela doença.

Não é à toa, por exemplo, que o Brasil, mesmo possuindo um resiliente Sistema Único de Saúde (Reis, Ventura, Aith, 2022), tenha ficado em toda a pandemia nas primeiras posições do *ranking* mundial de mortes por Covid-19. Embora possua cerca de 2,7% da população mundial, ocupa a segunda posição no número de óbitos (atrás apenas dos EUA), com 11,55% (Xavier *et al.* 2022), perfazendo um total de 704.794 mortes por Covid 19 até 10/08/2023, segundo dados do Painel Coronavírus, do Ministério da Saúde.

Pelo exposto, podemos perceber que a PDSS traz importantes elementos para analisar e explicar o processo de saúde-doença numa perspectiva de totalidade, indo além de sua aparência fenomênica. Após tais considerações, situaremos, a seguir, a perspectiva dos DSS.

## **O significado dos Determinantes Sociais da Saúde**

Inicialmente, vale indicar que conceito de DSS também considera os aspectos sociais na apreensão e no enfrentamento do adoecimento e reconhece que a desigualdade social tem influência decisiva nos padrões de morbimortalidade da população, porém com base em outros fundamentos teórico-políticos (Vasconcelos, 2013).

A ideia dos DSS vem sendo amplamente divulgada pela OMS, estando presente em diversos eventos e documentos elaborados por esse organismo, especialmente nas proposições em torno da Atenção Primária à Saúde, da Promoção da Saúde (Vasconcelos, 2013) e das Metas do Milênio (Wiese, 2020).

Cabe situar que, embora disseminada a partir dos anos 1970 pela OMS, na década de 2000 ocorre uma retomada dessa discussão, justamente num contexto no qual ocorreu uma guinada no discurso das agências multilaterais, inclusive do Banco Mundial (principal executor e difusor dos ajustes estruturais), em relação às proposições neoliberais<sup>8</sup> para os países periféricos (Vasconcelos, 2013).

Essa perspectiva de revisão ideológica do neoliberalismo, que Branco (2012) denomina de social-liberalismo, seria uma tentativa da classe dominante de dar resposta às variadas tensões resultantes do acirramento das expressões da questão social advindas dos ajustes estruturais decorrentes da implementação do neoliberalismo, conformando uma nova hegemonia<sup>9</sup>. Essa corrente ideológica critica as proposições mais ortodoxas do neoliberalismo – como o Estado mínimo e a desregulamentação irrestrita –, reconhecendo os males advindos da aplicação de tal ideário. Nesse sentido, apresenta uma nova agenda mundial, no limiar do capitalismo, baseada na ideia de que o crescimento da economia de mercado pode conviver com a cooperação social.

Nesse contexto, a discussão dos DSS reemerge e a OMS cria, em 2005, a *Commission on Social Determinants of Health* (Comissão Mundial dos Determinantes Sociais da Saúde – CSDH), num processo seguido por vários países, inclusive pelo Brasil.

A retomada da discussão dos DSS tem o mérito de dar destaque à relação entre saúde e condições de vida e realizar a abertura internacional para novas discussões conceituais e políticas sobre a saúde (Garrafa; Cordon, 2009). Na avaliação de Nogueira (2009), o relatório da CSDH apresenta uma faceta progressista, por considerar a necessidade de diminuir as desigualdades em saúde via

---

8 É importante destacar que, no contexto atual de crise da União Europeia, a receita neoliberal vem sendo utilizada em vários países centrais, ao mesmo tempo em que diversos movimentos sociais se colocam frontalmente contra tal ideário.

9 Longe de ser uma proposição radicalmente nova, de acordo com Lima e Martins (2005), o social-liberalismo coloca uma nova roupagem no projeto burguês, preservando as bases neoliberais, agregando-o a componentes centrais do reformismo social-democrata.

conjunto amplo de políticas sociais e de iniciativas que envolvam o governo, a sociedade civil e a empresa privada, bem como por ultrapassar o enfoque tradicional do risco (que enfatiza fatores bio-médicos e comportamentais) e voltar à atenção para efetivação de políticas sociais e econômicas que beneficiem a saúde da população como um todo.

Não obstante a reconhecida importância da criação da CSDH e da retomada do debate sobre os DSS, diversas críticas vêm sendo realizadas ao debate empreendido pela OMS. Uma delas, já denunciada por Arouca (2003) em relação ao preventivismo, refere-se ao aporte utilizado no debate dos determinantes: o modelo da epidemiologia tradicional, no qual os DSS aparecem unicamente na qualidade de fatores causais de morbidade e mortalidade (Tambellini; Schutz, 2009; CEBES, 2009), sendo reduzidos a fatores. Arouca (2003, p. 171) já chamava a atenção que a noção de causa, em epidemiologia,

[...] distribui os caracteres dos elementos em um espaço plano de identidade de essências, ou seja, iguala-se o estado econômico do paciente com o soro que permanece nas seringas, com a higiene deficiente, com as características biológicas do vírus da hepatite, com o conhecimento terapêutico etc. Diferentes variáveis encontram a sua pertinência à estrutura através dos testes estatísticos e abrem um espaço infinito para novas associações.

Isso termina por colocar “[...] no mesmo patamar todos os determinantes, não destacando a primazia da determinação social a partir da conformação capitalista de organização social” (Miotto; Nogueira, 2009, p. 227).

Essa lógica cruza algumas variáveis abstratas para chegar a um DSS (CEBES, 2009; Nogueira, 2009), concluindo o óbvio, por exemplo, que a população pobre tem piores condições e indicadores de

saúde do que as pessoas ricas (CEBES, 2009). Nessa perspectiva, o conceito de determinantes sociais é puramente empírico. Não existiria aí nenhum tipo de teoria da sociedade de caráter crítico ou ao menos explicativo, conforme alerta o Cebes (2009). Leal e Castro (2022) acrescentam que a análise dos DSS não ultrapassa a imediatividade dos fenômenos, não alcançando os fundamentos que os geram: “a ideia de que as desigualdades são estruturais, constituintes desta sociabilidade e que repercutem na configuração da saúde e na vida dos sujeitos sociais” (Leal; Castro, 2022, p. 5).

Assim, de acordo com o CEBES (2009), é problemático na concepção do DSS acreditar que a atuação nos “fatores de risco” pode minimizar a determinação social, sem que se transformem as condições sociais. Haveria aí uma abordagem gerencialista, cooptada pelo *establishment* econômico, “no sentido de que admitem a necessidade de discussão de correções dos efeitos indesejáveis do modelo de acumulação capitalista, mas que de nenhuma maneira se propõem a mudá-lo” (Tambellini, Schutz, 2009, p. 377).

A discussão sobre os DSS, portanto, faria uma convocatória asséptica do tema da injustiça social (CEBES, 2009), sendo apenas sinalizados os processos que geram adoecimento, mas “[...] evitando entrar na essência das razões” que o criam (Garrafa; Cordon, 2009, p. 389). Isso porque as iniquidades que causam adoecimento e morte das pessoas estão relacionadas a sujeitos e a grandes interesses econômicos e políticos que precisam ser identificados e combatidos (CEBES, 2009).

Depois de situarmos, ainda que de forma sintética, as perspectivas que se colocam no debate sobre a saúde e as condições sociais, vale resgatar a ideia de que, como alertam Leal e Castro (2022), o debate entre a PDSS e os DSS, que configura uma “dança dos conceitos”, não diz respeito apenas a uma questão terminológica, pois evidencia distinções fundamentais na compreensão do significado do processo de saúde-doença e na forma de analisar a sociedade.

## **A importância da perspectiva da Determinação Social da Saúde para o Serviço Social**

Embora a discussão sobre a PDSS esteja presente na Saúde Coletiva desde os anos 1970, no Serviço Social brasileiro, como alerta Nogueira (2009), esse debate não vinha se destacando na agenda profissional. Vasconcelos (2013) alertava que, aparentemente, as importantes distinções entre a PDSS e os DSS não vinham sendo percebidas e explicitadas na maioria dos textos da área.

Recentemente, alguns estudos têm se debruçado sobre a temática, chamando a atenção para a importância do diálogo entre a PDSS e o Projeto Ético-Político do Serviço Social (Nogueira, 2017); analisando a incorporação de tal aspecto na nossa área; problematizando sua apropriação nas mediações teórico-práticas, especialmente no campo dos instrumentais (Carvalho, 2019); e discutindo a importância da PDSS para o posicionamento da categoria face à pandemia (Wiese, 2020; Leal, Castro, 2022). Wiese (2021) propõe a retomada do debate sobre o tema como parte de um processo de resgate de conceitos teóricos que colaborem para uma prática reflexiva e crítica diante das contraditórias e complexas demandas colocadas pela pandemia.

Isto porque, de acordo com o CFESS (2010), o trabalho da/o assistente social na área da saúde “[...] passa pela compreensão dos determinantes sociais, econômicos e culturais que interferem no processo saúde-doença e na busca de estratégias político-institucionais para o enfrentamento dessas questões” (CFESS, 2010, p. 26). Nessa perspectiva, Costa (2010, p. 37) assinala que os assistentes sociais, no setor sanitário, são requisitados para atuarem “entre relações e determinações sociais que envolvem os níveis de saúde e as condições de vida da população”.

Nessa perspectiva, a discussão sobre a PDSS – fundamental para se refletir sobre o trabalho da/o assistente social na área, bem como para analisar as demandas que se colocam no cotidiano institucional – precisa ser adensada em nossa categoria profissional. Evidentemente, a compreensão de que “[...] a saúde é uma das



expressões da questão social” (Wiese, 2020, p. 149) está presente no Serviço Social. No entanto, é importante considerar que, além do aporte advindo do debate geral da profissão, para uma atuação atendida com os princípios do SUS e da Reforma Sanitária, as/os assistentes sociais precisam também de referências do campo da saúde para iluminar e legitimar suas ações (Nogueira, 2015). Nesse sentido, essa autora defende a necessidade de suportes teóricos que contribuam para uma leitura crítica da realidade, bem como para a construção de respostas às demandas do SUS, posto que “[...] a legitimidade e o reconhecimento profissional dependem [também] da clareza teórica e da qualidade técnica do exercício profissional” (Nogueira, 2015, p. 49).

Tal quadro nos remete à necessidade de ampliação e consolidação do arsenal heurístico necessário ao trabalho do/a assistente social no setor, que demanda, em nossa análise, a retomada das bases da Saúde Coletiva e o aprofundamento da discussão das perspectivas críticas das Ciências Sociais em saúde, especialmente sobre a PDSS, visto que esta propõe a superação do capitalismo, um sistema que, em si, é patogênico (Berlinguer, 1987). Cabe alertar, porém, que a PDSS coloca também questões práticas para o trabalho em saúde: sendo produção social, a saúde não pode ser explicada e enfrentada apenas pelo setor, já que demanda um arcabouço teórico mais amplo, que requer a interdisciplinaridade interprofissionalidade e intersetorialidade não apenas em sua análise, mas em seu enfrentamento.

A ação profissional deve pressupor o trabalho coletivo multiprofissional e intersetorial, pois demonstra que a direção profissional que a/o assistente social imprime em sua intervenção, parte do entendimento de que articular as demandas sociais da população atendida não é possível de forma isolada e não atrelada a todo o sistema de proteção social que se dispõem, neste momento, na realidade brasileira (Wiese, 2020, p. 156).

Por fim, consideramos que, no atual contexto pós-pandêmico, mais do que nunca, é preciso que tenhamos clareza de que, como apregoava Berlinguer (1988 *apud* Correia, Alves, 2021), para se produzir saúde, é imprescindível transformar o comportamento cotidiano; o modo de vida; a produção, a circulação e o consumo; a participação nas atividades coletivas; o projeto político dos dirigentes/governantes/gestores e o envolvimento suprapartidário. É necessária uma revolução profunda que penetre a vida cotidiana de cada pessoa.

## Referências

AROUCA, Sergio. **O dilema preventista**: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

BERLINGUER, G. **O capital como fator patógeno**: medicina e política. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 1987.

BRANCO, R. C. (org.). O social-liberalismo brasileiro e a miséria ideológica da economia do bem-estar. *In*: MOTA, A.E. (org.). **Desenvolvimentismo e construção de hegemonia**: crescimento econômico e reprodução das desigualdades. São Paulo: Cortez, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Painel Coronavírus**. c2023. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>. Acesso em 10/08/2023.

BREILH, Jaime. La categoría determinación social como herramienta emancipadora: los pecados de la “experticia”, a propósito del sesgo epistemológico de Minayo. **Cadernos de Saúde Pública**, [S. l.], v. 37, n. 12, 2021. Disponível em: CSP\_2376\_21\_pecados\_es.indd (scielosp.org). Acesso em: 10 ago. 2023.

BREILH, Jaime. Covid-19: Determinación social de la catástrofe, el eterno presente de las políticas y la oportunidad de repensarnos. In: RODRÍGUEZ, Esteban *et al.* **Posnormales, pensamiento contemporáneo en tiempos de pandemias**. Buenos Aires: Aspo, 2020.

CAMARGO JÚNIOR, K. R. A Biomedicina. **Physis: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, n. 15 (sup.), p. 177-201, 2005.

CARVALHO, G. A. **Determinação social da saúde e Serviço Social**: concepções que norteiam o trabalho do/a Assistente Social no atual contexto do SUS. 2019. 130 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Centro de Ciências Sociais Aplicadas, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2019.

CARVALHO, I.; BUSS, P. M. Determinantes sociais na saúde, na doença e na intervenção. In: GIOVANELLA, L. *et al.* (org.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE (CEBES). Proposições sobre Determinantes Sociais elaboradas pela diretoria do CEBES para o 1º Simpósio de Políticas e Saúde (UFF). In: SIMPÓSIO DE POLÍTICAS E SAÚDE, 1., 2009, Rio de Janeiro. **Anais [...]**. Rio de Janeiro: CEBES, 2009. p. 1-9. Disponível em: <http://www.cebes.org.br/media/File/DETERMINANTES SOCIAIS3.pdf>. Acesso em: 15 ago. 2023.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). **Parâmetros para atuação de assistentes sociais na Política de Saúde**. Brasília: CFESS, 2010.

CORREIA, Maria Valéria Costa; ALVES, Pâmela Karoline Lins. Pandemia, desigualdade social, determinação social do processo saúde e doença: quem são os mais atingidos? In: CORREIA, Maria Valéria Costa; LIMA, Aruã Silva de (org.). **Determinação Social da saúde e enfrentamento da Covid-19**: o lucro acima da vida.

Maceió: Edufal, 2021. Disponível em: <https://www.repositorio.ufal.br/jspui/bitstream/123456789/8899/1/DETERMINACOES%20E%20PANDEMIA%20.FINALIZADO%20%281%29.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2023.

COSTA, M. D. H. **Serviço Social e Intersetorialidade**: a contribuição dos assistentes sociais para a construção da intersectorialidade no cotidiano do Sistema Único de Saúde. 2010. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2010.

DAVIS, M. **A peste do capitalismo**: coronavírus e a luta de classes (pandemia capital). Campinas: Boitempo, 2020.

ENGELS, F. **A origem da família, da propriedade privada e do Estado**: trabalho relacionado com as investigações de L. H. Morgan. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1980.

FONTES, Virgínia. Na tragédia da pandemia (Prefácio). In: BRAVO, M. I. S.; MATOS, M. C.; FREIRE, S. M. F. (org.). **Políticas sociais e ultraneoliberalismo**. Uberlândia: Navegando Publicações, 2020. Disponível em: <https://www.editoranavegando.com/livro-pol%C3%ADticas-sociais-e-ultraneol>. Acesso em 17 ago. 2021.

GARRAFA, V.; CORDON, J. Determinantes sociais da doença. **Revista Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 83, set./dez. 2009.

HARVEY, David. Política anticapitalista em tempos de coronavírus. **Blog Boitempo**, 24 mar. 2020. Disponível em: <https://blogdaboitempo.com.br/2020/03/24/david-harvey-politica-anticapitalista-em-tempos-de-coronavirus/>. Acesso em: 10 set. 2023.

LEAL, L. M.; CASTRO, M. M. C. Determinação social da saúde e Covid-19: fundamentos para o trabalho do assistente social na crise sanitária. **Emancipação**, Ponta Grossa, v. 21, p. 1-14, 2022. Disponível em: <https://revistas.uepg.br/index.php/emancipacao/article/view/18178>. Acesso em: 16 ago. 2023.

LIMA, Kátia Regina de Souza; MARTINS, André Silva. Pressupostos, Princípios e Estratégias. In: NEVES, Lúcia Maria Wanderley (org.). **A Nova Pedagogia da Hegemonia: estratégias do capital para educar o consenso**. São Paulo. Xamã, 2005.

MERHY, E. E. **Saúde**: Cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec; Washington (DC): OPAS, 2002.

MINAYO, M. C. Determinação social, não! Por quê? **Cadernos de Saúde Pública**, [S. l.], v. 37, n. 12, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/qCJn9YH3zYqFSWt5dcvPfqC/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 5 out. 2023.

MIOTO, R. C. T.; NOGUEIRA, V. M. R. Serviço Social e Saúde: desafios intelectuais e operativos. **Revista Ser Social**, Brasília, v. 11, n. 25, 2009.

NOGUEIRA, D. O. **Determinação Social da Saúde e Serviço Social**: contribuições para o debate. 2017. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Universidade Estadual Paulista, Franca, 2017. Disponível em [https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/152780/Nogueira\\_DO\\_me\\_fran.pdf?sequence=3&isAllowed=y](https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/152780/Nogueira_DO_me_fran.pdf?sequence=3&isAllowed=y). Acesso em 10 ago. 2022.

NOGUEIRA, R. P. Determinantes, determinação e determinismos sociais. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 83, p. 397-406, set-dez. 2009.

NOGUEIRA, V. M. R. Determinantes sociais de saúde e a ação dos assistentes sociais: um debate necessário. **Revista Serviço Social & Saúde**, Campinas, v. 10, n. 2, p. 45-72, dez. 2015. Disponível em: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/sss/article/view/8634832>. Acesso em: 12 maio 2023.

NUNES, E. D. Medicina Social. **Medicina Social no Brasil**, n. 3, abr. 1980.

REIS, R. R.; VENTURA, D.; AITH, Fernando. Assédio institucional na saúde: o impacto da política de disseminação da Covid-19. In: CARDOSO JÚNIOR, J. C. *et al.* **Assédio institucional no Brasil: avanço do autoritarismo e desconstrução do Estado**. Brasília: Associação dos Funcionários do Ipea; EDUEPB, 2022. p. 555-579. Disponível em <https://afipeasindical.org.br/content/uploads/2022/05/Assedio-Institucional-no-Brasil-Afipea-Edupb.pdf>. Acesso em 15 ago. 2023.

ROSEN, G. A evolução da medicina social. In: NUNES, E. D. **Medicina social: aspectos históricos e teóricos**. São Paulo, Global, 1983.

SANTOS, I. D. M.; MACHADO, C. V.; PEREIRA, A. M. M.; ANDRADE, C.L.T. Covid-19 na América Latina: desigualdades e capacidades de resposta dos sistemas de saúde a emergências sanitárias. **Revista Panamericana de Salud Pública**, [S. l.], n. 47, 2023. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/57665>. Acesso em: 10 jun. 2023.

SILVA JÚNIOR, Aluisio Gomes da. **Modelos tecnoassistenciais em saúde: o debate no campo da saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec, 1997. Disponível em: <https://app.uff.br/riuff/handle/1/8462>. Acesso em: 20 jul. 2023.

SILVA, A. R. C. Um livro virulento (Prefácio). In: WALLACE, Rob. **Pandemia e agronegócio: doenças infecciosas, capitalismo e ciência**. Tradução Allan Rodrigo de Campos Silva. São Paulo: Elefante, 2020.

SOARES, R. C.; CORREIA, M. V. C.; SANTOS, V. M. Serviço Social na política de saúde no enfrentamento da pandemia da Covid-19. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 140, p. 118-133, jan./abr. 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ssoc/a/B3QvfrsQcsNy6H3vP5ZrTmS>. Acesso em: 17 ago. 2022.

SOUZA, D. O. O caráter ontológico da determinação social da saúde. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 137, p. 174-191, jan./abr. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ssoc/a/sgbDY-T48WL6CBnmVVcTRvpR/>. Acesso em: 17 jun. 2023.

TAMBELLINI, A. T.; SCHUTZ, G. E. Contribuição para o debate do CEBES sobre a Determinação Social da Saúde: repensando processos sociais, determinações e determinantes da saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 83, set.-dez. 2009.

TEIXEIRA, S. F. Reflexões teóricas sobre democracia e Reforma Sanitária. In: TEIXEIRA, S. F. (org.). **Reforma Sanitária**: em busca de uma teoria. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1989.

VASCONCELOS, K. E. L. **Promoção da Saúde e Serviço Social**: uma análise do debate profissional. 2013. 348 f. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2013.

WALLACE, Rob. Sistemas globalizados de produção de alimentos, desigualdade estrutural e Covid 19. In: WALLACE, Rob. **Pandemia e agronegócio**: doenças infecciosas, capitalismo e ciência. Tradução Allan Rodrigo de Campos Silva. São Paulo: Elefante, 2020.

WIESE, M. L. Serviço social e a interlocução com a determinação social na saúde em tempos de pandemia. **Sociedade em Debate**, [S. l.], v. 26, n. 3, p.146-159, 2020. Disponível em: <https://revistas.ucpel.edu.br/rsd/article/view/2779>. Acesso em: 15 ago. 2023.

XAVIER, R. *et al.* Involvement of political and socio-economic factors in the spatial and temporal dynamics of Covid-19 outcomes in Brazil: a population-based study. **The Lancet**, [S. l.], v. 10, June 2022. Disponível em [https://www.thelancet.com/journals/lanam/article/PIIS2667-193X\(22\)00038-2/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanam/article/PIIS2667-193X(22)00038-2/fulltext). Acesso em: 1º ago. 2023.

# CAPÍTULO 6

## BREVES CONSIDERAÇÕES SOBRE A ORGANIZAÇÃO POLÍTICA DA CATEGORIA: DESAFIOS DO TEMPO PRESENTE

Thaísa Vanessa Costa Oliveira<sup>1</sup>  
Wigne Nadjare Vieira da Silva<sup>2</sup>

O Serviço Social brasileiro acumula, ao longo das últimas quatro décadas, o legado histórico-político do que significou o processo de ruptura com o conservadorismo na profissão e a construção de um projeto profissional crítico, alinhado aos interesses da classe trabalhadora e que aponta para construção de uma nova ordem societária.

O III Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais (CBAS), conhecido como “Congresso da Virada”, que ocorreu em 1979, é a expressão pública e coletiva desse processo de renovação teórico-político na profissão.

Longe de significar “uma data limite para a superação do conservadorismo no ambiente profissional” (Ramos; Santos, 2016, p. 210), aponta para uma processualidade permeada de contradições

---

1 Mestra em Serviço Social e Direitos Sociais pela Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN). Assistente Social no Instituto Nacional do Seguro Social (INSS). Conselheira do Conselho Regional de Serviço Social da 13ª Região (CRESS/PB).

2 Bacharel em Direito pelo Centro Universitário de João Pessoa (Unipê). Procurador Autárquico do Conselho Regional de Serviço Social da 13ª Região (CRESS/PB).



e desafios, mas que também evidencia um profundo amadurecimento e acúmulo da profissão.

Mesmo considerando a existência de outros projetos profissionais em disputa no seio da profissão, o que é absolutamente salutar para um ambiente democrático e plural, o Projeto Ético-Político do Serviço Social (PEPSS) goza de hegemonia e é a expressão madura de consolidação da direção social da profissão, vinculada às lutas sociais mais amplas e aos interesses da classe trabalhadora da qual também fazemos parte.

Aqui chamamos atenção para o fato de que a participação política das/dos assistentes sociais se constitui em um legado grandioso do Serviço Social no Brasil (Ramos; Santos, 2016), particularmente, a partir do processo de renovação da profissão e de ruptura com o conservadorismo.

No campo da formação e da defesa da profissão, na multiplicidade das nossas entidades representativas, temos a Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS), o Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), os Conselhos Regionais de Serviço Social (CRESS) e a Executiva Nacional de Estudantes de Serviço Social (ENESSO) que dão direção teórica, ético-política e organizativa à formação com qualidade e à defesa da profissão.

Além dos espaços privilegiados promovidos pelo Conjunto CFESS/CRESS e a ABEPSS, como os encontros descentralizados e nacionais, seminários, grupos de trabalho, oficinas, comissões e cursos, a produção de conhecimento crítico no Serviço Social fincado na realidade concreta e nas demandas colocadas à profissão também dá importante densidade ao processo de formação e ao exercício profissional.

Embora essa participação política seja protagonizada pela categoria e nossas entidades representativas, a articulação com os outros sujeitos políticos e coletivos, como os sindicatos, movimentos sociais, partidos e segmentos profissionais que compartilham dos valores e princípios ético-políticos da nossa profissão é uma

importante iniciativa por congregar aliados no campo minado de disputas e das lutas mais amplas na sociedade.

É fato que a profissão tem um aspecto político inequívoco. Todavia, a consciência de que as ações profissionais possuem intencionalidade, interesses de classe e respondem a demandas sócio-históricas colocadas à profissão não se dá de forma automática ou mecânica. Dito de outra forma, “participar politicamente não é uma derivação automática de ser assistente social” (Ramos; Santos, 2016, p. 217).

Um outro desafio colocado à organização política da categoria é fortalecer a inserção dos profissionais nos sindicatos por ramos de atividade ou por áreas, na perspectiva de um sindicalismo autônomo, de base e de lutas (Abramides, 2016).

É nesse vácuo político e organizativo que muitas vezes a categoria profissional confunde as demandas políticas do campo sindical com aquelas que dizem respeito às nossas entidades representativas do Conjunto CFESS/CRESS, confusão que pode ser explicada quando compreendemos o Serviço Social enquanto uma profissão inscrita na divisão social e técnica do trabalho e sujeita aos tensionamentos próprios da relação de assalariamento.

Com vistas a um melhor entendimento das diferentes atribuições dos conselhos e sindicatos, primeiramente precisamos compreender que estamos falando de uma categoria regulamentada por lei e que tal regulamentação é o reconhecimento do Estado de que a profissão responde a uma necessidade sócio-histórica.

Assim, impende consignar que o CFESS e os CRESS, de acordo com o artigo 7º da Lei Nº 8.662/1993, constituem, em seu conjunto, uma entidade com personalidade jurídica e forma federativa, com o objetivo básico de disciplinar e defender o exercício da profissão da/o assistente social em todo o território nacional. O inciso II do artigo 10 da mesma lei define que compete aos CRESS, em suas áreas de jurisdição, na qualidade de órgão executivo e de primeira instância, “fiscalizar e disciplinar o exercício da profissão de assistente social na respectiva região”.

É necessário ainda lembrar que, na condição de entidades regulamentadoras e fiscalizadoras do exercício profissional, os conselhos também funcionam enquanto Tribunal de Ética de primeira e segunda instância, responsáveis por receber denúncias e apurar as condutas praticadas por assistentes sociais no exercício da profissão, capazes de configurar uma violação ética, cuja apuração processual pode acarretar a aplicação de penalidade administrativa nos termos do artigo 23 e seguintes do Código de Ética do/a Assistente Social.

De outro viés, os conselhos de fiscalização profissional são órgãos delegados do Estado para o exercício da regulamentação e fiscalização das profissões liberais. A delegação é federal, tendo em vista que, segundo a Constituição da República, a teor do artigo 21, inciso XXIV, compete à União Federal organizar, manter e executar a inspeção do trabalho, atividade típica de Estado que foi objeto de descentralização administrativa, colocando-a no âmbito da administração indireta, a ser executada por autarquia, pessoa jurídica de direito público criada para esse fim.

Não podemos afastar o fato de que os conselhos enquanto partes do Estado possuem, por força de lei, o dever de primar pela defesa dos serviços prestados pelos profissionais assistentes sociais à sociedade e lutar pela defesa da profissão.

Embora as bandeiras defendidas pela categoria possam afetar de maneira direta as relações de trabalho vividas pelas/os assistentes sociais nos mais diversos espaços sócio-ocupacionais, como no caso das discussões em torno da efetivação da Lei nº 12.317/2010, que acrescentou o dispositivo pertinente à Lei nº 8.662/1993 para normatizar a jornada de trabalho de 30 horas semanais, sem redução salarial, para trabalhadores/as celetistas ou estatutários/as, além da relevante luta pelo reconhecimento dos/as assistentes sociais enquanto profissionais da saúde, independentemente de sua área de atuação profissional, de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde Nº 218, de 6 março de 1997, a luta no campo sindical, enquanto entidade representativa do conjunto das

trabalhadoras e trabalhadores, também cumpre função importante e necessária na luta pelos direitos atinentes ao trabalho.

A legitimidade dos entes sindicais para agir perante as autoridades judiciárias e administrativas em nome das categorias profissionais que representam e em defesa de seus direitos e interesses, de natureza individual ou coletiva, é, por isso mesmo, ponto pacífico na doutrina e na jurisprudência.

A Constituição Federal garante ao sindicato o direito de agir, na condição de substituto processual, na defesa dos interesses individuais ou coletivos dos integrantes da categoria que congrega, tanto na esfera administrativa, quanto na judicial (art. 8º, III da CF). A Lei Nº 8.073/1990, em seu artigo 3º, reforçou tal prerrogativa, dispondo expressamente que as entidades sindicais podem atuar como substitutos processuais dos integrantes da categoria.

Por outro lado, com relação à interpretação da matéria na Corte Constitucional, sabe-se que o entendimento do Supremo Tribunal Federal (STF) é pacífico no sentido de ser ampla a substituição processual pelo sindicato, prescindindo da autorização exigida aos entes associativos em geral pelo artigo 5º, inciso XXI, da Constituição Federal, e abrangendo toda a categoria. Veja-se, por todas, a decisão paradigmática proferida pelo Pleno daquele Tribunal no RE 210.029/RS, da qual foi relator o Ministro Joaquim Barbosa (publicada no DJ de 17/08/2007).

Contudo, sabemos como os sindicatos foram duramente solapados, especialmente nessa última quadra histórica, perdendo parte de sua força política e da capacidade de aglutinar trabalhadores em torno de suas demandas e reivindicações. A conjuntura regressiva e o apassivamento das lutas são apenas duas faces desse processo. Desse modo, reoxigenar a organização política da categoria é uma tarefa urgente no atual contexto de apassivamento das lutas sociais, seja no campo sindical, seja na esfera das nossas entidades representativas.

Atualizar a agenda profissional com os reais interesses da classe trabalhadora e aprofundar teoricamente as mediações que

particularizam a profissão no atual contexto histórico, permitindo desvelar as condições sócio-históricas em que se realiza o trabalho profissional, sem dúvida, são caminhos para se pensar a profissão e sua organização política na totalidade histórica.

## Referências

ABRAMIDES, Maria Beatriz Costa. 80 anos de Serviço Social no Brasil: organização política e direção social da profissão no processo de ruptura com o conservadorismo. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 127, p. 456-475, set./dez. 2016.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília: 1988. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao-compilado.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao-compilado.htm). Acesso em: 29 jul. 2023.

BRASIL. **Lei Nº 8.073 de 30 de julho de 1990**. Estabelece a Política Nacional de Salários e dá outras providências. Brasília, DF. 1990. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18073.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18073.htm). Acesso em: 30 jul. 2023.

BRASIL. **Lei nº 8.662, de 7 de junho de 1993**. Regulamentação da profissão do Assistente Social. Dispõe sobre a profissão de Assistente Social e dá outras providências. Brasília: 1993.

BRASIL. Lei Nº 12.317, de 26 de agosto de 2010. Acrescenta dispositivo à Lei Nº 8.662, de 7 de junho de 1993, para dispor sobre a duração do trabalho do assistente social. **Diário Oficial da União**, Poder Legislativo, Brasília, 27 ago. 2010. p. 3. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2010/lei/112317.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/lei/112317.htm). Acesso em: 30 jul. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução Nº 218, de 6 de março de 1997**. Disponível em: <https://bvsmms>.

saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/1997/res0218\_06\_03\_1997.html. Acesso em: 30 jul. 2023.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal (Plenário). **Recurso Extraordinário 210029/RS**. Processo Civil. Sindicato. Art. 8º, III, da Constituição Federal. Legitimidade. Substituição Processual. Defesa de direitos e interesses coletivos ou individuais. Recurso conhecido e provido. Recorrente: Sindicato dos Empregados em Estabelecimentos Bancários de Passo Fundo. Recorrido: Banco do Estado do Rio Grande do Sul – BANRISUL. Relator do Último Incidente: Min. Edson Fachin. Redator do Acórdão: Min. Joaquim Barbosa. Publicado no DJ de 17/08/2007. Disponível em: <https://portal.stf.jus.br/processos/detalhe.asp?incidente=1664607>. Acesso em: 31 jul. 2023.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). **Código de ética do/a assistente social**: Lei 8.662/93 de regulamentação da profissão. 10. ed. rev. e atual. Brasília: CFESS, 2012. Disponível em: [https://www.cfess.org.br/arquivos/CEP\\_CFESS-SITE.pdf](https://www.cfess.org.br/arquivos/CEP_CFESS-SITE.pdf). Acesso em 29 jul. 2023.

RAMOS, Sâmya Rodrigues; SANTOS, Silvana Mara Morais dos. Projeto Profissional e organização política do Serviço Social brasileiro: lições históricas e lutas contemporâneas. In: OLIVEIRA E SILVA, Maria Liduína de (org.). **Serviço Social no Brasil**: histórias de resistências e de ruptura com o conservadorismo. São Paulo: Cortez, 2016. p. 209-233.



PARTE II: O TRABALHO DO/A  
ASSISTENTE SOCIAL  
NA POLÍTICA DE SAÚDE





# CAPÍTULO 7

## SERVIÇO SOCIAL: ATRIBUIÇÕES E COMPETÊNCIAS PROFISSIONAIS NA CONTEMPORANEIDADE

Anna Raquel Andrade Gonzaga<sup>1</sup>  
Maria Danúbia Dantas de Carvalho<sup>2</sup>  
Mônica Barros da Nóbrega<sup>3</sup>  
Paloma Rávylly de Miranda Lima<sup>4</sup>  
Sandra Amélia Sampaio Silveira<sup>5</sup>

### Apresentação

O Serviço Social, enquanto profissão inserida na divisão social e técnica do trabalho, tem o seu significado social, a sua forma de ser profissional e, por consequência, as suas atribuições e competências, perpassadas por determinações históricas, estruturais e conjunturais da sociedade burguesa. Portanto, a profissão é marcada pelo constante movimento da totalidade histórica, obtendo legitimidade social na medida em que responde às necessidades histórico-sociais, materializadas em demandas que lhes são postas no cotidiano, ao realizar suas atribuições e competências através da mediação das políticas e/ou serviços sociais, tendo como objeto de trabalho as diferentes expressões da questão social.

---

1 Graduada em Serviço Social pela Universidade Estadual da Paraíba (UEPB).

2 Mestra em Serviço Social pela UEPB.

3 Doutora em Serviço Social pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE).

4 Mestra em Serviço Social pela UEPB.

5 Mestra em Serviço Social pela UFPE.

O acirramento da crise do capital em decorrência da pandemia do novo coronavírus (Covid-19)<sup>6</sup>, a partir do final de 2019, trouxe grandes desafios, ao agudizar contradições e desigualdades que já vinham sendo evidenciadas pela crise capitalista atual, que Mészáros (2000) classifica como estrutural e de longo alcance. Entre os desafios postos, destacam-se os que foram colocados para os/as trabalhadores/as da saúde, em especial, às/aos assistentes sociais, que tiveram que redefinir fluxos e rotinas de trabalho nos serviços e redefinir saberes e práticas para dar respostas às graves necessidades de saúde impostas pelo momento pandêmico.

Nesse sentido, o presente artigo objetiva discutir as atribuições e competências profissionais na contemporaneidade, com ênfase na atuação da/o assistente social na área da saúde no período da pandemia. A discussão traz elementos acerca das atribuições e competências profissionais, contextualizada pelo marco ético-legal da profissão e pela análise das requisições contemporâneas ao Serviço Social, com ênfase nas que são postas na política de saúde na conjuntura complexa da pandemia, e de reconfiguração dos espaços ocupacionais à luz da nova morfologia do trabalho (Raichellis, 2018).

## **Atribuições e competências do Serviço Social**

Para apreender os aspectos contemporâneos que perpassam o Serviço Social, é necessário situá-lo enquanto participe do processo de reprodução das relações sociais, inserido no movimento de classes e em sua dinamicidade. Enquanto profissional de uma especialização do trabalho e inserido/a na divisão social e técnica do trabalho coletivo da sociedade, o/a assistente social participa, enquanto integrante da classe trabalhadora, da dinâmica

---

6 A Organização Mundial da Saúde (OMS) classificou o surto de Covid-19 como Emergência de Saúde Pública de Interesse Internacional no dia 11 de março de 2020 e suspendeu essa classificação em 5 de maio de 2023.

contraditória do capital ao se situar nos mecanismos de dominação e, concomitantemente, dar respostas às necessidades de sobrevivência da classe trabalhadora (Iamamoto, 2020).

## **Marco ético-legal e particularidades históricas da profissão**

Nas últimas décadas, o Serviço Social brasileiro vem construindo um projeto profissional crítico que questiona suas bases tradicionais, fruto de um processo histórico de lutas no âmbito da categoria profissional. Consolidado na década de 1990, o denominado Projeto Ético-Político do Serviço Social tem como principais expressões o Código de Ética de 1993, as Diretrizes Curriculares de 1999 e a Lei de Regulamentação da Profissão de 1993. Tais instrumentos normativos representam a materialização do Projeto Ético-Político da categoria profissional.

As particularidades históricas atuais referenciam o quadro da expansão imperialista em sua longa onda de estagnação. A crise estrutural engendrada na década de 1970, e vivenciada no Brasil a partir da década de 1990, possibilita analisar, entre outros elementos, as configurações atuais do mundo do trabalho.

Para melhor entender esse cenário, é relevante mencionar que a citada crise vem contribuindo para a deterioração da legislação que regulamenta as relações de trabalho, colaborando, assim, para o surgimento de uma nova morfologia laboral, de modo a repercutir nas esferas das profissões e se expressando, segundo Antunes (2015), na ampliação de contratos temporários e subcontratação, pluriemprego, polivalência, desespecialização e informalidade, entre outros aspectos.

Cabe destacar que o cotidiano profissional do/a assistente social também vem sendo perpassado pelo aumento expressivo da precarização das suas condições de trabalho. Segundo Raichelis (2018), a precarização do trabalho atinge os/as assistentes sociais não diretamente por meio da reestruturação produtiva, mas através da reforma gerencial do Estado neoliberal, que incorpora as

mesmas diretrizes do gerenciamento da força de trabalho utilizadas no mercado capitalista.

Diante disso, o desafio do Serviço Social, enquanto profissão inserida na divisão sociotécnica do trabalho, é, portanto, apreender o movimento da realidade e fortalecer o Projeto Ético-Político Profissional frente às transformações no mundo laboral e aos desdobramentos para a profissão na cena contemporânea.

## **Requisições profissionais na contemporaneidade**

O cenário pelo qual se desenvolve o trabalho profissional de assistentes sociais no Brasil é profundamente demarcado pelas transformações societárias em curso. Netto (1996) nos explica que o contexto de desenvolvimento do projeto profissional coincide diretamente com aquele em que o país perpassa por mudanças oriundas do processo de redemocratização e, especialmente, de uma das suas consequências mais palpáveis: a Constituição Federal de 1988.

A atual Constituição incluiu no rol de direitos sociais uma concepção reformista e trouxe alguns avanços no que concerne ao capítulo da Ordem Social, sobretudo ao ampliar a concepção de saúde e o seu acesso universal, e ao reconhecer a política de assistência social como direito do/a cidadão/ã e dever do Estado, de tal forma que, junto com a previdência social, imprime uma noção articulada de Seguridade Social. Concomitantemente a isso, cria-se a regulamentação de mecanismos que possibilitam a sua materialidade no âmbito das políticas sociais.

Por outro lado, é nesse mesmo contexto, conforme Netto (1996), que emergem no país novas contradições postas pelo avanço do projeto restaurador burguês, articulado pelo tripé da reestruturação produtiva, da ofensiva neoliberal e da financeirização da economia. Esse projeto ataca visceralmente as principais regulamentações sociais do país, especialmente do mercado de trabalho, estabelecendo uma política econômica de austeridade fiscal, *vide* o

tripé macroeconômico, e fazendo avançar uma série de contrarreformas no âmbito do Estado que desarticulam o conteúdo original proposto pela Constituição de 1988 (Behring, 2003). A resultante desses processos sociais é, no início da década de 1990, o aumento significativo das esferas do desemprego, do pauperismo, da violência, da segregação e da marginalização urbana, entre outras expressões da questão social.

Assim sendo, contraditoriamente se ampliaram as possibilidades de alargamento do mercado de trabalho profissional no país, o que, de um lado, tornava-se possível pela regulamentação, mesmo que restrita, das políticas e serviços sociais<sup>7</sup>, oriundas dos ganhos impressos no texto constitucional, ao mesmo tempo em que se exponenciavam as expressões da questão social em suas velhas e novas facetas, demandando objetivamente a intervenção direta de profissionais que fazem o seu enfrentamento (Netto, 1996).

A partir dos anos 2000, especialmente com as eleições de 2003 e a chegada do projeto democrático-popular do Partido dos Trabalhadores (PT) ao governo federal, tais determinações foram aprofundadas pela dinamização de alguns aspectos da política macroeconômica, que operaram alguns deslocamentos da ofensiva neoliberal no país ao articular os motes da “equidade” e da “igualdade de oportunidades”, evidenciados pelo enfrentamento da questão social como o combate focalizado na pobreza extrema (Lima, 2017), através das políticas de ativação pela renda, o que no Brasil ficou conhecido especialmente pelo avanço de programas de transferência de renda.

Esses deslocamentos promoveram alterações no *modus operandi* das políticas sociais brasileiras que geraram um aumento do mercado de trabalho para assistentes sociais em todo o país. No entanto, tal aumento foi permeado pelo que ficou conhecido como a “assistencialização” das políticas sociais (Mota, 2008), marcadas, de um modo geral, pelo aprofundamento das tendências históricas de

---

7 Espaço ocupacional histórico de assistentes sociais no Brasil.

focalização e seletividade, somadas conjuntamente à profunda precarização dos serviços e das condições de trabalho na área, à privatização e à mercantilização da saúde, habitação, educação e previdência social.

No âmbito do trabalho profissional, o traço mais específico da “assistencialização” tem sido evidente nas requisições institucionais ao trabalho do/a assistente social nas políticas que têm sido desenhadas a partir da “cultura da crise”, denunciada por Mota (1995), na qual se opera a noção do “cidadão pobre” *versus* o “cidadão consumidor”, cuja perspectiva universal de acesso perde espaço para as concepções focalizadas de que os serviços sociais públicos devem ser voltados apenas para a população extremamente pobre e os demais serviços para quem puder pagar.

Nesse ínterim, os/as assistentes sociais têm sido requisitados nos diversos espaços sócio-ocupacionais para atuarem diretamente na reprodução da parcela mais pauperizada da força de trabalho que compõe a superpopulação relativa, esta que tem sido cada vez mais crescente no contexto do desemprego crônico (Mészáros, 2011), a partir da criação de condicionalidades para realizar a seleção cada vez mais focalizada para o atendimento dos serviços e benefícios sociais.

Essa tendência é reforçada na década seguinte, especialmente após o Golpe de Novo Tipo (Behring, 2021) implantado no país com o *impeachment* da Presidenta Dilma Rousseff (PT), pelo qual se instaurou uma série de contrarreformas e a criação de um Novo Regime Fiscal, no governo de Michel Temer (MDB), que estabeleceu um Teto de Gastos por 20 anos sem investimento público, o que evidentemente estrangulou o orçamento público e, consequentemente, teve um impacto severo na materialização das políticas sociais, que foram sufocadas pelo desfinanciamento.

É nesse contexto que ganham força no país as transformações mais recentes do mundo do trabalho proporcionadas pelo avanço tecnológico, a famigerada “Indústria 4.0” (Antunes, 2020), com alterações profundas na conformação do mercado de trabalho. A

incorporação das tecnologias da informação e comunicação (TICs) acelerou o processo de rotação do capital ao criar novos meios de se explorar a força de trabalho.

Nesse sentido, se a diversidade e a heterogeneidade de inserção ocupacional, vínculo empregatício, perfil da classe trabalhadora em seus diversos marcadores sociais, dos meios e condições de trabalho, entre outros aspectos, têm sido as tendências marcantes do mercado de trabalho no Brasil e no mundo desde as últimas décadas, essa condição não é diferente para as/os assistentes sociais, enquanto trabalhadoras/os assalariadas/os partícipes da divisão societária do trabalho coletivo (Iamamoto, 2020).

Nas novas configurações do trabalho do/a assistente social, a inserção ocupacional se faz através de vínculos diversos, tanto em instituições públicas quanto privadas, do “terceiro setor” e até como “autônomos”. Assim, as/os assistentes sociais têm exercido a profissão como empregadas/os ou servidoras/es públicas/os concursadas/os ou contratadas/os temporariamente, a partir da prestação de serviços como pessoas jurídicas ou como terceirizadas/os, no trabalho por projeto, no trabalho como empresas de consultoria e assessoria, no trabalho voluntário, e até em formas não regulamentadas, como estágio de pós-graduando.

Em todas essas formas de inserção ocupacional, têm sido requisitados níveis de complexidade diversos na atuação e um rol de conhecimentos que ultrapassam diretamente o que preconiza a formação profissional e o que se estipula nas atribuições privativas e competências profissionais informadas pela Lei de Regulamentação da Profissão.

Nesse sentido, nas requisições profissionais, especialmente daquelas/es que possuem vínculos com instituições, mantêm-se, porém sob novas formas, aquelas de cunho conservador-moralista, oriundas do terreno eminentemente ideológico, como o aconselhamento, tanto numa perspectiva tuteladora quanto autoritária do público usuário, a vigilância de comportamentos dos/as usuários das diversas políticas e serviços sociais, pela qual o histórico



instrumento de trabalho da visita domiciliar tem se somado inclusive à utilização das redes sociais para acompanhamento da vida privada da população usuária, a mediação e resolução de conflitos do público usuário dos serviços com a sua família/comunidade ou deles com outros profissionais das equipes multidisciplinares, com vistas a seu apassivamento, o estímulo à responsabilização individual ou familista pela proteção social, como a promoção das ideologias do empreendedorismo, do empoderamento e do autocuidado, entre outras.

As requisições institucionais conservadoras ganharam força no contexto do governo de extrema direita de Bolsonaro (Partido Social-Liberal e Partido Liberal), cujo mote do seu programa foi abertamente conservador nos costumes, realçando uma orientação de política social excessivamente moralista, discriminatória e punitivista, e ultraneoliberal na política macroeconômica, preconizando cabalmente as contrarreformas operadas no período imediatamente anterior e operando outras novas (como a contrarreforma da previdência), o que incidiu em impactos sem precedentes nas condições materiais e ideológicas da população, visualizados principalmente no contexto da pandemia e particularmente na política de saúde, que discutiremos a seguir.

## **As requisições na política de saúde no contexto da pandemia**

A pandemia de Covid-19 trouxe consequências dramáticas para a população mundial, não somente em virtude da crise sanitária instaurada, mas do aprofundamento da crise estrutural capitalista em curso. O momento trouxe diversos desafios e também deu visibilidade a desigualdades estruturais históricas que foram determinantes para preservar ou condenar parcelas significativas da população mundial ao adoecimento e à morte.

A determinação social dos processos de saúde e doença, compreendendo a saúde como resultante das condições de vida e trabalho da população, indica que não é por acaso que a Covid-19 foi

mais letal para a classe trabalhadora, com nítidos recortes de classe, gênero e etnia, como podemos constatar na realidade brasileira, onde pretos e pardos apresentaram proporção de óbitos, em média, 37% maior do que brancos (Pontifícia Universidade Católica, 2020 *apud* Granemann; Miranda, 2020).

No Brasil, os óbitos por Covid-19 notificados oficialmente se devem em grande medida a um conjunto de fatores que expressam claramente a desigualdade social do país, tais como: um sistema de proteção social e de direitos sociais fragilizado pelas frequentes contrarreformas, ausência de acesso a condições de moradia e saneamento básico decorrentes da redução do papel social do Estado para fortalecer o mercado, em detrimento da oferta de políticas sociais que assegurassem o atendimento às necessidades sociais, e o desemprego, entre outros aspectos que são determinados pelas contradições e antagonismos de classe da sociedade capitalista (Correia; Alves, 2021; Granemann; Miranda, 2020).

Esse contexto marcou significativamente a redefinição de serviços, as rotinas profissionais, bem como o acesso aos direitos sociais. A pressão da pandemia se expressou principalmente nos serviços de saúde, que, apesar de sucateados pelo histórico subfinanciamento do Sistema Único de Saúde (SUS) e do deliberado desfinanciamento após a Emenda Constitucional N<sup>o</sup> 95, tiveram que se redefinir para lidar com a sobrecarga de demandas postas para as/os trabalhadores do setor.

No tocante à atuação do Serviço Social nessa área, novas e velhas requisições foram colocadas no período pandêmico, desafiando a profissão a construir respostas referenciadas nos seus marcos legais, portanto orientadas pela direção social crítica do seu projeto ético-político profissional. É importante ponderar que nem sempre essa foi a perspectiva norteadora do trabalho das/os assistentes sociais nessa área.

O Serviço Social foi inserido nos serviços de saúde, predominantemente hospitalares, a partir da década de 1940, tendo uma atuação estreitamente vinculada ao reforço da lógica biomédica,

como profissional “paramédico”<sup>8</sup>, cabendo-lhe contribuir para o ajustamento da população às determinações institucionais e prescrições médicas, a partir da mudança de comportamentos (Iamamoto; Carvalho, 2014; Matos, 2017).

Durante anos, o traço conservador que historicamente marca a profissão favoreceu uma identificação entre a prática das/os assistentes sociais e a orientação assistencial da saúde centrada no indivíduo e nas patologias. Somente com a estruturação do SUS e principalmente com os avanços da profissão na consolidação de uma direção social crítica na década de 1990, que o Serviço Social passou a delinear uma trajetória que rompe com as práticas anteriormente mencionadas.

A aproximação das diretrizes e princípios do Projeto Ético-Político Profissional<sup>9</sup> com as do Projeto de Reforma Sanitária Brasileira<sup>10</sup> foi fundamental para essa mudança, na medida em que esses projetos confluem na direção de uma visão de mundo crítica e de um modelo de sociedade para além da ordem do capital, contemplando a afirmação da universalidade do acesso aos direitos, a defesa da democracia e o Estado laico (Matos, 2017).

O/A assistente social enquanto profissional da saúde possui competências para realizar atuações como a elaboração, execução e avaliação de políticas sociais, e a realização de estudos socioeconômicos, entre outras, pois “esta é uma área em que pulsam valores humanos candentes e onde trabalhamos com a vida em suas múltiplas manifestações, desde o nascimento, passando pela infância, juventude, vida adulta, processo de envelhecimento, até a finitude” (Martinelli, 2011, p. 499), objetivando a garantia ao direito de acesso aos serviços de saúde, de acordo com a necessidade e a demanda solicitada. Esse profissional atua ainda no fortalecimento do projeto ético-político e dos princípios e diretrizes do SUS.

---

8    Cujo campo era denominado Serviço Social Médico.

9    Especialmente os princípios do Código de Ética profissional.

10  Expresso, em parte, nos princípios do SUS.

Nesse sentido, foram constituídos pelo Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) os Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde, que têm como objetivo “referenciar a intervenção dos profissionais na área da saúde” (CFESS, 2010, p. 11). Neles é reforçada a importância de se reconhecer os usuários da saúde como sujeitos de direitos, em um contexto de cidadania e de democracia (Martinelli, 2011). Tais parâmetros também direcionam e possibilitam que assistentes sociais tenham clareza sobre suas atribuições e competências, refletindo sobre o seu trabalho, as condições sócio-históricas contextualizadas e as pessoas envolvidas no processo, de modo a considerar “a particularidade das ações desenvolvidas na saúde” (CFESS, 2010, p. 12).

### **Demandas e requisições na saúde durante a pandemia**

A pandemia foi enfrentada a partir da orientação de órgãos de saúde pública para fins de redução da transmissão do vírus e de frear sua rápida evolução. Tais medidas incluíram o isolamento social, a quarentena e a higienização das mãos, entre outras. Nesse contexto e em consonância com as normativas de biossegurança instituídas, significativo segmento dos/as trabalhadores/as tiveram que desenvolver seu trabalho de forma remota ou no chamado *home office*.

Na política de saúde, a realidade foi outra. A pandemia impôs aos serviços de saúde, compreendidos como essenciais, a necessidade de continuar o seu funcionamento, através de reestruturações nas relações profissionais, espaços, rotinas, fluxos e abordagens de usuários e suas famílias. Assim, fundamentais e relevantes, profissionais da saúde continuaram o seu trabalho de forma presencial e com a necessidade de prolongamento das jornadas de trabalho, assumindo, na maioria das situações vivenciadas, a linha de frente do combate ao novo coronavírus e às suas particularidades.

Nesse contexto, os profissionais do Serviço Social foram convocados a atuar junto com os/as demais trabalhadores/as da saúde,

na referida linha de frente, considerando principalmente o que está posto no artigo 3º, inciso d, do Código de Ética do/a Assistente Social: “participar de programas de socorro à população em situação de calamidade pública, no atendimento e defesa de seus interesses e necessidades” (CFESS, 2012). Destarte, assistentes sociais foram desafiados/as a criar estratégias e prioridades de ação para assegurar a qualidade nos serviços prestados aos/às usuários/as, além de serem requisitados/as a utilizarem os instrumentos e tecnologias pertinentes ao contexto da pandemia, como uso de prontuários eletrônicos, atendimentos remotos, reuniões e articulações através de contatos telefônicos e visitas virtuais por videochamadas, entre outros.

O fazer profissional do/a assistente social se dá sobre e na realidade, sujeito às exigências postas pelo contexto histórico, tendo como fundamentais atribuições na política de saúde as orientações sobre direitos sociais, trabalhistas e previdenciários, articulação com as redes de proteção, e esclarecimentos sobre rotinas e normas, entre outras, sendo que os instrumentos e as técnicas do trabalho usados se particularizam de acordo com o caso e ambiente laboral nos quais estão inseridos/as.

No contexto da pandemia e com a urgência de redefinição de rotinas para atendimento das necessidades exigidas ao momento, apresentaram-se como expressivas demandas para assistentes sociais as orientações sobre o auxílio emergencial, sobre direitos e deveres relativos a pacientes e seus responsáveis, bem como a mediação entre as necessidades destes e as da equipe multiprofissional. Conforme afirma Netto (1996, p. 87): “[...] as transformações societárias afetam diretamente o conjunto da vida social e incidem fortemente sobre as profissões, suas áreas de intervenção, seus suportes de conhecimento e de implementação, suas funcionalidades, etc.” A dimensão pedagógica e educativa do Serviço Social ganhou relevância em um contexto desesperador como o da pandemia.

Entretanto, a conjuntura profissional do/a assistente social no cenário pandêmico se deu, por vezes, em meio a condições de

trabalho precárias, com vínculos temporários, tendo que lidar, inclusive, com demandas não condizentes com suas atribuições profissionais (Soares; Correia; Santos, 2021), como a comunicação de óbitos, a realização de videochamadas para a atualização e repasse de boletim clínico de pacientes acometidos pela Covid-19, busca de pertences, entre outras. Essas requisições não foram novidades, pois reiteraram velhas práticas em saúde. Assim, em meio às conjunturas da política de saúde, com intensa precarização, privatização e fragmentação, o Serviço Social foi requisitado a reproduzir o perfil profissional tecnicista, voluntarista e conservador (Soares; Correia; Santos, 2021).

Considerando os desafios desse período de pandemia, elaborada em conjunto pelo CFESS e Conselhos Regionais de Serviço Social (CRESS), a Orientação Normativa Nº 3 de 2020 orienta que tanto a comunicação de óbito quanto o repasse de informações de âmbito clínico não são atribuições de assistentes sociais. O documento explicita que tais profissionais, tomando para si as suas atribuições e competências, devem agir “visando ao melhor atendimento ao/a usuário/a dos serviços de saúde, preservando a qualidade dos atendimentos prestados, não estando obrigado/a a realizar atividade incompatível com a legislação profissional vigente” (CFESS, 2020, p. 2).

A despeito da complexidade e das contradições expressas no período, diversos/as assistentes sociais enfrentaram os desafios da agudização das expressões da questão social em tempos de políticas sociais ultraliberais, exercitando sua relativa autonomia profissional com capacidade propositiva, a partir de fundamentos do projeto ético-político, teórico-metodológico e técnico-operativo da profissão, na resistência em defesa da vida e dos direitos de todos/as, agindo coletivamente, atendendo às necessidades e apropriando-se do conhecimento sobre a realidade (Matos, 2017).

## Considerações finais

O Serviço Social brasileiro, profissão inserida na divisão social e técnica do trabalho particularmente a partir de década de 1990, vem enfrentando inúmeros desafios, como processos de globalização e valorização do capital financeiro, o que acaba por denotar em graves consequências para as expressões da questão social, entre as quais destacamos a precarização, a insegurança e a vulnerabilidade do trabalho e das condições de vida da classe trabalhadora, realidade ainda mais agudizada pela pandemia de Covid-19.

As análises apresentadas evidenciam os desafios apresentados ao Serviço social na contemporaneidade, especialmente, em período pandêmico, em contexto e particularidades da inserção profissional na saúde. Assim, como forma de dar respostas às demandas impostas, bem como às expressões da questão social, é fundamental apreendermos a realidade e reafirmarmos o arcabouço normativo, enquanto materialização do projeto ético-político profissional.

A crise sanitária provocada pela Covid-19 evidenciou situações complexas e distintas, entre as quais, novidades, impactos e incertezas que exigiram respostas rápidas e intervenções adequadas por profissionais em condições muito difíceis, especialmente, os da saúde, pois estes não pararam, não tiveram as férias antecipadas, nem a oportunidade de realizar o trabalho em *home office*. Continuaram na assistência à saúde em detrimento do estabelecimento de medidas de controle e prevenção da disseminação do novo coronavírus.

O compromisso do Serviço Social é com a superação da exploração e das opressões. Contudo, esta não é uma tarefa simples, dado o aumento das desigualdades e da superexploração do trabalho sob a égide do capital financeiro, especialmente, frente às agudizações da pandemia e com nuances de políticas sociais ultraliberais, estas principalmente relacionadas aos governos de Michel Temer e Jair Bolsonaro.

É fundamental que assistentes sociais assumam posição no fazer cotidiano. Na condição de trabalhadores/as, há o desafio da incorporação às lutas gerais da classe em todos os âmbitos em que ela se processa. Como categoria profissional, devemos continuar trilhando o caminho na defesa intransigente da democracia, da autonomia, da liberdade e dos direitos humanos, tendo direções permeadas pelas intencionalidades da profissão, através de seus fundamentos teórico-metodológicos, técnico-operativos e ético-políticos.

## Referências

ANTUNES, Ricardo. Trabalho intermitente e uberização do trabalho no limiar da Indústria 4.0. *In*: ANTUNES, R. (org.). **Uberização, trabalho digital e indústria 4.0**. São Paulo: Boitempo, 2020. p. 11-22.

ANTUNES, Ricardo. **Adeus ao trabalho?**: ensaio sobre as metamorfoses no mundo do trabalho. 16. ed. São Paulo: Cortez, 2015.

BEHRING, Elaine Rosseti. **Fundo Público, Valor e Política Social**. 1. ed. São Paulo: Cortez, 2021.

BEHRING, Elaine Rosseti. **Brasil em Contrarreforma**: desestruturação do Estado e perda de direitos. São Paulo: Cortez, 2003.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm). Acesso em: 2 ago. 2023.

BRASIL. **Emenda Constitucional Nº 95, de 15 de dezembro de 2016**. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm). Acesso em: 2 ago. 2023.



BRASIL. **Lei Nº 8.662, de 7 de junho de 1993**. Dispõe sobre a profissão de Assistente Social e dá outras providências. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18662.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18662.htm). Acesso em: 2 ago. 2023.

BRASIL. Ministério da Educação e do Desporto. **Diretrizes Curriculares do Curso de Serviço Social**. Brasília: MEC, 1999. Disponível em: [https://www.cfess.org.br/arquivos/legislacao\\_diretrizes.pdf](https://www.cfess.org.br/arquivos/legislacao_diretrizes.pdf). Acesso em: 2 ago. 2023.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). **Orientação Normativa Nº 3/2020, de 31 de março de 2020**. Dispõe sobre ações de comunicação de boletins de saúde e óbitos por assistentes sociais. Brasília: Conselho Federal de Serviço Social, 2020.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). **Código de Ética do Assistente Social e Lei 8.662/93**. 10. ed. Brasília: CFESS, 2012. Disponível em: [https://www.cfess.org.br/arquivos/CEP\\_CFESS-SITE.pdf](https://www.cfess.org.br/arquivos/CEP_CFESS-SITE.pdf). Acesso em: 5 jul. 2023.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). **Parâmetros para atuação de Assistentes Sociais na política de Saúde**. Brasília: CFESS, 2010. Disponível em: [http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros\\_para\\_a\\_Atuaacao\\_de\\_Assistentes\\_Sociais\\_na\\_Saude.pdf](http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_a_Atuaacao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude.pdf). Acesso em: 16 jul. 2023.

CORREIA, Maria Valéria Costa; ALVES, Pâmela Karoline Lins. Pandemia, desigualdade social, determinação social do processo saúde doença: quem são os mais atingidos? *In*: CORREIA, Maria Valéria Costa; LIMA, Aruã Silva de (org.). **Determinação Social da Saúde e Enfrentamento da Covid-19: o lucro acima da vida**. Maceió: EDUFAL, 2021.

GRANEMANN, Sara; MIRANDA, Flávio. Crise econômica, crise sanitária: a Covid-19 como instrumento da acumulação? *In*: SILVA, Letícia Batista; DANTAS, André Vianna (org.). **Crise e Pandemia**:

quando a exceção é regra geral. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2020.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **O serviço social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 27. ed. São Paulo: Cortez, 2020.

IAMAMOTO, Marilda Villela; CARVALHO, Raul de. **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica**. 41. ed. São Paulo: Cortez, 2014.

LIMA, Paloma Rávylly de Miranda. **A agenda da equidade proposta pelos organismos multilaterais e suas inflexões no enfrentamento à “questão social” no Brasil**. 2017. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, 2017.

MARTINELLI, Maria Lúcia. O trabalho do assistente social em contextos hospitalares: desafios cotidianos. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 107, p. 497-508, jul./set. 2011. Disponível: <https://www.scielo.br/j/sssoc/a/9SbgQxd7Wm6WLGyQ9R5WbYN/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 jul. 2023.

MATOS, Maurílio Castro de. **Serviço Social, Ética e Saúde: reflexões para o exercício profissional**. São Paulo: Cortez, 2017.

MÉSZÁROS, István. **Para Além do Capital: rumo a uma teoria da transição**. 1. ed. São Paulo: Boitempo, 2011.

MÉSZÁROS, István. A crise estrutural do capital. **Revista Outubro**, [S. l], n. 2, p. 7-15, 2000. Disponível em: <http://outubrorevista.com.br/wp-content/uploads/2015/02/Revista-Outubro-Edic%CC%A7a%CC%83o-4-Artigo-02.pdf>. Acesso em: 30 jul. 2023.

MOTA, Ana Elizabete (org.). **O Mito da Assistência Social: ensaios sobre estado, política e sociedade**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

MOTA, Ana Elizabete. **Cultura da Crise e Seguridade Social**: um estudo sobre as tendências da previdência e da assistência social brasileira nos anos 80 e 90. São Paulo: Cortez, 1995.

NETTO, José Paulo. Transformações Societárias e Serviço Social: notas para uma análise prospectiva da profissão no Brasil. **Revista Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 50, 1996.

RAICHELIS, Raquel. Serviço Social: trabalho e profissão na trama do capitalismo contemporâneo. *In*: RAICHELIS, Raquel; VICENTE, Damares; ALBUQUERQUE, Valéria (org.). **A nova morfologia do trabalho no Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 2018.

SOARES, Raquel Cavalcante; CORREIA, Maria Valéria Costa; SANTOS, Viviane Medeiros dos. Serviço Social na política de saúde no enfrentamento da pandemia da covid-19. **Revista Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 140, p. 118-133, jan./abr. 2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0101-6628.241>. Acesso em: 16 jul. 2023.

# CAPÍTULO 8

## INSTRUMENTALIDADE DO SERVIÇO SOCIAL: A RELAÇÃO ENTRE O PLANEJAMENTO E A INTERVENÇÃO PROFISSIONAL

Thereza Karla de Souza Melo<sup>1</sup>

O presente artigo é uma contribuição acerca da importância do planejamento para o trabalho de assistentes sociais, abordando tal temática a partir da reflexão sobre a instrumentalidade profissional. Essa discussão foi trabalhada junto ao público-alvo do projeto de extensão *Educação Permanente para os/as Assistentes Sociais Atuantes na área da Saúde no Contexto da Pandemia e Pós-Pandemia de Covid-19 na Paraíba* em duas ocasiões, a primeira de forma remota (2021) e a segunda presencialmente (2022). Nossa aproximação com a temática é fruto da experiência enquanto docente da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), ministrando há alguns anos o componente curricular *Serviço Social e Instrumentalidade*.

Neste artigo, abordaremos a marca interventiva que caracteriza o Serviço Social, ressaltando a relevância da categoria instrumentalidade para uma melhor compreensão sobre a funcionalidade da profissão na sociedade capitalista, articulando-a à atividade de planejamento na direção de uma atuação mais consciente de seus objetivos e resultados.

---

1 Possui graduação e mestrado em Serviço Social pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB); é professora efetiva do Departamento de Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB).

## O Serviço Social e a regulação das relações sociais

A intervenção é uma característica que marca a atuação do/a assistente social desde os primórdios da profissão, assumindo configurações determinadas ao longo da trajetória profissional. Consistia inicialmente na principal possibilidade para quem se formava assistente social (ao lado do ensino e da direção de escolas na área e coordenação de serviços nos estabelecimentos), o que se altera posteriormente com a ampliação das funções profissionais, que passam a incluir, entre outras, também a investigação e a gestão de políticas e serviços.

Entretanto, ainda que tendo conquistado novas legitimidades e assumido novas funções, a marca de profissão interventiva acompanha o Serviço Social até a contemporaneidade. Nesse sentido, pensar a intervenção do Serviço Social implica situá-lo enquanto profissão inscrita na divisão sociotécnica do trabalho, que atua na área da reprodução das relações sociais na sociedade capitalista, que é perpassada por interesses diversos, e muitas vezes conflitantes, expressos pelos sujeitos que requisitam a ação profissional, tanto no âmbito do capital quanto no do trabalho.

O atendimento das necessidades humanas envolve um processo de produção complexo, que envolve tanto as atividades diretamente vinculadas à produção de bens materiais, quanto aquelas voltadas à regulação das relações sociais, que se articulam progressivamente devido à diversificação e complexificação das necessidades sociais (Trindade, 2002).

Ao se situar na esfera da reprodução das relações sociais, a intervenção do/a assistente social se dá sempre na interação com o outro, envolvendo os sujeitos (profissionais e usuários/as) em suas condições concretas de vida e de trabalho e suas subjetividades (valores, interesses, expectativas). Essa característica define o lugar ocupado pela profissão na área da regulação das relações sociais que se distingue fundamentalmente da produção material.

Dessa forma, distante da precisão e objetividade que marcam o processo de trabalho referente à produção material, o Serviço Social se insere na esfera das atividades profissionais que atuam com comportamentos e atitudes, cujos instrumentos são mais procedimentais, e que lidam com uma maior imprevisibilidade e um menor controle sobre o resultado do trabalho e cujas ações sofrem uma maior interferência da subjetividade (Trindade, 2002).

Nesse sentido, não podemos pensar a intervenção do/a assistente social a partir de um viés exclusivamente técnico, preocupado exclusivamente em operacionalizar bem determinado instrumento ou procedimento, ou mesmo desprovido desse tipo de preocupação por entender que os instrumentos ou procedimentos em si já comportariam sua própria funcionalidade.

Nos movimentos mais recentes vividos pela categoria profissional, especialmente a partir do Movimento de Reconceitualização, é construída uma nova percepção acerca da sociedade capitalista e do papel do Serviço Social na reprodução das relações sociais. Consequentemente, as expressões da questão social são analisadas a partir de uma perspectiva de totalidade que busca seus determinantes estruturais, que perpassam os diversos problemas sociais que se transformam em demandas para o/a assistente social nas distintas áreas de atuação profissional.

Essa nova perspectiva de análise da realidade social permite ao/à assistente social romper com a individualização dos problemas sociais que tanto marcou o passado profissional, o que permitiu uma nova compreensão sobre os/as usuários/as atendidos/as pelas diversas políticas sociais em que atua, concebidos/as agora na qualidade de sujeitos, independentemente de estarem na condição de carentes, necessitados/as ou desfavorecidos/as.

Cabe registrar que essa nova percepção não se limita aos usuários dos serviços, sendo o/a próprio/a assistente social reconhecido/a como sujeito ativo no seu processo de trabalho, com participação efetiva sobre ele/a, podendo imprimir direções determinadas ao resultado do seu trabalho, mesmo considerando-se os

limites postos pelas condicionalidades que incidem sobre sua atuação profissional. Conforme Guerra (2000, p. 61):

Na definição das finalidades e na escolha dos meios e instrumentos mais adequados ao alcance das mesmas, os homens estão exercendo sua liberdade (concebida historicamente como escolha racional por alternativas concretas dentro dos limites possíveis). Tais finalidades (ainda que de caráter individual) estão inscritas num quadro valorativo e somente podem ser pensadas no interior deste quadro, entendido como acervo cultural do qual o profissional dispõe e lhe orienta as escolhas técnicas, teóricas e ético-políticas. Tais escolhas implicam projetar tanto os resultados e meios de realização quanto as consequências. Isso porque, no âmbito profissional, não existem ações pessoais, mas ações públicas e sociais de responsabilidade do indivíduo como profissional e da categoria profissional como um todo. Para tanto, há que se ter conhecimento dos objetos, dos meios/instrumentos e dos resultados possíveis.

Nesse sentido, a aproximação do Serviço Social com a reflexão acerca da instrumentalidade tem trazido importantes ganhos para a categoria de assistentes sociais, na medida em que tem contribuído para a compreensão do seu trabalho a partir das intencionalidades que o tensionam, sejam oriundas do capital, seja do trabalho, e sobre as quais deve ser construída a intencionalidade desse/a profissional. Isto é, o profissional se desloca de um papel de mero executor técnico de instrumentos e procedimentos relativos à sua área de atuação para assumir o papel de alguém que também projeta seu trabalho a partir de valores e princípios norteadores e das expectativas do que pretende alcançar enquanto resultado.

Conforme Couto (2009, p.01)

[...] há uma margem de autonomia nos processos de trabalho em que os assistentes sociais estão envolvidos, o que lhes permite desenvolver atividades comprometidas com interesses sociais presentes nos espaços sócio-ocupacionais. Assim, sem negar os condicionantes colocados pela condição de trabalhador assalariado, busca-se acentuar que há espaço para a defesa do projeto profissional em qualquer local, público ou privado, em que o assistente social é requisitado a intervir.

Sendo assim, a definição das intencionalidades a serem materializadas numa ação profissional exige um trabalho intelectual do sujeito que, ao analisar as condições objetivas para realizar sua ação, opera as adaptações ou modificações necessárias e até mesmo cria ou provoca a criação de novas condições e estratégias para o alcance dos seus objetivos.

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. Na medida em que os profissionais utilizam, criam, adequam às condições existentes, transformando-as em meios/instrumentos para a objetivação das intencionalidades, suas ações são portadoras de instrumentalidade. Deste modo, a instrumentalidade é tanto condição necessária de todo trabalho social quanto categoria constitutiva, um modo de ser, de todo trabalho (Guerra, 2000, p. 53).



Todo trabalho social possui instrumentalidade, que é construída e reconstruída na trajetória das profissões, e que significa a capacidade de manipulação, de conversão dos objetos em instrumentos que atendam às necessidades dos homens. Esse processo, inicialmente limitado à transformação da natureza em produtos úteis, é também incorporado nas relações sociais a partir da complexificação da vida social.

O que ocorre com a instrumentalidade com a qual os homens controlam a natureza e convertem os objetos naturais em meios para o alcance de suas finalidades, é que ela é transposta para as relações dos homens entre si, interferindo em nível da reprodução social. Mas isso só ocorre em condições sócio-históricas determinadas. Nestas, os homens tornam-se meios/instrumentos de outros homens. O exemplo mais desenvolvido de conversão dos homens em meios para a realização de fins de outros homens é o da compra e venda da força de trabalho como mercadoria, de modo que a instrumentalidade, convertida em instrumentalização das pessoas, passa a ser condição de existência e permanência da própria ordem burguesa, via instituições e organizações sociais criadas com este objetivo (Guerra, 2000, p. 55).

Dessa forma, o primeiro nível de instrumentalidade se dá através da atividade de trabalho, a partir do enfrentamento dos desafios da existência desde tempos mais remotos, que resulta na transformação da natureza. Da complexificação desse processo resulta a instrumentalidade no âmbito da reprodução das relações sociais, a partir da qual o próprio homem se torna instrumento para o alcance das finalidades de outros homens.

O processo produtivo capitalista converte as instituições e práticas sociais em instrumentos/meios de reprodução do capital.

O Estado passa a desenvolver um conjunto de medidas econômicas e sociais, demandando ramos de especialização e instituições que lhe sirvam de instrumento para o alcance dos fins econômicos e políticos que representa.

É nesse sentido que o Serviço Social passa a ter uma funcionalidade para a ordem burguesa (assim como outras especialidades profissionais) no contexto das reivindicações da classe operária por melhores condições de vida e de trabalho. Quando as lutas dos trabalhadores passam a ser mais organizadas, o Estado e a burguesia se movimentam para desenvolver ações também mais organizadas e sistemáticas no enfrentamento das tensões sociais. Conforme Netto (1996), é no capitalismo monopolista que as refrações da questão social são convertidas em problemas sociais, contudo a intervenção pública sobre os problemas sociais não impede o enquadramento dos indivíduos e grupos numa ótica de individualização (problemas pessoais).

Assim, muitas requisições da profissão são de ordem instrumental, por tentarem responder às demandas imediatas e contraditórias do capital e do trabalho. Contudo, o exercício profissional não pode se restringir a elas. Conforme Guerra (2000, p. 59):

Se as demandas com as quais trabalhamos são totalidades saturadas de determinações (econômicas, políticas, culturais, ideológicas) então elas exigem mais do que ações imediatas, instrumentais, manipulatórias. Elas implicam intervenções que emanem de escolhas, que passem pelos condutos da razão crítica e da vontade dos sujeitos, que se inscrevam no campo dos valores universais (éticos, morais e políticos). Mais ainda, ações que estejam conectadas a projetos profissionais aos quais subjazem referenciais teórico-metodológicos e princípios ético-políticos.

Não podemos ignorar que o Serviço Social surgiu no universo das práticas reformistas integradoras que visavam controlar e adaptar comportamentos, de forma a atender às necessidades de reprodução da ordem burguesa e as reivindicações dos trabalhadores. Contudo, a profissão ampliou as suas funções até colocar-se no âmbito da defesa da universalidade de acesso a bens e serviços, dos direitos sociais e humanos, das políticas públicas e da democracia.

Para Couto (2009, p. 2),

[...] é nos parâmetros do capitalismo que se materializa a profissão, e o assistente social é chamado a prestar serviços que podem corroborar o *status quo* ou atuar para criar outras formas de sociabilidade, que problematizem a organização da sociedade. Para que isso ocorra, é necessária uma sólida formação teórica e técnica. É preciso fugir das improvisações, é imperioso planejar o trabalho, dar-lhe sentido teleológico.

A instrumentalidade no exercício profissional requer uma ação planejada por um profissional que compreenda a realidade e as demandas institucionais; tenha claro os compromissos ético-políticos profissionais e seja capaz de propor ações teórica e eticamente articuladas, pois, conforme Yamamoto (1992), muitas vezes o profissional se perde em ações imediatistas, no preenchimento burocrático de papéis, o que impede a devida articulação com os determinantes que alimentam a reprodução das demandas sociais transformadas em problemas a serem enfrentados no cotidiano profissional.

Esse cotidiano, aliás, é marcado pelas mesmas características que incidem sobre a vida cotidiana de forma mais ampla, entre as quais se destacam: a heterogeneidade (demandas diversas e antagônicas), espontaneidade (cumprimento de rotinas, metas de produtividade), imediatismo (resolutividade rápida de demandas) e superficialidade (ausência de apreensão das mediações). Nesse cenário, as respostas profissionais também assumem

características determinadas, a exemplo da ultrageneralização (agir com base em experiências anteriores), do “bem conhecido” (que de supostamente “tão conhecido” não requer maior aprofundamento), da confiança (crenças, certezas), da analogia e imitação (situações “semelhantes”) (Guerra, 2013).

De acordo com Guerra (2013, p. 52), considerando essas características:

[...] o cotidiano profissional é pleno de requisições de cumprimento de normas, regulamentos, orientações ou decisões superiores, os quais impõem ao profissional a necessidade de respostas às mesmas. Neste contexto, a prioridade é responder aos fenômenos, não importa como, disto resultando um conjunto de respostas profissionais rápidas, ligeiras, irrefletidas, instrumentais, baseadas em analogias, experiências, senso comum, desespecializadas, formais, modelares, em obediência a leis superiores, sem a qualificação necessária para distingui-las de respostas atribuídas por leigos.

Diante do exposto, torna-se necessário refletir sobre a temática do planejamento no cotidiano de trabalho do/a assistente social como um importante instrumento a ser acionado e cultivado para uma atuação profissional mais refletida e qualificada, conforme discutiremos a seguir.

### **Duas faces do planejamento: atribuição profissional e instrumento de trabalho**

Planejar perpassa as atividades humanas, das mais simples às mais complexas. Conforme Bertollo (2017, p. 335), “o planejamento é responsável e também decorrência do uso da razão pelo homem nos diferentes contextos e períodos históricos, isto é, no desenvolvimento da humanidade”.

A partir do século XIX, o ato de planejar passa a ser objeto de atenção através da teoria da administração e da figura do administrador. Inicialmente vincula-se à administração privada, sendo incorporado posteriormente pela administração pública (Barbosa, 1991 *apud* Bertollo, 2017).

O planejamento, a execução e a avaliação das ações devem se constituir como momentos importantes no contexto da gestão social. Conforme Baptista (2002 *apud* Bertollo, 2016, p. 336):

A planificação, no processo de planejamento, é realizada no momento em que, após a tomada de um conjunto de decisões, definidas em face de uma realidade determinada, inicia-se o trabalho de sistematização das atividades e dos procedimentos necessários para o alcance dos resultados previstos.

A operacionalização do planejamento é viabilizada através de planos, programas e projetos vinculados às áreas em que se atua: o plano definindo ações de forma mais ampla; o programa sendo considerado a setorização do plano, e o projeto sendo entendido como o instrumento de maior nível de detalhamento das ações e de menor âmbito de abrangência (Baptista, 2002 *apud* Bertollo, 2017).

De acordo com Bertollo (2017, p. 337), o planejamento constitui-se em um ato técnico e político:

Técnico porque pressupõe a racionalidade das ações ponderando uma série de condicionantes, dentre eles: prazos e recursos existentes. Político porque se inscreve no contexto de tomada de decisões onde a correlação de forças e de interesses distintos evidenciam-se entre os sujeitos.

Nesse sentido, inexistiu neutralidade quando da realização do planejamento, uma vez que a função do planejador está relacionada às suas opções e posições na esfera das relações sociais.

Em se tratando do Serviço Social, os/as profissionais participam da organização institucional dos serviços desde quando foram incorporados às grandes instituições de política social, ainda nos anos 1940. Contudo, essa atuação se intensifica de maneira mais efetiva a partir dos anos 1970, com a modernização do Estado e das instituições, durante o Regime Militar. E com o processo de reordenamento das políticas de seguridade social, especialmente com a municipalização das políticas de saúde e assistência, nos anos 1990, houve uma maior requisição de assistentes sociais para atuar na organização e gestão dos serviços. (Trindade, 2013).

O planejamento não é uma atividade individual ou solitária. Pelo contrário, deve ser embasado nos parâmetros profissionais construídos coletivamente e consolidados na trajetória profissional. Nesse sentido, deve encontrar seus fundamentos na Lei de Regulamentação da Profissão (Brasil, 1993), no Código de Ética Profissional (CFESS, 1993) e nas Diretrizes Curriculares para a Formação Profissional (1996). Esse conjunto de elementos que consolida o Projeto Ético-Político da profissão apresenta a direção teórico-metodológica e ético-política a ser trilhada pelos/as assistentes sociais.

Entre as competências do/a assistente social previstas no artigo 4º da Lei Nº 8.662/1993, a referência ao planejamento se expressa em alguns trechos, conforme observamos a seguir (Brasil, 1993):

I - elaborar, implementar, executar e avaliar políticas sociais junto a órgãos da administração pública, direta ou indireta, empresas, entidades e organizações populares;

II - elaborar, coordenar, executar e avaliar planos, programas e projetos que sejam do âmbito

de atuação do Serviço Social com participação da sociedade civil;

VI - planejar, organizar e administrar benefícios e Serviços Sociais;

VII - planejar, executar e avaliar pesquisas que possam contribuir para a análise da realidade social e para subsidiar ações profissionais;

X - planejamento, organização e administração de Serviços Sociais e de Unidade de Serviço Social;

Entre as atribuições privativas previstas no artigo 5º da citada lei, o planejamento também se destaca:

I - coordenar, elaborar, executar, supervisionar e avaliar estudos, pesquisas, planos, programas e projetos na área de Serviço Social;

II - planejar, organizar e administrar programas e projetos em Unidade de Serviço Social (Brasil, 1993).

Essas atribuições se refletem na ampliação do mercado de trabalho do/a assistente social, com novas funções sendo assumidas, a exemplo dos cargos de chefia/gestão de diversas políticas setoriais, em organizações não governamentais, entre outras, nas quais o planejamento se coloca como central no desenvolvimento do trabalho.

Em se tratando da área da saúde, o documento “Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde”, publicado pelo Conselho Federal de Serviço Social (CFESS, 2010), que objetiva referenciar a intervenção dos profissionais de Serviço Social na área, prevê também ações de planejamento e gestão: Ações Socioassistenciais; Ações de Articulação com a Equipe de Saúde; Ações Socioeducativas; Mobilização, Participação e Controle Social;

## **Investigação, Planejamento e Gestão; Assessoria, Qualificação e Formação Profissional.**

O eixo “Investigação, Planejamento e Gestão” envolve um conjunto de ações que tem como perspectiva o fortalecimento da gestão democrática e participativa capaz de produzir, em equipe e intersetorialmente, propostas que viabilizem e potencializem a gestão em favor dos usuários e trabalhadores de saúde, na garantia dos direitos sociais (CFESS, 2010, p. 60).

O processo de descentralização das políticas sociais tem requisitado dos/as profissionais de Serviço Social a atuação nos níveis de planejamento, gestão e coordenação de equipes, programas e projetos, prerrogativa que deve ser embasada pela realização de estudos e pesquisas que revelem as reais condições de vida e as demandas da classe trabalhadora, além de sondagens sobre o perfil e situação de saúde dos/as usuários e da coletividade. Esse processo objetiva alimentar a formulação, implementação e monitoramento do planejamento do Serviço Social, da política institucional, bem como da política de saúde local, regional, estadual e nacional (CFESS, 2010).

Outra demanda é a inserção de assistentes sociais nos processos de auditoria de gestão, a partir do monitoramento, investigação, regulação e avaliação dos serviços prestados, com o objetivo da melhoria da qualidade dos serviços, buscando superar os impasses vividos na política de saúde.

Observa-se, assim, através do planejamento, a ampliação das funções exercidas pelo/a profissional de Serviço Social em diversas áreas, incluindo a saúde. Contudo, outra dimensão do planejamento que precisa ser reconhecida e valorizada é aquela que trata diretamente do exercício profissional nas políticas e serviços sociais.



Conforme Trindade (2013, p. 101):

[...] os assistentes sociais têm participado das ações de planejamento e de administração dos serviços e das instituições; entretanto, é necessário ressaltar que isso não significa a consolidação das ações de planejamento e avaliação para as ações do Serviço Social, para a própria organização profissional em relação às suas atribuições e à sua contribuição na equipe. Nossas pesquisas sobre mercado de trabalho têm mostrado uma baixa frequência de planejamento da ação do Serviço Social, o que aponta para uma possível insuficiência de momentos de reflexão sobre as possibilidades de ação, sobre a sua organização prévia e sobre a posterior avaliação dos resultados alcançados.

Podemos afirmar, então, que o planejamento enquanto estratégia ou instrumento de trabalho do assistente social se apresenta como um grande desafio para profissionais que se veem, muitas vezes, sobrecarregados/as por um grande volume de demandas e em condições de trabalho precárias.

Em contrapartida, em outras situações, o planejamento se constitui pelo cumprimento formal de uma norma institucional, distante do seu real significado de instrumento que pode permitir a reflexão e a projeção de ações profissionais mais qualificadas e socialmente referenciadas.

Conforme destacado na fala de um dos entrevistados no estudo de Carvalho (2016, p. 40):

[...] em muitas instituições o que prevalece é o modelo normativo, aquele planejamento que vem de cima pra baixo, é uma forma de se pensar em objetivos e as metas da instituição. Ou seja, a instituição decide quem vai pensar esse

planejamento e quem irá passar ou reproduzir para aqueles que vão executar. [...] o Assistente Social, tem que, muitas vezes, engolir esses objetivos e métodos da instituição. Guiado, na maioria das vezes por resultados quantitativos, e deste modo, ao próprio usuário, não lhe é dada a oportunidade de participar do planejamento, de algo que vai ser destinado a ele mesmo. [...] (Entrevistado 1)

Enquanto instrumento de trabalho, o planejamento requer um processo de reflexão sobre a realidade profissional, incluindo a política social que se articula à instituição em que se atua, e a respeito de quem são os/as usuários/as do serviço e quais as principais demandas apresentadas. A intencionalidade do fazer profissional, ainda que fundamentada em princípios mais amplos, será moldada pela realidade específica de determinada instituição ou serviço, que necessita ser conhecida com propriedade pelo/a assistente social.

Conforme Couto (2009), a construção de um projeto profissional requer o pensar sobre alguns aspectos fundamentais:

- Identificação Institucional (finalidade, organização, público);
- Forças institucionais (identificação de projetos solidários ou antagônicos);
- Pressupostos teóricos (expressões da questão social compreendidas na sua relação com os determinantes sócio-históricos).

Outra consideração importante apresentada pela autora diz respeito à sistematização do que se planeja realizar (Couto, 2009, p. 7):

Para que o assistente social possa ter o projeto de trabalho como estratégia de reconhecimento profissional, o projeto deve ser escrito,

não pode estar apenas na cabeça do profissional, a sua materialização é fundamental. É necessário que ele possa ser acessado, acompanhado e entendido.

Independentemente da amplitude do que se pretende propor enquanto ação mais sistematizada, sejam planos, programas ou projetos, alguns elementos são considerados indispensáveis nessas propostas:

- 1 - Apresentação/Justificativa/Diagnóstico
- 2 - Objetivos
- 3 - Metodologia
  - Metas
  - Recursos
  - Ações
- 4 - Resultados esperados
- 5 - Avaliação (profissionais + usuários/as)
- 6 - Cronograma

Além desses elementos, outros itens podem ser considerados, a depender da realidade específica em que se atua. Um aspecto que se coloca como importante na contemporaneidade é a participação da população nos processos de planejamento e avaliação. Conforme Bertollo, (2017), é preciso alargar o espaço “técnico”, trazer para o processo de tomada de decisão os/as mandatários/as das ações, reconhecê-los/as como sujeitos de direitos, dar-lhes o poder de voz, de decisão, de participação efetiva.

Nessa direção, o planejamento a partir de metodologias participativas e horizontais deve ser priorizado nos atos de planejar, executar e avaliar, uma vez que os indivíduos devem ser concebidos enquanto sujeitos políticos com capacidade de interferir

nas deliberações, no que e como está sendo proposto. Essa perspectiva caminha na direção do Projeto Ético-Político do Serviço Social, materializado no Código de Ética profissional e na Lei de Regulamentação da profissão.

### **Algumas reflexões finais**

Diante dos desafios já sinalizados para a vivência efetiva do planejamento no cotidiano profissional de assistentes sociais, alguns questionamentos nos parecem fundamentais:

- O planejamento é parte orgânica do cotidiano profissional? – quando existe espaço e condições para planejar as ações profissionais, de forma sistemática e com previsão na agenda do profissional.
- O planejamento é parte de uma rotina burocrática? – quando ele integra mais uma rotina formal para o atendimento de metas institucionais.
- O planejamento não cabe na rotina? – quando o muito a fazer torna o planejamento “supérfluo”, um “luxo”, ou um tempo que se “perde”.

Essas reflexões podem contribuir para uma avaliação franca sobre o cotidiano de trabalho, seus limites e possibilidades.

Outra iniciativa que pode nos ajudar a pensar o planejamento na nossa realidade profissional é a Classificação das Ações Realizadas. Sabemos que o/a assistente social atende a diversas demandas, muitas das quais vão sendo incorporadas à dinâmica de trabalho sem muita reflexão, porque o que não cabe às outras áreas supostamente pode ser destinado ao Serviço Social. E, nesse processo, podemos nos transformar naquele/a que tudo faz e, ao mesmo tempo, nada faz, já que não construímos uma identidade

profissional reconhecidamente consolidada no nosso espaço de trabalho.

Nesse sentido, um primeiro passo é buscar articular as ações realizadas (todas elas) às atribuições profissionais. Para tanto, a título de sugestão, pode ser elaborado um instrumento para avaliar as ações presentes no cotidiano profissional e os fins que elas atendem, delimitando o que é realizado de acordo com os objetivos institucionais e os objetivos profissionais (atribuições e competências).

#### Quadro para classificação das ações profissionais

Ações realizadas	Atribuições/Competências “profissionais”

A partir dessa construção, será possível identificar quais atribuições profissionais estão sendo materializadas, quais não estão, e, tão importante quanto, poderemos identificar tudo o que não compete ao/à assistente social, mas foi incorporado ao trabalho profissional, seja pela cultura institucional, seja porque nenhum/a outro/a profissional faz.

Na área da saúde, por exemplo, em muitas realidades é destinada ao/à assistente social a comunicação de óbito. Esse tema veio novamente à tona no contexto da pandemia da Covid-19, mas é recorrente no trabalho de assistentes sociais na área, motivando a publicação da Orientação Normativa Nº 3 de 2020 pelo CFESS, que dispõe sobre ações de comunicação de boletins de saúde e óbitos por assistentes sociais.

As orientações apontam que a comunicação de óbito deve ser realizada por profissionais qualificados/as, que tenham conhecimentos específicos da *causa mortis* dos/as usuários/as dos

serviços de saúde, cabendo um trabalho em equipe (médico/a, enfermeiro/a, psicólogo/a e/ou outros profissionais), atendendo à família e/ou responsáveis, sendo o/a assistente social responsável por informar a respeito dos benefícios e direitos referentes à situação, previstos no aparato normativo e legal vigente. O/A assistente social não deve informar ao/à paciente e/ou seus familiares sobre as condições clínicas de saúde, tratamentos propostos, evolução da doença e prognósticos, direitos estes que devem ser garantidos e assumidos por profissionais que tenham competência para tal (CFESS, 2020).

Como podemos observar, o texto da normativa considera que a tarefa de informar sobre a situação de saúde e óbito de pacientes deve ser feita por profissionais capacitados, com acesso a informações específicas sobre a condição de saúde dos sujeitos, aspecto que não é alvo da formação em Serviço Social e, conseqüentemente, não deve compor a atuação de assistentes sociais.

A necessidade de sistematizar em um documento que determinada atividade não é específica de nossa área, por si só, já aponta os desafios enfrentados pela categoria de assistentes sociais no exercício de seu trabalho. Ao mesmo tempo, revela o importante papel desempenhado pelo conjunto CFESS e Conselhos Regionais de Serviço Social (CRESS) no enfrentamento desses desafios.

Outras profissões também vivenciam essa realidade. Podemos citar, por exemplo, os debates sobre as especificidades na atuação de enfermeiros/as e técnicos/as de enfermagem e sobre o que não é atribuição do/a conselheiro/a tutelar.

No caso do Serviço Social, é importante considerar que, se ocupamos nosso tempo de trabalho com o que não nos compete, estamos deixando descobertas várias atribuições que poderiam ser realizadas, fazendo uma significativa diferença para o atendimento de usuários/as e para a qualidade dos serviços prestados.

Essas reflexões só corroboram a importância de, cada vez mais, investirmos na qualificação profissional desde o início da formação em Serviço Social. Precisamos avaliar nossos projetos

pedagógicos de curso, buscando identificar em quais momentos estamos trazendo a discussão sobre o planejamento e refletindo se as abordagens sobre o tema não estão se constituindo em cumprimentos formais de conteúdos e atividades.

É necessário articular de forma orgânica o conteúdo do planejamento enquanto instrumento ou estratégia de trabalho profissional aos componentes curriculares de estágio, de forma a propiciar que discentes desenvolvam a capacidade de articular conteúdos teóricos e compromissos ético-políticos com as propostas de intervenção na realidade. E, tão importante quanto, é necessário propiciar momentos de capacitação e educação permanente para a categoria profissional das mais diversas áreas de atuação, sendo importante a construção de parcerias entre universidades e conselhos regionais de Serviço Social nesse processo.

Finalizamos esta breve reflexão trazendo um provérbio chinês que diz: “Se você quer saber como foi seu passado, olhe para quem você é hoje. Se quer saber como vai ser seu futuro, olhe para o que está fazendo hoje” (Pensador, c2023). Então, é no momento presente que nos reencontramos com o nosso passado e nos projetamos para o futuro. Se desejamos construir uma nova realidade social e profissional, precisamos nos mobilizar aqui e agora com as condições que nos limitam e as possibilidades que nos libertam.

Como diz o poeta Gonzaguinha (Nunca [...], c2023): “vamos lá fazer o que será”.

## Referências

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENSINO E PESQUISA EM SERVIÇO SOCIAL (ABEPSS). **Diretrizes Gerais para o Curso de Serviço Social**: com base no Currículo Mínimo aprovado em Assembléia Geral Extraordinária de 8 de novembro de 1996. Rio de Janeiro: ABEPSS, 1996. Disponível em: [https://www.abepss.org.br/arquivos/textos/documento\\_201603311138166377210.pdf](https://www.abepss.org.br/arquivos/textos/documento_201603311138166377210.pdf). Acesso em 29 jul. 2023.

BERTOLLO, K. Planejamento em Serviço Social: tensões e desafios no exercício profissional. **Revista Temporalis**, [S. l.], v. 16, n. 31, p. 333-356, 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/temporalis/article/view/11943>. Acesso em: 24 out. 2023

BRASIL. **Lei 8.662 de 07 de junho de 1993**. Dispõe sobre a profissão de Assistente Social e dá outras providências. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18662.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18662.htm). Acesso em: 17 ago. 2023.

CARVALHO, Michelle Aparecida Araújo de. **Planejamento em Serviço Social**: uma ferramenta para intervenção profissional. 2016. 53 f. Orientador: Prof. Dr. Ramiro Marcos Dulcich Piccolo. Monografia (Graduação) – Universidade Federal Fluminense, Rio das Ostras, 2016.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). **Orientação Normativa Nº 3, de 31 de março de 2020**. Dispõe sobre ações de comunicação de boletins de saúde e óbitos por assistentes sociais. Brasília: CFESS, 2020. Disponível em <http://www.cfess.org.br/arquivos/OrientacaoNormat32020.pdf>. Acesso em: 17 ago. 2023.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). **Código de ética do/a assistente social**: Lei 8.662/93 de regulamentação da profissão. 10. ed. rev. e atual. Brasília: CFESS, 2012. Disponível em: [https://www.cfess.org.br/arquivos/CEP\\_CFESS-SITE.pdf](https://www.cfess.org.br/arquivos/CEP_CFESS-SITE.pdf). Acesso em 29 jul. 2023.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). **Parâmetros para atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde**. Brasília: CFESS, 2010. (Série Trabalho e Projeto Profissional nas Políticas Sociais).

COUTO, B. R. Formulação de projeto de trabalho profissional. **Serviço Social, Direitos Sociais e Competências Profissionais**, Brasília, p. 1-124 2009.



GUERRA, Y. A dimensão técnico-operativa do exercício profissional. *In: GUERRA, Y. A dimensão técnico-operativa no Serviço Social: desafios contemporâneos*. 2. ed. Juiz de Fora: Editora UFJE, 2013.

GUERRA, Y. A instrumentalidade no trabalho do assistente social. *In: CFESS; ABEPSS; UNB. Cadernos de Capacitação em Serviço Social*. Brasília: UNB, Centro de Educação Aberta, Continuada a Distância, 2000. (Módulo 4: O trabalho do assistente social e as políticas sociais).

IAMAMOTO, Marilda. **O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. São Paulo: Cortez, 1992.

NETTO, J. P. **Capitalismo Monopolista e Serviço Social**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1996.

NUNCA pare de sonhar. Composição: Gonzaguinha. **Letras**, c2023. Disponível em: <https://www.lettras.mus.br/gonzaguinha/46281/>. Acesso em: 20 set. 2023.

PENSADOR. **Provérbio chinês**. c2023. Disponível em: <https://www.pensador.com/frase/ODk2NTkz/>. Acesso em: 20 set. 2023.

TRINDADE, R. L. P. Ações profissionais, procedimentos e instrumentos no trabalho dos assistentes sociais nas políticas sociais. *In: GUERRA, Y. A dimensão técnico-operativa no Serviço Social: desafios contemporâneos*. 2. ed. Juiz de Fora: Editora UFJE, 2013.

TRINDADE, R. L. P. Desvendando as determinações sócio-históricas do instrumental técnico-operativo do Serviço Social na articulação entre demandas e projetos profissionais. **Revista Temporalis**, [S. l.], n. 4, p. 21-42, 2002.

# CAPÍTULO 9

## A SAÚDE MENTAL DO/A TRABALHADOR/A EM TEMPOS DE ULTRANEOLIBERALISMO

Fernanda Luma G. Barboza<sup>1</sup>  
Glaucineth Cavalcante<sup>2</sup>  
Jacira dos Santos Silva<sup>3</sup>

### Introdução

O recrudescimento da agenda ultraneoliberal e o novo padrão de regulação do trabalho no Brasil, marcado pela precarização, terceirização, aumento da informalidade e plataformização do trabalho, vêm modificando profundamente os direitos individuais e coletivos dos/as trabalhadores/as, cujas consequências são determinantes para o aumento dos agravos (adoecimentos e acidentes) relacionados aos exercício laboral.

Diante desse contexto, o debate acerca do binômio saúde-trabalho é uma temática relevante a ser considerada quando se discutem as condições sociais e laborais da classe trabalhadora.

---

1 Assistente social; especialista em Saúde Mental; mestra e doutora em Serviço Social; coordenadora do Projeto Sobre Suicídio e pesquisadora da Universidade Federal do Piauí (UFPI).

2 Assistente social do Centro Regional de Reabilitação e Assistência em Saúde do/a trabalhador/a (Cerast); mestra em Serviço Social.

3 Assistente social do Centro Regional de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest) da Regional de João Pessoa (PB); multiplicadora em Vigilância em Saúde do/a Trabalhador/a (Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz); mestra em Serviço Social; doutoranda em Sociologia pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB).

Outrossim, a premissa crível é a de que o processo de contrarreforma do Estado, enquanto parte das estratégias de enfrentamento da crise do capitalismo, tem impactado fortemente as atuais relações sociais de trabalho, nos mais variados setores econômicos, urbanos e rurais, com implicações para a promoção do aumento de ocultação dos acidentes e dos adoecimentos, sobretudo, em virtude das novas formas de contrato de trabalho, além da fragilização dos sistemas de fiscalização e das instituições de efetivação de direitos do país, sobretudo, durante os últimos quatro anos do governo federal, presidido por Jair Bolsonaro, de viés conservador e neofascista.

Frente às diversas formas de violência, no seu sentido amplo e genérico, que acompanham as vidas de todos/as trabalhadores/as desde os primórdios da história, somente a partir dos anos de 1980, passou a ser abordada e identificada a modalidade de violência que destrói o ambiente de trabalho, reduzindo a produtividade e favorecendo o absenteísmo. Desse modo, trata-se de expressões de violência do e no trabalho que, apesar de não serem um problema dos dias atuais, são manifestações que se prologam no tempo sócio-histórico, tomando novas roupagens.

Envolto na questão em destaque, consideramos o assédio moral uma temática complexa e polêmica, mas que é com frequência apontada como efetiva no processo de exploração e dominação inerente à relação entre capital e trabalho, desestabilizando a vida daquele/a que sofre os efeitos dessa prática no ambiente profissional. O assédio moral tem se tornado uma questão recorrente nas pautas de discussão dos sindicatos da classe trabalhadora no Brasil, bem como nas pesquisas acadêmicas das mais diversas áreas de estudo. Esse problema vai muito além de uma mera agressão, pois abrange o uso do poder e da força, podendo ser social, política, econômica, psicológica ou moral.

Vale ressaltar, como agravante, que muitos estudos têm asseverado que na próxima década seremos instados a manejar os muitos e variados impactos psicológicos, emocionais e neurológicos deixados e/ou piorados pela pandemia do coronavírus (Covid-19)

e todo o conjunto de mudanças que ela deixou no mundo que conhecíamos.

### **Ultraneoliberalismo: a negação de direitos e os impactos na saúde do/a trabalhador/a**

As transformações societárias ocorridas no capitalismo a partir do último quartel do século XX, que acarretaram significativas mudanças na organização, na gestão da força de trabalho e na relação de classes, são decorrentes, como observa Mészáros (2011), do esgotamento do padrão de produção fordista-keynesiano, fruto da queda da taxa de lucro, cujas consequências fomentaram alterações político-institucionais no Estado, com rebatimentos nos direitos sociais conquistados arduamente pela classe trabalhadora.

A destruição dos direitos sociais e trabalhistas se configura como uma estratégia engendrada nos governos ultraliberais, que no Brasil está em curso desde os anos 1990. Para Behring (2008, p. 149), o processo de contrarreforma do Estado se constitui enquanto uma estratégia ortodoxa neoliberal, que propõe um “[...] um forte enxugamento do Estado, como saída para a crise econômica e social brasileira”. Ademais, esse cenário também é marcado por uma nova ofensiva do capitalismo mundial, denominada por Mota (2008, p. 110), como “[...] uma contrarreforma social e moral, na perspectiva de recompor a hegemonia burguesa no país [...]”, que passa a questionar o tamanho e atribuições do Estado. Representa, sem dúvida, uma política que impõe a necessidade de radicalização em torno de uma “suposta competitividade”, com efeitos desorganizadores sobre a economia, sobre a sociedade e sobre os direitos de cidadania inscritos na Constituição Federal de 1988.

Essa realidade se agrava a partir da aprovação da contrarreforma trabalhista (Lei Nº 13.467/2017) e previdenciária (Emenda Constitucional Nº 103, de 12 de novembro de 2019), assim como da Emenda Constitucional Nº 95/2016, conhecida por PEC do Teto dos Gastos Públicos, que institui o chamado Novo Regime Fiscal,

inviabilizando o Sistema Único de Saúde (SUS) e o conjunto da Seguridade Social, para adequar o Estado de modo a atender as orientações e requisições do capital financeiro internacional.

Com relação à contrarreforma trabalhista, desde a sua aprovação, ocorrida de forma célere, vem se firmando instantâneo e inédito retrocesso social na lenta história de afirmação dos direitos sociais em nosso país. Por meio da narrativa de “modernização”, trouxe na sua essência, um processo de precarização ainda mais intenso das relações laborais, com alterações significativas na Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), a exemplo da terceirização, que possibilita a redução do nível salarial, jornadas de trabalho mais longas, rotatividade, menor estabilidade, aumento dos acidentes de trabalho e das incapacidades provocadas, e maior desgaste da saúde com aumento das doenças mentais do trabalho, em decorrência da precariedade das condições e ambientes de atuação (Krein, 2018).

Nesse cenário, situa-se a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT), que passa a ser afetada frente à aceleração do ultraneoliberalismo, que viabiliza o desmonte do sistema de proteção social, criando mecanismos para dificultar as possibilidades de fortalecimento da saúde do/a operário/a no contexto do SUS.

A elaboração do campo da saúde do/a trabalhador/a é fruto dos movimentos sindicais e do movimento da Reforma Sanitária brasileira, além de resultar das discussões e debates teóricos construídos no interior da academia, que buscavam resgatar a função social do trabalho, compreendendo os agravos à saúde do/a trabalhador/a para além dos acidentes e doenças, assim como ampliando o olhar do processo saúde-doença para além do ambiente profissional. A PNSTT representa um marco regulatório da saúde do/a trabalhador/a, instituída pela Portaria do Ministério da Saúde Nº 1.823/2012, tendo como objetivo definir os princípios, as diretrizes e as estratégias a serem observadas no SUS para o desenvolvimento da atenção integral à saúde do/a trabalhador/a, com ênfase na vigilância, visando à promoção e a proteção da saúde, assim

como a redução da morbimortalidade decorrente dos modelos de desenvolvimento e dos processos produtivos (Brasil, 2012).

No campo da saúde do/a trabalhador/a no SUS, situam-se os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), que compõem a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST)<sup>4</sup>, que tem como objetivo promover ações para melhorar as condições laborais e a qualidade de vida dos/as trabalhadores/as por meio da vigilância com foco na prevenção de agravos, promoção, diagnóstico, tratamento e reabilitação em saúde, oferecida por meio de um suporte técnico especializado inserido na Rede de Atenção à Saúde (RAS).

A Área Técnica de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora do Ministério da Saúde compreende a Saúde do/a Trabalhador/a como

[...] um campo do saber que visa compreender as relações entre o trabalho e o processo saúde/doença. Nesta acepção, considera a saúde e a doença como processos dinâmicos, estreitamente articulados com os modos de desenvolvimento produtivo da humanidade em determinado momento histórico. Parte do princípio de que a forma de inserção dos homens, mulheres e crianças nos espaços de trabalho contribui decisivamente para formas específicas de adoecer e morrer (Brasil, 2001, p. 7).

---

4 A Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do/a Trabalhador/a foi criada em 2002, por meio da Portaria Nº 1.679/GM, com objetivo de disseminar ações de saúde do/a trabalhador/a, articuladas às demais redes do Sistema Único de Saúde. Com a definição da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, a RENAST passou a ser a principal estratégia da organização da Saúde do/a Trabalhador/a no SUS, sob a responsabilidade da então Área Técnica de Saúde do Trabalhador do Ministério da Saúde, hoje Coordenação Geral da Saúde do Trabalhador – CGSAT (BRASIL, 2021).

Tendo por base diretrizes da PNSTT, os serviços e ações do SUS devem incorporar a categoria trabalho nos determinantes do processo de saúde-doença dos/as trabalhadores/as, bem como da coletividade, assegurando, assim, que os processos e condições de trabalho sejam considerados no momento de atendimento ao/à trabalhador/a. Apesar desse direcionamento, observamos que a não inserção da categoria trabalho como determinante social central da saúde pública ainda é uma realidade no Brasil. (Vasconcellos, 2013).

Destarte, o binômio trabalho-saúde ganha relevância em razão das atuais condições de precariedade laboral, derivadas dos efeitos da crise do capitalismo, cujo novo padrão de acumulação, mundializado e financeirizado, afeta a lógica de organização e gestão trabalhistas, ocasionando o aumento dos acidentes de trabalho, das incapacidades provocadas e do desgaste da saúde, com intensificação das doenças mentais do trabalho, em virtude, sobretudo, da precariedade das condições de atuação.

Essa realidade se manifesta ao observarmos que os agravos à saúde do/a trabalhador/a continuam a ser um sério problema de saúde pública no mundo. De acordo com a Organização Internacional do Trabalho (OIT) e a Organização Mundial de Saúde (OMS), quase 2 milhões de trabalhadores/as morrem a cada ano em razão do trabalho (OMS/OIT [...], 2021). No Brasil, os dados também são bastante graves. Registros do Observatório de Segurança e Saúde no Trabalho (2023) apontam que, de 2012 a 2022, foram comunicados 6,7 milhões de acidentes de trabalho e 25,5 mil mortes no trabalho formal no país. No estado da Paraíba, somente em 2022, de acordo com o referido Observatório, ocorreram 5,6 mil acidentes de trabalho. Em média, dois trabalhadores/as morrem a cada 30 dias em decorrência do trabalho.

Esses dados são mais graves quando consideramos os acidentes e adoecimentos ocorridos com trabalhadores/as que se encontram na informalidade, que não são segurados/as pela Previdência Social e, portanto, não entram nas estatísticas oficiais. Na sua maioria, tais ocorrências com informais também não são notificados

pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN)<sup>5</sup>. A subnotificação é preocupante, visto que a produção da informação para o campo da saúde do/a trabalhador/a é importante para a compreensão ampliada do processo de saúde-doença e trabalho, além de possibilitar produzir informações que servirão de base para a formulação de processo de Vigilância em Saúde do/a Trabalhador/a (VISAT)<sup>6</sup>.

Pautado pela hegemonia ultraneoliberal, as políticas direcionadas à saúde do/a trabalhador/a, tradicionalmente estruturadas para atender as demandas dos/as profissionais assalariados/as, são diretamente afetadas pela crise do capital e pelo processo de desregulamentação do trabalho. Essa realidade tem sido observada a partir das alterações ocorridas no padrão de proteção social trabalhista, a exemplo do aumento da flexibilização e informalidade, da terceirização ampla e irrestrita, do trabalho temporário, do teletrabalho e da uberização, cujas consequências são nocivas para os/as trabalhadores/as, visto que estes/as encontram-se alijados/as das estruturas institucionais do Estado e, conseqüentemente, sujeitos a situações de maior insegurança e degradação das condições de saúde nos ambientes de trabalho.

Ademais, esse cenário de crise já vivenciada no país desde 2016, em razão do forte ataque aos direitos dos/as trabalhadores/as promovido pelo golpe parlamentar e do retorno acelerado do neoliberalismo ortodoxo, ficou mais exacerbado com os efeitos da pandemia da Covid-19, que acentuou ainda mais a desigualdade social no país, “[...] trazendo mais uma vez a necessidade de discutir antigos problemas, como o acesso aos serviços de saúde, a mercantilização da saúde e da vida, a falta de saneamento básico, o racismo

---

5 Tem como objetivo coletar, transmitir e disseminar dados gerados rotineiramente pelo Sistema de Vigilância Epidemiológica brasileiro, e serve de apoio à avaliação das doenças de notificação compulsória, previstas em lei e que devem ser informadas obrigatoriamente às autoridades do país quando identificadas. (Brasil, 2021)

6 A VISAT compõe as ações de Vigilância em Saúde, com foco na promoção da saúde dos/as trabalhadores/as e prevenção de riscos oriundos das condições laborais, causadores de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho.



estrutural, a precarização do trabalho e o desemprego”. (Olivar; Boim, 2021, p. 163).

Nos países da periferia do capitalismo, caso do Brasil, além da perda de milhares de vidas, enfrentamos, ainda, maior precarização do trabalho, aumento do desemprego e, conseqüentemente, intensificação da pobreza e da fome, entre outras expressões da questão social, atingindo, maiormente, segmentos historicamente mais vulneráveis e desprotegidos da população. Desse modo,

Em uma sociedade marcada por profundas disparidades de classe, raça/etnia e de gênero, é evidente que essa crise não atingirá todos(as) da mesma maneira: novamente, os segmentos mais pauperizados da classe trabalhadora, em geral negros e negras, LGBTQI+, serão aqueles que pagarão o preço mais alto. Para muitos, custou a própria vida ou a de seus familiares, mortos pela covid-19, pela fome ou pela violência decorrente desse caótico quadro social (Yazbek *et al.*, 2021, p. 7-8).

Além disso, a pandemia de Covid-19 impactou o mundo do trabalho, desencadeando mudanças e problemas emocionais por onde passou, afetando todos não apenas na saúde física, mas também, e principalmente, na saúde mental. E quando usamos o termo “principalmente” não é por tentar medir qual impacto trouxe mais malefícios. A ideia não é comparar saúde física e mental (até porque cada vez mais se mostra impossível separá-las em caixinhas e atingir uma sem tocar a outra), mas evidenciar que, em termos de alcance quantitativo, mesmo quem escapou aos sintomas e diagnóstico da Covid-19, provavelmente não pode fazer a mesma afirmação sobre não ter carregado, ao menos em algum momento, a sintomática emocional que a pandemia colocou em cena, expressa em impactos no sono, ansiedade, estresse, aumento de consumo de bebidas alcoólicas e outras drogas, e sintomas depressivos, entre outros problemas.

Nesse contexto, pelas particularidades da Covid-19, não se pôde fazer o acompanhamento dos/as usuários/as, independentemente do motivo da sua internação, sendo suspenso qualquer tipo de visita. Em virtude da pandemia, houve intensificação da carga de trabalho para algumas profissões, entre as quais o Serviço Social, de tal modo que, com o grande volume de demandas, não se tinha um fluxo de atendimento preestabelecido. No entanto, como o trabalho do/a assistente social é necessariamente coletivo, sugerindo a necessidade de informação sobre determinada realidade e a comunicação entre nós, e considerando que, os serviços de saúde também têm responsabilidade nessa questão, ficou evidente durante a pandemia que o Serviço Social é a profissão que melhor conhece as necessidades da população usuária da saúde.

Assistentes sociais com atuação na saúde têm por objetivo identificar os aspectos econômicos, culturais, políticos e sociais que atravessam o processo de saúde-doença, buscando para o seu enfrentamento uma prática educativa emancipatória e mobilizadora, além de recursos institucionais e comunitários, quando existentes (Bravo; Matos, 2004). Diante desse direcionamento, enfatizamos a importância do direito de acesso à informação sobre os procedimentos adotados nos serviços de saúde, de modo a garantir transparência ao/a usuário/a, uma vez que a comunicação faz parte da materialização desse direito. No entanto, a depender do conteúdo da informação, a comunicação só deve ser feita por profissionais competentes para tal.

Sabemos que não há nenhuma profissão exclusivamente responsável pela concretização de uma política pública. Nesse sentido, a comunicação deve ser atribuída àqueles/as que tenham conhecimento técnico necessário e estejam inseridos na divisão social e técnica do trabalho. As prerrogativas dos/as assistentes sociais estão descritas em textos como os *Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde* (CFESS, 2010), que dá o direcionamento do trabalho de nossa profissão em diferentes eixos da saúde, e o *Código de Ética* (CFESS, 2012), que baseia, entre outros

pontos, nosso compromisso com a socialização das informações pertinentes ao nosso campo de atuação.

Essa demanda vivenciada no período da pandemia de Covid-19 trouxe à tona questões que o Serviço Social já enfrentava, mas, sobretudo, demandas que cresceram e muito em virtude da crise sanitária mundial. Nesse contexto, não era muitas vezes possível atuar através de um fluxo de trabalho preestabelecido. Isso foi particularmente impactante para nós, pois, a despeito de os/as assistentes sociais não deverem assumir atribuições que não constem nas intenções da profissão do Serviço Social, tivemos que enfrentar demandas inadequadas, como a questão confusa sobre informação de boletins de saúde de pacientes internados, salientando que, nesse quesito, o problema da desinformação existe e é sério.

Dessa forma, era e é nítido que muitas dessas demandas dizima respeito, na verdade, à competência do profissional da medicina, como informações referentes ao quadro clínico, transferências e óbitos. Mas, dentro do que compete ao Serviço Social e conhecendo as condições de vida e trabalho da população, fez-se necessário, durante a pandemia, o enfrentamento da questão em destaque, contexto no qual foi fundamental a organização dos fluxos e horários para o contato com as famílias, resguardando, assim, a atuação do/a assistente social diante da necessidade de concepção ampliada de saúde.

As condições de trabalho podem impactar excessivamente a saúde do/a trabalhador/a, ressaltando-se que os problemas da saúde da classe trabalhadora não se resumem somente aos/às operários/as braçais, pois todos os tipos de profissionais estão sujeitos ao adoecimento em face de condições laborais inadequadas. Não é diferente como o/a assistente social. Infelizmente, é forçoso mencionar que nem sempre o/a trabalhador/a consegue provar que a doença adquirida decorreu do seu trabalho, o que dificulta demasiadamente seu retorno e adaptação, a tal ponto que, em muitos casos, ocorre seu desligamento ou afastamento.

Os/as assistentes sociais não escapam dessa situação, haja vista o aumento do desemprego, a pauperização, a redução da intervenção estatal, o enxugamento de gastos públicos e a conversão do trabalho em mero meio de subsistência. Dessa forma, o/a trabalhador/a pode apresentar adoecimento psíquico, fator de expressivas causas de afastamento para reabilitação de saúde. Considerando os cada vez mais frágeis vínculos trabalhistas e a exploração do trabalho da categoria profissional, o adoecimento psíquico ou mental pode não ser detectado em um primeiro momento, dificultando que o/a assistente social perceba o seu grau de adoecimento. A princípio ele/a pode apresentar diversas alterações em seu organismo, em face das condições do trabalho.

Em pleno século XXI, constatamos que as manifestações da violência no trabalho sempre existiram. E não tem sido diferente com a categoria profissional dos/as assistentes sociais. Em nosso âmbito de atuação, a doença psíquica tem sido expressiva. Nesse contexto, há uma perda da razão social do trabalho, ocasionando um abalo psíquico a ponto de levar os/as trabalhadores/as ao estágio depressivo. Segundo Antunes (2006, p. 21), em relação à classe trabalhadora de modo geral, “[...] as mudanças apontadas nas características pessoais e profissionais são, portanto, expressões da adequação da reestruturação produtiva e curso de seus movimentos de tecnificação e racionalização do trabalho [...]”, afetando a qualidade de vida desses/as profissionais, a qualidade dos serviços prestados e a relação com o/a usuário/a, culminando em processos de adoecimento.

Percebemos essa dinâmica de potencial adoecimento na forma de gestão do Estado e, conseqüentemente, na condução das políticas sociais, ao se centrar em metas quantitativas, de cunho caritativo, buscando romper com a ideia da universalização dos direitos sociais. Esse cenário reflete-se diretamente na categoria dos/as assistentes sociais, visto que os objetos de trabalho desses/as profissionais são as expressões da questão social.

Torna-se fundamental debater as especificidades dos adoecimentos físicos e mentais na categoria dos/as assistentes sociais. O

adoecimento psíquico ou mental pode não ser detectado em um primeiro momento, sobretudo porque inicialmente o/a trabalhador/a pode apresentar diversas alterações em seu organismo, em face das condições do trabalho. Há inúmeras expressões de assédio moral praticados contra profissionais em razão do seu exercício laboral que acarretam fortes traumas e outros reflexos de adoecimento. Dessa forma, faz-se necessário com que os/as assistentes sociais, na luta por justiça social junto aos/às usuários/as da política na qual estão inseridos/as, busquem o fortalecimento de lutas coletivas contra o assédio moral e contra todo tipo de opressão oriunda das relações de trabalho.

### **Reflexões sobre a saúde mental do/a trabalhador/a**

Nos últimos anos, os transtornos mentais têm estado no topo do *ranking* de causas de afastamento do trabalho no Brasil. De acordo com uma sondagem realizada em 2019, em vários países, pela empresa de consultoria Capita, com atuação na Europa, Ásia e África, 79% dos trabalhadores/as entrevistados/as sofreram estresse no trabalho; 22% disseram sentir estresse com alta frequência ou o tempo todo e 47% acham que é normal sentir estresse e ansiedade no trabalho (Whitepaper [...], 2019).

A naturalização da ausência de saúde mental ou da presença do adoecimento mental no trabalho demanda de profissões como o Serviço Social, visto seu horizonte ético-político, uma suspensão do cotidiano, a fim de analisar o sofrimento e o adoecimento mentais, principalmente com o crescimento de diagnósticos e do consumo de medicamentos, somados à precarização das condições de trabalho advindas do movimento de acumulação flexível e reestruturação do mundo do trabalho, posto em ação desde a década de 1990, mas piorado após a pandemia de Covid-19. Além disso, esses dados também não podem ser pensados à parte do cenário político de ultraneoliberalismo enfrentado pelo Brasil no (des)governo de Jair Bolsonaro, no qual:

[...] o presidente se cercou do que há de mais liberal, com Paulo Guedes à frente, dando sequência à programática ultraneoliberal do golpe de 2016 e sendo ovacionado pela maioria do empresariado, que aplaude e estimula as privatizações, a destruição da natureza com queimadas criminosas, a destruição dos direitos sociais, uma “reforma” fiscal que pretende desvincular todos os gastos sociais do orçamento e intensificar a contrarreforma trabalhista, para tornar o trabalho ainda mais subsumido ao capital (Boschetti; Behring 2021, p. 72).

Esse cenário, somado ao aumento do desemprego e de empregos temporários e/ou precários, à disseminação da violência, ao consumismo sem freio e sem sentido, ao individualismo e isolamento pelo trabalho *home office* e à desintegração de valores humanos, tem lançado a humanidade numa apatia e num adoecimento sem precedentes.

Tudo isso colaborou para que, durante a pandemia, brasileiros ganhassem mais peso (pela ansiedade generalizada e pelo aumento da alimentação atravessada por *fast foods* e *deliveries*) e fizessem menos exercícios físicos (em parte, porque, na primeira onda de Covid-19, as academias foram fechadas e até mesmo o uso de ambientes abertos como parques foi proibido pelo alto risco de contágio). Houve também aumento global dos distúrbios de ansiedade e depressão, explodiram as queixas sobre insônia e, mais recentemente, não param de vir a público notícias de pessoas armadas que entram em colapso ou surto psicótico e invadem escolas ou o próprio trabalho e matam pessoas.

Isso coloca um dado importante de se ter em conta: localizar até onde o trabalho é origem desse adoecimento e até onde é apenas cenário deste. Afinal, nada mais natural que o sofrimento se expresse no espaço onde muitos/as trabalhadores/as passam mais tempo de vida (até mesmo mais do que na própria casa). No entanto, não se deve eximir o trabalho no capitalismo de seu

potencial de adoecimento e de sensação de ausência de sentido. Inclusive, é no mínimo interessante notar como, por exemplo, só vemos a discussão do suicídio atrelada ao trabalho, após o advento do capitalismo (Barboza, 2023). Há que se pensar a respeito dos reflexos sobre a saúde mental do ser humano provocados por fatores como a ausência de emancipação humana, a impessoalidade cada vez maior das relações, a coisificação do outro e de si próprio, o esvaziamento do eu com o trabalho alienado, o consumismo e a competição crescente.

Feita essa diferenciação, é importante aqui salientarmos alguns fatores de risco ocasionados pelo sofrimento e/ou adoecimento no trabalho. Ressaltamos que fator de risco é diferente de motivo, pois, quando falamos de adoecimento mental, tudo é muito multifatorial, multicausal, desafiando nossa capacidade de localizar um único fator, pessoa ou situação como causa de um adoecimento mental. Mas a literatura aponta fatores de risco, como: competitividade, assédio (e aqui vale um adendo político, que nós estamos saindo do nosso período de trevas, em que quase se institucionalizou a misoginia televisionada e midiaticizada por meio de políticos, e isso não pode estar descolado dessa discussão), ausência de rede de apoio, insegurança social e laboral, herança histórica do coronelismo e da escravidão, e uso excessivo de tecnologias e telas, entre outros.

Essas questões de desdobram em muitas e variadas expressões do sofrimento e/ou adoecimento mental no trabalho, como: dores físicas persistentes sem causa aparente, estresse, distúrbios alimentares, abuso de álcool e drogas, uso excessivo de estimulantes como cafeína, automedicação (principalmente de hipnóticos, ansiolíticos e antidepressivos), *burnout*, depressão, ideação e tentativa suicida. Observamos que, para muitos gestores, esses problemas, quando não são naturalizados, são encarados como uma espécie de dano colateral, o que traz conformidade à ordem posta e submissão a essa estranha ética do trabalho.

Entre esses fatores, detemo-nos em dois: o uso excessivo de estimulantes como a cafeína e a automedicação. Isso faz com que

o/a trabalhador/a entre numa espécie de *doping* laboral, uma vez que tem se tornado parte de sua rotina diária o consumo de estimulantes e/ou de sedativos, hipnóticos, ansiolíticos e antidepressivos.

E esse “e” é ainda mais preocupante do que o “ou” da expressão acima, porque ele caracteriza uma geração que tem necessidade de estimulante de dia para “melhora” do desempenho (seja para ficar acordado por mais tempo para trabalhar, seja para sobrar alguma energia para outras atividades como malhação e sexo) e de hipnóticos à noite (para conseguir desacelerar, se desligar da sua agenda, lidar com o estresse acumulado do trabalho e dormir) – e recomendar no outro dia toda essa roda viva (Barboza, 2023, p. 252).

Um mundo de *doping* laboral fala da necessidade de um sistema que precisa de pessoas ativas e produtivas a todo o tempo. Isso tem que trazer à tona a pergunta: a quem realmente interessa que o/a trabalhador/a não pare? Quem ganha com a captura não só de seu tempo de trabalho, mas também de seu tempo de não trabalho, mantendo onipresente uma vigilância que é marca do condicionamento mental do comportamento produtivo, cada vez mais estranhando o tempo de lazer ou folga, o que acaba por levar sua mente e corpo a uma drenagem (física e mental)?

Estariamos novamente nos rendendo a interesses da classe econômica hegemônica, priorizando o silenciamento de indivíduos e a hegemonia de um mercado? Estariamos naturalizando que devemos seguir injetando o que for necessário nesse corpo, para que ele siga produzindo?

Uma pesquisa realizada pela OMS em 2022 mostra que há muitas cidades de países da periferia do capital com a irrisória média de um profissional de saúde mental para cada 100.000 habitantes; e que menos de 5% das pesquisas financiadas em saúde mental vão para países da periferia do capital – vale ressaltar que temos



expressões da questão social gritantes nesses locais, que diferem em medida, expressão e forma dos países ricos (OMS [...], 2022).

Isso nos faz indagar: quando há garantia de encaminhar para atendimento o/a trabalhador/a adoecido/a, quem o atende? Como atende? Aos interesses de quem ele/a responde nesse atendimento? O que temos visto é que ainda prevalece o modelo biomédico, que foca no tratamento, ao invés de enfatizar a prevenção ou a promoção de saúde, reconhecendo os determinantes sociais do adoecimento.

Diante disso, temos alguns desafios no trato desse tema, dos quais destacamos dois:

1. *Repensar a concepção de saúde* – até onde é humanamente possível, é necessário realizar na prática a definição de saúde da OMS: “um estado de completo bem-estar físico, mental e social”. Seria realista pensar que, sob os auspícios do capital, é possível estar completamente bem em todos os âmbitos? Pensamos que há uma armadilha nesse pensamento que nos torna presas fáceis do apelo ao recurso de “pílulas mágicas” para o alcance dessa ideia de bem-estar (Barboza, 2023).
2. *O enfrentamento da presença de projetos conservadores que se expressam nos olhares e atendimentos de muitos/as assistentes sociais para o/a trabalhador/a adoecido/a e/ou em sofrimento mental* – por vezes, apesar de passadas décadas da reconceituação da profissão, quando se trata de saúde mental, alguns/as profissionais seguem positivistas ou fenomenológicos, desestoricizando essa expressão da questão social com análises fragmentadas e isoladas, a partir de instâncias psicológicas de cunho individual e/ou ajustador, na perspectiva da (re)integração dos “indivíduos-problema” ao cotidiano do trabalho (Iamamoto, 1992).

Muitos podem ser os caminhos traçados para minimizar os estragos, dos quais destacamos a valorização profissional, as

condições adequadas de trabalho e as ações de promoção de saúde mental, como as campanhas do Janeiro Branco e do Setembro Amarelo. Mas sobre estas últimas fazemos um alerta. É preciso pensar em campanhas que não sejam baseadas apenas no discurso que individualiza questões que são sociais e estruturais. Nossos laços brancos e amarelos têm que ser antirracistas, antipatriarcais, anticolonialistas, antiLGBTQIA+fóbico e antimanicomial; precisam ter como horizonte de suas ações, assim como aponta nosso Projeto Ético-Político, a defesa dos direitos humanos e o fim das estruturas de opressão e violência que potencializam o sofrimento mental a partir da exploração e da desigualdade. E isso aponta cada vez mais para a necessária construção de outra ordem societária, que não a do capital, pois esse sistema jamais será humanizado.

### **Considerações finais**

No rastro do desmonte dos direitos sociais, situa-se a saúde do/a trabalhador/a que se encontra em uma “zona de conflito”, que carrega em si as contradições engendradas na relação entre capital e trabalho, marcada por uma massa de trabalhadores/as mutilados/as, adoecidos/as física e mentalmente, além de incapacitados/as de modo definitivo para o trabalho. Nesse sentido, a indissociabilidade entre saúde e trabalho vem exigindo respostas políticas, teóricas e sociais, cuja raiz está na compreensão do trabalho, do seu significado e de suas metamorfoses. O trabalho, compreendido aqui enquanto um processo dinâmico, representa para o/a trabalhador/a sua história individual e coletiva.

Assim, objetivamos discutir neste texto os impactos da política ultraneoliberal no campo da saúde do/a trabalhadora/a, em particular o processo destrutivo que vem ocorrendo nas condições e relações de trabalho, com repercussões na intensificação do sofrimento mental da classe trabalhadora.

Em virtude da complexidade dessa temática, temos inúmeras indagações, aqui trazidas em parte, e que esperamos sejam cada vez

mais ampliadas no nosso cotidiano de trabalho profissional. Uma delas é que a saúde mental é um projeto coletivo para a vida toda, logo é necessária a construção de novos olhares, novas abordagens e narrativas sobre o assunto, que não sejam submissas e replicantes do discurso biomédico, da lógica manicomial e/ou dos apelos da reestruturação do capital via medicalização excessiva da vida.

## Referências

ANTUNES, Ricardo. A classe-que-vive-do-trabalho: a forma de ser da classe trabalhadora hoje. *In*: ANTUNES, Ricardo (org.). **Riqueza de miséria do trabalho no Brasil**. São Paulo: Boitempo, 2006.

BARBOZA, Fernanda Luma G. **Suicídio**: o que sabemos e o que há para além do discurso hegemônico. São Paulo: Dialética, 2023.

BEHRING, Elaine Rossetti. **Brasil em Contra-Reforma**: desestruturação do Estado e perda de direitos. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

BOSCHETTI, Ivanete; BEHRING, Elaine Rossetti. Assistência Social na pandemia da Covid-19: proteção para quem? **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 140, p. 66-83, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0101-6628.238>. Acesso em: 3 jul. 2023.

BRASIL. **Emenda Constitucional Nº 103, de 12 de novembro de 2019**. Altera o sistema de previdência social e estabelece regras de transição e disposições transitórias. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/emendas/emc/emc103.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc103.htm). Acesso em 29 jul. 2023.

BRASIL. **Emenda Constitucional Nº 95, de 15 de dezembro de 2016**. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm). Acesso em 29 jul. 2023.

BRASIL. **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 1º de maio de 1943, e as Leis nº 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: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2015-2018/2017/lei/113467.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/113467.htm). Acesso em 29 jul. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de Saúde do Trabalhador.** Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM Nº 1679 de 19 de setembro de 2002.** Dispõe sobre a estruturação da rede nacional de atenção integral à saúde do trabalhador no SUS e dá outras providências. Disponível em: [https://ftp.medicina.ufmg.br/osat/legislacao/Portaria\\_1679\\_12092014.pdf](https://ftp.medicina.ufmg.br/osat/legislacao/Portaria_1679_12092014.pdf). Acesso em 29 jul. 2023.

BRASIL. Plataforma RESNAT Online. **Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN).** Disponível em: <https://renastonline.ensp.fiocruz.br/temas/sistema-nacional-agravos-notificacao-sinan>. Acesso em: 10 jan. 2021.

BRASIL/MS/GM. **Portaria Nº 1.823, de 23 de agosto de 2012.** Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/sau-delegis/gm/2012/prt1823\\_23\\_08\\_2012.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/sau-delegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html). Acesso em: 20 maio 2017.

BRAVO, Maria Inês Souza; MATOS, Maurílio Castro. Reforma sanitária e projeto ético-político do Serviço Social: elementos para o debate. In: BRAVO, Maria Inês Souza *et al.* (org.). **Serviço Social e Saúde.** São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Uerj, 2004.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). **Código de ética do/a assistente social:** Lei 8.662/93 de regulamentação da

profissão. 10. ed. rev. e atual. Brasília: CFESS, 2012. Disponível em: [https://www.cfess.org.br/arquivos/CEP\\_CFESS-SITE.pdf](https://www.cfess.org.br/arquivos/CEP_CFESS-SITE.pdf). Acesso em 29 jul. 2023.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). **Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde**. Brasília: CFESS, 2010.

IAMAMOTO, Marilda. **Renovação e conservadorismo no Serviço Social**: ensaios críticos. São Paulo: Cortez, 1992.

KREIN, José Dari. O desmonte dos direitos, as novas configurações do trabalho e o esvaziamento da ação coletiva: consequências da reforma trabalhista. **Tempo Social**, [S. l.], v. 30, n. 1, p. 77-104, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.11606/0103-2070.ts.2018.138082>. Acesso em: 20 jul. 2023.

MÉSZÁROS, István. **Para além do capital**: rumo a uma teoria da transição. 1. ed. São Paulo: Boitempo, 2011.

MOTA, Ana. E. **Cultura da crise e seguridade social**: um estudo sobre as tendências da previdência e da assistência social brasileiras nos anos 80-90. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

OBSERVATÓRIO DE SEGURANÇA E SAÚDE NO TRABALHO. c2023. Disponível em: <https://smartlabbr.org/sst>. Acesso em: 14 jun. 2023.

OLIVAR, Monica; BOIM, Vinícius Figueira. Desafios para a Política de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora no Sistema Único de Saúde. In: SOUZA, Edvânia Ângela; CELIS, Ariana; Inácio, Jose Reginaldo (org.). **Vidas Ameaçadas**: diálogos sobre trabalho, pandemia de Covid-19, Serviço Social, Saúde do(a) Trabalhador(a). São Paulo: Papel Social, 2021.

OMS destaca necessidade urgente de transformar saúde mental e atenção. **Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS)**, 17 jun. 2022. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/17-6-2022-oms-destaca-necessidade-urgente-transformar-saude-mental-e-atencao>. Acesso em 29 jul. 2023.

OMS/OIT: Quase 2 milhões de pessoas morrem a cada ano de causas relacionadas ao trabalho. **Organização Mundial do Trabalho (OIT)**, 17 set. 2021. Disponível em: [https://www.ilo.org/brasilia/noticias/WCMS\\_820318/lang--pt/index.htm](https://www.ilo.org/brasilia/noticias/WCMS_820318/lang--pt/index.htm). Acesso em: 17 jun. 2023.

VASCONCELLOS, L. C. Fadel de. Duas políticas, duas vigilâncias, duas caras. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 38, n. 128, p. 179-198, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbso/a/F9KkXdfgXNdTpmRXGJR4L9s/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 22 set. 2020.

WHITEPAPER: Capita Workplace Wellness 2019. **REBA, Reward & Employee Benefits Association**, London, 13 May 2019. Disponível em: <https://reba.global/resource/whitepaper-capita-workplace-wellness-2019.html>. Acesso em 29 jul. 2023.

YAZBEK, Maria Carmelita *et al.* A conjuntura atual e o enfrentamento ao coronavírus: desafios ao Serviço Social. **Revista Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 140, p. 5-12, jan./abr. 2021.



# CAPÍTULO 10

## ENTRE REQUISIÇÕES INDEVIDAS E ATRIBUIÇÕES PRIVATIVAS NO TRABALHO DO(A) ASSISTENTE SOCIAL NA ÁREA HOSPITALAR

Japson Gonçalves Santos Silva<sup>1</sup>  
Maria Alcina Terto Lins<sup>2</sup>

### Introdução

Este artigo realiza uma análise do trabalho do(a) assistente social na área hospitalar por meio da discussão das requisições indevidas e das atribuições privativas, considerando o cenário marcado pelas consequências do período pandêmico da Covid-19. Nossas referências são os trabalhos e estudos resultantes da parceria entre as entidades representativas do Serviço Social em Alagoas e a Faculdade de Serviço Social da Universidade Federal de Alagoas, através do projeto de extensão intitulado “Assessoria às/aos assistentes sociais atuantes no SUS e no SUAS em Alagoas no contexto da pandemia do novo coronavírus – Covid-19”<sup>3</sup>. A participação de um

- 
- 1 Doutor em Serviço Social pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Professor Adjunto da Faculdade de Serviço Social (FSSO) da Universidade Federal de Alagoas (Ufal). Vice-líder do Grupo de Pesquisa Serviço Social, Trabalho, Profissões e Políticas Sociais (GP/CNPq).
  - 2 Assistente social. Doutora em Serviço Social pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Professora Adjunta da FSSO da Ufal. Líder do Grupo de Pesquisa Serviço Social, Trabalho, Profissões e Políticas Sociais (GP/CNPq).
  - 3 O referido projeto constituiu-se num espaço acadêmico de assessoria junto às/aos profissionais que atuaram na linha de frente dos serviços essenciais no contexto



de nós na Comissão de Orientação e Fiscalização (Cofi) do Conselho Regional de Serviço Social – 16ª Região – de Alagoas, desde 2018, também foi uma importante fonte para o conteúdo aqui exposto.

Na abordagem apresentada no texto, consideramos que compreender as tensões entre as requisições indevidas – associadas às requisições institucionais, a outros profissionais da equipe multiprofissional e aos usuários – e as atribuições privativas – presentes na legislação que regulamenta a profissão, em particular no artigo 5º da Lei Nº 8.662/1993 –, tendo como pressuposto analítico as modificações impostas às políticas sociais diante do redimensionamento do Estado e seus desdobramentos no âmbito do trabalho – pode ser um caminho para a apreensão dos limites e possibilidades do trabalho profissional.

A tensão entre as requisições indevidas e as atribuições privativas no trabalho profissional de assistentes sociais não tem sido objeto de aprofundamento teórico-prático no âmbito da produção do conhecimento no Serviço Social. Silva (2012, p. 143) adverte que a maioria das reflexões sobre esse tema “acaba por avançar apenas na delimitação dos objetivos, ações e atividades profissionais”. Da mesma forma, Guerra *et al.* (2016, p. 2) opinam que “são raras as pesquisas que têm investido na identificação, análise e interpretação das requisições, demandas e atribuições que chegam aos assistentes sociais”. Em especial, as atribuições privativas têm sido analisadas sob a perspectiva do que *deve ser* próprio do/a assistente social, assim como do que *não deve ser*, considerando o que se acha regulamentado no artigo 5º da lei 8.662/1993.

O que estamos propondo neste artigo é analisar as requisições indevidas atribuídas às/aos assistentes sociais, especificamente na área da saúde hospitalar, ante as reconfigurações das políticas

---

de pandemia, mediante uma articulação entre a Faculdade de Serviço Social (com participação de docentes, discentes e técnicos), o Conselho Regional de Serviço Social da 16ª Região/AL, o sindicato profissional e os/as assistentes sociais atuantes nos serviços de saúde hospitalar e nos Centros de Referência de Assistência Social (Cras) em Alagoas.

sociais e das relações de trabalho, diante do desenvolvimento do Estado neoliberal, que pressupõe a redução da intervenção estatal em face das demandas sociais, bem como a desregulamentação da proteção social do trabalho. Evidencia-se, assim, que essa complexa relação incide na autonomia relativa profissional e na materialização do projeto ético-político profissional do Serviço Social.

### **O campo da saúde e o Serviço Social: velhos e novos dilemas**

Ao tratar de questões relacionadas à inserção de assistentes sociais no campo da saúde, Bravo e Matos (2009) afirmam que o conceito universal de higidez elaborado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1948, com enfoque nos aspectos biopsicossociais e vinculado ao agravamento das condições de bem-estar da população oriundo do período pós-guerra, contribuiu para um aumento significativo desses profissionais nesse espaço ocupacional. Segundo os autores, um dos desdobramentos desse conceito foi a ênfase no trabalho em equipe multidisciplinar que permitiu, entre outras coisas, “ampliar a abordagem em saúde, introduzindo conteúdos preventivistas e educativos” (Bravo; Matos, 2009, p. 199), o que viabilizou a consolidação do/a assistente social como agente educativo no campo da saúde.

No Brasil, entre os anos de 1940 e 1950, a assistência médica era organizada como um benefício previdenciário, vinculada a uma política de saúde voltada à assistência hospitalar e curativa, com a ampliação de gastos via previdência social – de caráter excludente e seletivo em razão da lógica contributivista via deduções salariais –, gerando, segundo Bravo e Matos (2009), uma contradição entre a demanda e a oferta desses serviços e desdobrando-se na necessidade de profissionais que mediassem as relações entre as instituições e a população, na viabilização do acesso aos serviços. Isso também contribuiu com a absorção e a consolidação do/a assistente social no campo da saúde, com prioridade para as ações no nível curativo e hospitalar, utilizando-se das práticas do “plantão,

triagem ou seleção, encaminhamento, concessão de benefícios e orientação previdenciária” (Bravo; Matos, 2009, p. 199).

Cabe salientar que a regulamentação do Serviço Social nos órgãos de assistência médica da previdência social foi somente publicada em 1967, no Boletim de Serviço n.º 218 do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), visando regulamentar a prestação de serviços no âmbito da prevenção e tratamento de problemas de ordem psicossocial dos beneficiários e prevendo as seguintes ações: “individual, de caráter preventivo e curativo; grupal, de caráter educativo-preventivo; comunitária, para a mobilização de recursos e a reintegração dos pacientes à família e ao trabalho” (Bravo, 1996, p. 90). A ênfase estava em sedimentar um padrão técnico que atendesse às necessidades da assistência médica no que diz respeito ao fornecimento de dados psicossociais para o diagnóstico, o tratamento e a alta do paciente.

Os/as assistentes sociais mantiveram essas práticas concentradas nos hospitais até os anos de 1970, quando foram incorporados pelos centros de saúde, cujos serviços básicos centravam-se nas ações de caráter higienista: “aplicados à vida privada, incentivando o controle de natalidade, o controle de doenças infantis, de higiene bucal, de saneamento [...], baseado em proporcionar acesso à informação sobre o próprio corpo e sua higiene” (Sodré, 2010, p. 456). Eram práticas que priorizavam a dimensão individual, influenciadas pelas técnicas do Serviço Social de casos, cujos procedimentos buscavam a adesão do/a “cliente” ao tratamento proposto.

As instituições estavam aparelhadas com os modelos norte-americanos de políticas públicas – de caso, grupo e comunidade – que orientavam os/as assistentes sociais ao desenvolvimento de práticas profissionais relacionadas à “perspectiva modernizadora”, cujo objetivo era adequar a profissão às exigências sociopolíticas do pós-1964<sup>4</sup>. Constituindo-se como uma profissão histórica

---

4 Para Jose Paulo Netto (2004, p. 154), “o núcleo central desta perspectiva é a tematização do Serviço Social como interveniente, dinamizador e integrador, no processo de desenvolvimento”. Há uma retomada do estrutural-funcionalismo no

e socialmente determinada, o Serviço Social não ficou imune às mudanças vivenciadas com a conjuntura nacional de crise do modelo implantado no pós-64.

Em meados dos anos de 1970, a “perspectiva modernizadora” foi questionada, cedendo espaço à vertente do processo de renovação da profissão, chamada de “reatualização do conservadorismo” (Netto, 2004) e considerada a perspectiva que recuperava os componentes mais estratificados da herança conservadora da profissão, mas com um verniz de modernidade inspirado na fenomenologia. Nesse contexto, as ações dos assistentes sociais pautavam-se por abordagens psicologistas, utilizando-se das contribuições da psicanálise. Em hospitais psiquiátricos, por exemplo, os trabalhos eram desenvolvidos por meio de “comunidades terapêuticas”, em grupos operativos e de terapia familiar, nos quais o destaque eram as dimensões da subjetividade.

Nos anos de 1980, o Serviço Social continua seu processo de renovação. Na saúde, permanece sob a influência da vertente “modernizadora”, estabelecendo conexões com a vertente de “reatualização do conservadorismo” e sedimentando suas práticas com os aportes extraídos do estrutural-funcionalismo norte-americano, sem questionamentos à ordem sociopolítica e tão só preocupado em moldar a profissão num modelo teórico-prático. Todavia, a conjuntura dessa década foi de grandes mobilizações políticas, de questionamentos à política de saúde vigente e de luta pela Reforma Sanitária.

A premissa básica da Reforma Sanitária “é a compreensão de que a saúde é um direito de todos e um dever do Estado” (Bravo; Matos, 2009, p. 203), para o que se presume a democratização do acesso, a universalização das ações e a descentralização político-administrativa, viabilizando a participação da sociedade civil na elaboração, implantação e fiscalização das políticas de saúde, mediante o controle social.

---

planejamento das ações e na gestão dos resultados, capilarizando, assim, o projeto burguês de desenvolvimento.

Reportar-se à década de 1980 é de fundamental importância para entender o Serviço Social na sua processualidade histórica como profissão, sobretudo no que se refere à sua interface com a saúde. Nessa década, a categoria aproxima-se das fontes originais das matrizes das ciências sociais, em especial da matriz marxiana, o que proporciona um processo interno de revisão profissional, sobretudo de negação dos pressupostos do Serviço Social tradicional. Não por acaso, esse processo de revisão compõe a etapa do movimento de renovação do Serviço Social brasileiro identificada por Netto (2004) como intenção de ruptura. Porém, apesar de o “processo de renovação do Serviço Social no Brasil estar articulado às próprias questões colocadas pela ‘autocracia burguesa’, não sendo um processo desligado das mutações do mundo”, pouco se articula “com as outras questões cruciais da sociedade” (Matos, 2003, p. 87), inclusive com os debates “que buscavam a construção de práticas democráticas, como o movimento pela reforma sanitária” (Bravo; Matos, 2009, p. 204).

Na conjuntura dos anos de 1980, marcada por grandes movimentos políticos e pela crise econômica oriunda da incapacidade da ditadura militar de se manter como tal ante as mobilizações populares, havia um importante movimento no Serviço Social de aprofundamento teórico e incorporação de temáticas como o Estado e as políticas sociais, com base no marxismo. Com o avanço dos debates e reflexões no interior da profissão, a interlocução com a teoria marxista torna-se uma tendência hegemônica no âmbito acadêmico e nas entidades representativas da profissão, contudo, não se efetiva a contento entre os/as profissionais inseridos/as nos serviços. “O Serviço Social na área da saúde chega à década de 80 ainda com uma incipiente alteração da prática institucional” (Matos, 2003, p. 88).

Segundo Bravo e Matos (2009, p. 204):

[...] 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 reflete na atuação do Serviço Social na área da saúde – maior campo de trabalho.

Os dilemas desse processo se expressam, segundo Vasconcelos (2011, p. 30), em “uma desconexão, uma fratura entre a prática profissional realizada pelos assistentes sociais e as possibilidades de prática postas na realidade objeto da ação profissional [...], as quais só podem ser apreendidas a partir de uma leitura crítica dessa realidade”. Para conectar suas práticas ao projeto profissional que vem sendo construído a partir da intenção de ruptura, os/as assistentes sociais devem se apropriar de um referencial teórico-metodológico com qualidade suficiente para uma análise teórico-crítica da realidade, com o qual se torna possível prever, projetar e realizar um trabalho que rompa com as práticas conservadoras (Vasconcelos, 2011).

Cumprir destacar que o clima de ampliação das liberdades democráticas do início dos anos de 1980, com a crise da ditadura e sua iminente superação, foi decisivo para a maturação da intenção de ruptura com as práticas conservadoras. Como afirma Netto (2004), a vertente de intenção de ruptura espraia-se pela categoria profissional, fundamentando e direcionando os debates e a produção do conhecimento, bem como recuperando diferentes substratos da tradição marxista para analisar a atualidade profissional, sem prejuízo da existência de vertentes alternativas e concorrentes.

Houve, no entanto,

[...] um descompasso entre a produção teórico-metodológica e profissional das vanguardas e a massa da categoria, com algumas dificuldades concretas decorrentes, seja do empobrecimento cultural da formação dos assistentes sociais, ainda reflexo da ditadura, seja da dificuldade de oferecer indicativos prático-operativos (Bravo, 1996, p. 112).

Nessa conjuntura, a tendência verificada foi o Serviço Social na saúde permanecer na execução terminal das políticas sociais, desenvolvendo as ações institucionais sem considerar as relações contraditórias entre as classes sociais e os desdobramentos dessa contradição nas políticas sociais e no trabalho. No processo de reelaboração do campo da saúde, cuja posição de protagonista foi atribuída ao médico, os/as assistentes sociais se mantiveram numa posição de subalternidade, sendo pouco solicitados para contribuir com as mudanças no âmbito estatal e hospitalar. A hegemonia do discurso biomédico na instituição hospitalar não impediu que assistentes sociais adotassem uma postura aguerrida para afirmar seu espaço no campo da saúde pública, defendendo a saúde coletiva e a atuação em centros de saúde e ambulatórios, e enfocando os determinantes sociais da saúde. Questionavam, principalmente, o discurso que priorizava uma ação profissional em unidades de internação e de abordagem restrita aos pacientes e familiares, de claro cunho fenomenológico.

De acordo com Sodré (2010), não é possível deduzir que esse contexto tenha gerado uma atuação específica dos/as assistentes sociais no campo da saúde. Àquelas formas de resistência, apontadas anteriormente, somam-se as “[...] lutas coletivas, em que os assistentes sociais foram aliados dos movimentos de moradia, de luta pela saúde e pelas políticas urbanas de saneamento básico – um reflexo que apontava para transições ou deslocamentos do modelo vigente, trazendo os ideais do sanitarismo” (Sodré, 2010, p. 458).

Apesar dos avanços da política de saúde encaminhados pelo movimento de reforma sanitária, pouco se alterou no trabalho profissional do/a assistente social no campo da saúde até os anos de 1990 – em parte, pelas dissonâncias dos debates ocorridos entre os anos de 1970 e 1980 na área da saúde e no âmbito do próprio Serviço Social, cuja preocupação centrava-se nas discussões do processo interno de renovação profissional. Somam-se a isso as mudanças conjunturais provocadas pela introdução do ideário neoliberal e do projeto privatista na saúde, intensificada na década de 1990.

Embora a Constituição Federal de 1988 tenha instituído a saúde como direito universal e dever do Estado, superando o paradigma da saúde como um seguro social restrito, os anos seguintes, marcados por governos de coalizão de orientação neoliberal, impuseram modificações substanciais na operacionalização das políticas sociais relacionadas ao Sistema de Proteção Social brasileiro. Estamos nos referindo à adoção das ideias neoliberais que redefinem a atuação estatal, pressupondo que o Estado deve se desresponsabilizar o máximo possível dos gastos sociais e transferir tal responsabilidade para o setor privado ou para o denominado terceiro setor.

Assim, é cada vez mais evidente o papel do Estado como sustentáculo do processo de valorização do capital, distanciando-se cada vez mais dos interesses dos trabalhadores. A intensificação do corte nos gastos sociais provoca a precarização das políticas sociais e o desmonte dos direitos sociais, mediante os processos de desregulamentação das legislações sociais e trabalhistas. Enquanto trabalhadores/as assalariados/as, também os/as assistentes sociais são submetidos aos processos de precarização do trabalho profissional, na medida em que enfrentam vínculos empregatícios flexíveis e fragilizados, rebaixamento dos salários, jornadas extensivas de trabalho, precárias condições no ambiente laboral, bem como a imposição de requisições institucionais que desrespeitam a Lei de Regulamentação Profissional e o Código de Ética da profissão, caracterizando-se como requisições indevidas que incidem nas formas e nas relações de trabalho, conforme veremos a seguir.

### **Requisições indevidas e atribuições privativas: considerações éticas e técnicas sobre o trabalho de assistentes sociais na área hospitalar**

A área da saúde é, historicamente, um dos principais espaços de atuação do/a assistente social. No entanto, identifica-se nos últimos anos um trabalho profissional pautado por “ações imediatas e burocráticas, que priorizam o tratamento, a cura, reiteram o



emergencial, visam suprir lacunas gestadas no trabalho de outros profissionais de saúde e que não têm conseguido dar direção intelectual crítica ao trabalho realizado” (Moraes, 2019, p. 4). Práticas profissionais desconectadas da totalidade das relações sociais evidenciam uma miscelânea entre as diretrizes das vertentes “modernização conservadora” e “reatualização do conservadorismo”.

Entre as variáveis que contribuem para a configuração dessas atividades, estão os cortes no orçamento da política de saúde pública, com seus influxos na prestação de serviços, nos contratos e relações de trabalho, que passam a exigir um perfil profissional multitarefa, cujas habilidades devem transitar por ações de cunho imediato, direcionadas a solucionar problemáticas de origem estrutural (Moraes, 2019). Trata-se, como enfatiza Raichelis (2018), de um contexto de reconfiguração dos espaços ocupacionais à luz da nova morfologia do trabalho, em que as relações e condições laborais dos/as assistentes sociais sofrem os constrangimentos do emprego assalariado por meio de processos rotinizados de exercício profissional, intensificados e precarizados, que incidem em sua autonomia relativa e na materialização do projeto ético-político da profissão.

Destacam-se algumas ponderações sobre a dinâmica contemporânea do capitalismo na fase denominada de acumulação flexível, que responde pelas mudanças na esfera produtiva e na reprodução da vida social. Esse sistema de produção flexível relaciona-se diretamente às transformações no campo estatal, ao estabelecer como premissa o enxugamento do Estado através da superação do padrão keynesiano e sua substituição pelo padrão neoliberal, caracterizado por exaltar o mercado e a iniciativa privada. Nota-se, desde então, um retrocesso das políticas públicas e sociais, como consequência da redução dos gastos na área social e da tendência privatizante que transforma os direitos em mercadoria.

Como assevera Iamamoto (2009), trata-se de um contexto sócio-histórico refratário aos avanços democráticos conquistados a partir da Carta Magna, que nos conduz a uma análise da profissão que ultrapasse o âmbito estritamente profissional e busque

entender os condicionantes externos que “[...] atingem o conteúdo e o direcionamento da própria atividade profissional; as condições e relações de trabalho nas quais se realiza; como afetam as atribuições [...]” (Iamamoto, 2009, p. 167).

Nesse sentido,

A análise do Serviço Social no âmbito das relações sociais capitalistas visa superar os influxos liberais em que grassam as análises sobre a chamada “prática profissional”, vista como prática do indivíduo isolado, desvinculada da trama social que cria sua necessidade e condiciona seus efeitos na sociedade. Os processos históricos são reduzidos a um “contexto” distinto da prática profissional, que a condiciona “externamente”. A “prática” é tida como uma relação singular entre assistente social e o usuário de seus serviços – seu “cliente” –, desvinculada da “questão social” e das políticas sociais (Iamamoto, 2009, p. 168).

Diante dessas premissas e considerando que a discussão sobre as atribuições privativas dos/as assistentes sociais na área da saúde hospitalar carece de um aprofundamento no âmbito profissional, é possível deduzir, seguindo o alerta de Silva (2012) já destacado no introdução deste artigo, que compreender as *tensões* entre as requisições indevidas – associadas às requisições institucionais, a outros/as profissionais da equipe multiprofissional e aos/às usuários/as, e sedimentadas pela relação de assalariamento – e as atribuições privativas – presentes na legislação que regulamenta a profissão, em particular no artigo 5º da Lei 8.662/1993 – pode ser um caminho para a apreensão dos limites e das possibilidades éticas e técnicas do trabalho profissional na área hospitalar. Isso pressupõe um debate a partir dos desafios decorrentes da tensão entre projeto profissional e assalariamento, e não apenas a respeito da análise das atividades profissionais à luz dos dispositivos

legais regulamentados, que tratam sobre o exercício profissional no Serviço Social.

Trata-se de trazer para o debate não somente aquilo que está regulamentando como atribuição privativa, ou seja, o que é exclusivo do Serviço Social, mas também o que é particular da intervenção profissional na divisão social e técnica do trabalho, o que remete às disputas presentes no confronto entre projetos societários e projetos profissionais. Ou seja, o entendimento de que a efetivação do trabalho profissional não depende da atuação isolada do/a assistente social, pois não pode prescindir do conjunto de determinantes sociais por meio dos quais ele se realiza (Iamamoto, 2009).

Raichelis (2020), em sua análise sobre atribuições e competências profissionais, revisita o debate sobre o trabalho profissional e aponta os desafios que os/as assistentes sociais enfrentam na complexa e desafiadora conjuntura de espoliação do trabalho e dos direitos da classe trabalhadora, de que fazem parte os/as próprios/as assistentes sociais. Na abordagem contemporânea sobre atribuições privativas, a autora aponta que “[...] embora relevantes, as definições legal e normativa das atribuições e competências profissionais não são suficientes para garantir legitimidade social ante os/as empregadores/as e, principalmente, na relação com os/as usuários/as dos serviços sociais” (Raichelis, 2020, p. 12).

Segundo a autora,

[...] embora garantidas em lei, as atribuições e competências, e sua interpretação, não são estáticas nem podem ser congeladas ante as transformações do trabalho e as novas configurações da “questão social” no atual estágio do capitalismo mundializado e financeirizado do século 21, dada a particularidade da inserção periférica e dependente do Brasil, no contexto do desenvolvimento capitalista desigual e combinado (Raichelis, 2020, p. 12).

Essas hipóteses podem auxiliar na compreensão das barreiras que, costumeiramente, são interpretadas “como ‘dificuldade de atingir os objetivos’, ‘incompetência ou imaturidade profissional’ e ‘falta de compromisso ético’” (Silva, 2012, p. 144), possibilitando a compreensão desse debate à luz das novas configurações do trabalho assalariado, das demandas institucionais, profissionais e dos/as usuários/as, que se articulam aos projetos societários e profissionais.

Quando mencionamos a área hospitalar como campo de análise, é importante, inicialmente, evidenciar que este é um espaço de correlação de forças onde o Estado, através das instituições públicas ou privadas, define

[...] as condições sociais em que se dá a materialização do projeto ético-político profissional em contextos profissionais específicos. Isso traz um campo enorme de mediações que particularizam as funções, competências e atribuições do assistente social e as atividades desenvolvidas. Ainda que dispondo de uma relativa autonomia técnico-profissional e ética na sua condução de seu trabalho no âmbito de organismos institucionais públicos e privados – empresariais ou não, eles também estabelecem metas a atingir, detêm poder para normatizar as atribuições e competências específicas requeridas de seus funcionários, definem as relações de trabalho e as condições de sua realização – salário, jornada, ritmo e intensidade do trabalho, direitos e benefícios, oportunidades de capacitação e treinamento, o que incide no conteúdo e nos resultados do trabalho. (Iamamoto, 2012, p. 46).

Portanto, ao passar da análise da profissão para a sua processualidade no âmbito das relações de trabalho, os/as assistentes sociais podem dar um salto importante, pois esse movimento

permite que incorporem novos elementos teóricos, metodológicos, éticos, políticos e técnico-operativos, ampliando possibilidades ainda não exploradas que contribuam para ajustar o trabalho profissional aos limites éticos e técnicos, no campo de atuação da saúde hospitalar. Entende-se que os influxos conjunturais impactam o trabalho no Serviço Social porque não se está desvinculado/a dessas determinações; eles repercutem não apenas as condições materiais dos sujeitos que vivem do trabalho, mas também suas formas de sociabilidade individual e coletiva.

Quanto às *implicações éticas* postas cotidianamente ao exercício profissional dos/as assistentes sociais na área da saúde hospitalar, considerado o período mais dramático da pandemia da Covid-19, certamente cabe lembrar as reiteradas requisições institucionais de cunho burocrático-administrativo que se tornaram rotina no trabalho de assistentes sociais nos hospitais “covid” – requisições ligadas à divulgação de informações, tais como: informe sobre o quadro clínico de pacientes aos familiares; informe sobre a transferência de pacientes para outras unidades de saúde; informe e comunicação de óbitos.

Nesse período, vivia-se uma rotina de trabalho com fluxos de atendimento adaptados, em virtude das características do tratamento da Covid-19. Por isso, segundo Maurílio Matos (2021), criou-se uma tendência “de associar a resposta a esse problema (a necessidade de informar familiares sobre a situação de saúde) como uma “contribuição” de assistentes sociais no contexto turbulento da pandemia”. Essas requisições não eram tratadas como atribuições privativas de assistentes sociais, mas como uma “colaboração” naquele momento tão específico.

Quando se requisitava do/a assistente social a função de prestar as informações mencionadas, ainda que como ação de caráter colaborativo, reforçava-se uma problemática histórica do trabalho profissional de assistentes sociais no contexto hospitalar: a “manipulação de conhecimentos que não estão previstos na formação profissional de assistentes sociais, não sendo, portanto, de sua competência profissional” (Matos, 2021). Sabemos que a garantia

do acesso à informação sobre os procedimentos adotados nos serviços de saúde é um direito dos/as usuários/as e de seus familiares. Portanto, a comunicação, a orientação e o encaminhamento a serem estabelecidos deverão ser realizados por aqueles/as profissionais que, na divisão daquele trabalho, tenham as competências teórico-práticas específicas requeridas.

Não custa lembrar que um dos compromissos inscritos no Código de Ética Profissional (CEP) do/a assistente social é a *sociação de informações*. Quando, no exercício profissional, os/as assistentes sociais são demandados/as ou optam por desenvolver atividades que não são de competência do Serviço Social, ou responsabilidades que são de competência técnica de outra profissão, podem se comprometer eticamente e ficar vulneráveis a denúncias tanto em ao seu Conselho de classe quanto no Conselho da outra categoria. As atribuições desenvolvidas por assistentes sociais não devem se distanciar do que é próprio da sua profissão, porquanto é vedado “assumir responsabilidade por atividade para a qual *não esteja capacitado/a pessoal e tecnicamente*” (CEP, art. 4º, alínea f).

Essas implicações éticas tão presentes no contexto pandêmico pareciam ser uma realidade passageira. No entanto, o que parecia efêmero tem se mostrado recorrente. Pensando a saúde a partir de sua concepção ampliada, que indica a influência dos determinantes sociais no processo de saúde-doença, é possível afirmar que, pelo fato de o Serviço Social “conhecer de perto as condições de vida e trabalho da população, uma proposição para o enfrentamento do problema do informe do quadro clínico, transferências e óbitos talvez seja a possibilidade de a profissão apresentar fluxos, melhores horários para contato, termos a serem priorizados, entre outros”, assevera Matos (2021).

Em outras palavras, o/a assistente social tem atribuições a serem desempenhadas e objetivos profissionais em situações como: admissões, altas, transferências, óbitos, informações etc. Porém, tais procedimentos devem ser realizados em conjunto com a equipe, cabendo ao/à assistente social os esclarecimentos e encaminhamentos no âmbito do acesso aos serviços e direitos. Agindo

assim, o/a assistente social não ficará omissos/a ante as demandas dos/as usuários/as que surgem no cotidiano de trabalho.

Como alerta aos/às assistentes sociais sobre a responsabilidade ética de sua atuação profissional, de modo a prevenir infrações éticas que podem gerar processos éticos disciplinares, citam-se aqui as situações mais recorrentes no exercício profissional: a) atribuições indevidas; b) conivência com exercício irregular ou ilegal da profissão; c) acatamento de determinações contrárias à sua atuação profissional, ou mesmo às diretrizes da própria política pública; d) inexistência de registros profissionais ou registros inadequados e insuficientes para respaldar a atuação.

A atuação da/o assistente social de forma equivocada não poderá ser justificada pelas demandas institucionais definidas pelo empregador; é fundamental a atenção para as implicações no que diz respeito às responsabilidades profissionais. Assim, “é vedado ao/à assistente social: praticar e ser conivente com condutas anti-éticas, crimes ou contravenções penais na prestação de serviços profissionais, mesmo que estes sejam praticados por outros/as profissionais” (CEP, art. 4º, alínea b).

Em situações nas quais ocorram requisições indevidas, é fundamental o posicionamento coletivo dos/as assistentes sociais, formalmente documentado, devendo especificar as contribuições devidas da intervenção profissional. Persistindo a situação irregular de requisições indevidas, os/as assistentes sociais devem formalizar denúncia ao Conselho Regional de Serviço Social de referência, para que haja a adoção das medidas pertinentes.

Quanto aos registros profissionais, há outro assunto que tem sido recorrente nos debates da categoria profissional. Cabe esclarecer que, quando a/o assistente social coloca sua assinatura/carimbo nos documentos de registros, pareceres e relatórios, os conteúdos são de sua responsabilidade. A ausência de registros também traz comprometimentos ao/à profissional, aos/às usuários/as e à própria instituição, tendo em vista que “são deveres do/a assistente

social: desempenhar suas atividades profissionais com eficiência e responsabilidade” (CEP, art. 3º, alínea a).

Atualmente, tem sido recorrente a demanda por orientação sobre registros de informações de usuários em instrumentos multiprofissionais padronizados por Ministérios e/ou Secretarias no âmbito da atuação na área da saúde. A identificação de possíveis irregularidades nas visitas de fiscalização das agentes fiscais do Conselho Regional de Serviço Social de Alagoas<sup>5</sup> tem motivado o debate sobre esse tema no âmbito das estratégias da Comissão de Orientação e Fiscalização do Conselho. Isso permite concluir que esse ainda é um desafio a ser enfrentando pela categoria de assistentes sociais que atuam na área hospitalar, numa perspectiva de qualificação do trabalho profissional e de aperfeiçoamento dos serviços oferecidos aos/às usuários/as.

Entre os instrumentos de registro aqui referidos, estão os formulários para os/as usuários/as acessarem benefícios ou direitos, os formulários para quantificar procedimentos realizados e os formulários para avaliação multiprofissional. Esses documentos geram, na atuação profissional, dúvidas sobre questões éticas e técnicas. As perguntas mais frequentes das(os) assistentes sociais são: “Posso assinar/carimbar o formulário, se foi preenchido por profissional de outra categoria?”; “O formulário não tem espaço específico para registro do Serviço Social, podendo ser preenchido por qualquer categoria; posso preenchê-lo?”; “Posso preencher o formulário que exige registro de CID?”; “Se o procedimento a ser registrado permite a Classificação Brasileira de Ocupação (CBO) de assistente social, posso assumir tal registro?”.

A primeira orientação para a atuação de assistentes sociais na área da saúde hospitalar é a definição das atribuições e competências estabelecidas no exercício profissional cotidiano. É importante compreender os limites da atuação multiprofissional. Atuar

---

5 Importante dizer que parte dessas reflexões resulta da participação de um dos autores deste artigo na Comissão de Orientação e Fiscalização (Cofi) do Cress/AL.



em equipe, com o envolvimento de outras categorias, não significa diluir os saberes, nem assumir conjuntamente registros que não são fontes de sua atuação. Nessa direção, é fundamental que a atuação esteja em conformidade com a Lei de Regulamentação da Profissão e que seja sustentada por uma rigorosa análise crítica da realidade social, à luz dos pressupostos teórico-metodológicos, ético-políticos e técnico-operativos.

O conjunto formado por Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) e Conselhos Regionais de Serviço Social CRESS tem regulamentado procedimentos em face dos dispositivos legais da profissão. A Resolução CFESS nº 557/2009, que “dispõe sobre a emissão de pareceres, laudos, opiniões técnicas conjuntos entre o/a assistente social e outros/as profissionais”, traz determinações importantes, como:

O entendimento ou opinião técnica do/a assistente social sobre o objeto da intervenção conjunta com outra categoria profissional e/ou equipe multiprofissional deve destacar a sua área de conhecimento separadamente, delimitar o âmbito de sua atuação, seu objeto, instrumentos utilizados, análise social e outros componentes que devem estar contemplados na opinião técnica (CFESS, 2009, art. 4º, parágrafo primeiro).

Mais recentemente, o CFESS lançou o livro *Produção de documentos e emissão de opinião técnica em Serviço Social*, visando impulsionar o aprofundamento teórico-metodológico no âmbito do trabalho profissional, subsidiando práticas alinhadas ao projeto ético-político profissional e considerando a indissociabilidade entre as dimensões teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa que, conjuntamente com as dimensões formativa e investigativa, constituem a profissão de Serviço Social.

O registro da atuação profissional é fundamental para os/as usuários/as, para a instituição e para a profissão. A qualificação desses registros determina a importância da intervenção profissional e sua legitimidade perante a equipe multiprofissional e a instituição. Entretanto, os instrumentos de registro, sejam eles específicos do Serviço Social, seja institucionais, ou, ainda, provenientes de algum órgão externo, não devem ser utilizados por assistentes sociais se o seu conteúdo não for condizente com o saber próprio da profissão de Serviço Social.

A orientação é de que os/as assistentes sociais busquem a reflexão sobre as ações realizadas, compreendendo que os instrumentos de registro devem conter o espelho da atuação profissional. Ou seja, se houve intervenção do Serviço Social, se as ações são condizentes com as atribuições e competências da profissão e se não há invasão na área de outra profissão, o registro realizado por assistentes sociais estará expressando sua intervenção. É fundamental ter em mente que é vedado à/ao assistente social “assumir responsabilidade por atividade para a qual *não esteja capacitado/a pessoal e tecnicamente*” (CEP, art. 4º, alínea f).

Cumprir reforçar uma preocupação recorrente: a de que o plano de trabalho do Serviço Social precisa ser construído nos diversos espaços sócio-ocupacionais, apresentando as diversas atividades e alternativas a serem desenvolvidas por assistentes sociais na contribuição às equipes profissionais da saúde e na direção da qualidade dos serviços prestados à população usuária, alinhados aos princípios que norteiam o projeto ético-político profissional em seu compromisso com a classe trabalhadora.

## **Considerações finais**

No exercício profissional, compete ao/à profissional de Serviço Social a apropriação crítica dos processos sociais que impõem um reordenamento da estrutura das políticas sociais, reconfigurando as relações de trabalho, os direitos sociais e, conseqüentemente,

repercutindo no trabalho profissional a ser desenvolvido em face das demandas sociais que exigem respostas profissionais qualificadas. Desconsiderar ou não compreender os nexos causais da sociabilidade burguesa, com os influxos conjunturais que estruturam as relações sociais e institucionais, tende a desqualificar a intervenção profissional e a reafirmar práticas de cunho positivista/funcionalista ou até mesmo fenomenológico.

O aporte teórico marxista possibilita compreender as contradições da relação entre capital e trabalho, bem como identificar as mediações existentes entre Estado, políticas sociais, direitos sociais e trabalho profissional do/a assistente social, reconhecendo que a execução das ações profissionais não depende apenas da capacidade e do esforço individual dos/as assistentes sociais, pois é determinada pelos processos concretos da vida social.

## Referências

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm). Acesso em: 2 ago. 2023.

BRASIL. **Lei Nº 8.662, de 7 de junho de 1993**. Dispõe sobre a profissão de Assistente Social e dá outras providências. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18662.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18662.htm). Acesso em: 2 ago. 2023.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Serviço Social e Reforma Sanitária: lutas sociais práticas profissionais**. São Paulo: Cortez, 1996.

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.* **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2009.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). **Produção de documentos e emissão de opinião técnica em Serviço Social**. Brasília: CFESS, 2022. Disponível em: <https://www.cfess.org.br/arquivos/EbookCfess-DocOpinioTecnica2022-Final.pdf>. Acesso em: 2 ago. 2023.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). **Resolução CFESS N.º 557/93 de 15 de setembro de 2009**. Dispõe sobre a emissão de pareceres, laudos, opiniões técnicas conjuntos entre o assistente social e outros profissionais. Disponível em: [https://www.cfess.org.br/arquivos/Resolucao\\_CFESS\\_557-2009.pdf](https://www.cfess.org.br/arquivos/Resolucao_CFESS_557-2009.pdf). Acesso em: 2 ago. 2023.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). **Resolução CFESS N.º 273/93 de 13 de março de 1993**. Institui o Código de Ética Profissional dos Assistentes Sociais e dá outras providências. Disponível em: [https://www.cfess.org.br/arquivos/resolucao\\_273-93.pdf](https://www.cfess.org.br/arquivos/resolucao_273-93.pdf). Acesso em: 2 ago. 2023.

GUERRA, Yolanda *et al.* Atribuições, competências, demandas e requisições: o trabalho do assistente social em debate. *In: ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISADORES EM SERVIÇO SOCIAL*, 15., 2016, Ribeirão Preto. **Anais [...]**. Brasília: ABEPSS, 2016.

IAMAMOTO, Marilda. Projeto profissional, espaços ocupacionais e trabalho do assistente social na atualidade. *In: CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). Atribuições privativas do(a) assistente social em questão*. Brasília: CFESS, 2012.

IAMAMOTO, Marilda. As dimensões ético-políticas e teórico-metodológicas no Serviço Social contemporâneo. *In: MOTA, Ana Elizabete et al. Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional*. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2009.

MATOS, Maurílio Castro de. (Des)informação nos serviços de saúde em tempos da pandemia da Covid-19: uma questão ética e uma

requisição enviesada ao trabalho de Assistentes Sociais. **Revista Em Pauta**, Rio de Janeiro, n. 48, v. 19, p. 124-138, 2º sem. 2021.

MATOS, Maurílio Castro de. O Debate do Serviço Social na Saúde nos anos noventa. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 74, 2003.

MORAES, Carlos Antônio de Souza. As metodologias de pesquisa ativas e suas contribuições para o trabalho do assistente social na área da Saúde. **Serviço Social & Saúde**, Campinas, v. 18, p. e019008, 2019.

NETTO, J. P. **Ditadura e Serviço Social**: uma análise do Serviço Social no Brasil pós-64. 7. ed. São Paulo: Cortez, 2004.

RAICHELIS, Raquel. Atribuições e competências profissionais à luz da “nova” morfologia do trabalho. *In*: CFESS. **Atribuições Privativas do(a) Assistente Social**: em questão. Brasília: CFESS, 2020. v. 2.

RAICHELIS, Raquel. Serviço Social: trabalho e profissão na trama do capitalismo contemporâneo. *In*: RAICHELIS, Raquel *et al.* **A nova morfologia do trabalho no Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 2018.

SILVA, Márcia Nogueira da. Breves notas sobre o trabalho profissional: competências e atribuições na área sociojurídica. **Revista em Pauta**, Rio de Janeiro, n. 29, v. 10, p. 137-156, 2012.

SODRÉ, Francis. Serviço Social e o Campo da Saúde: para além de plantões e encaminhamentos. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 103, 2010.

VASCONCELOS, A. M. **A Prática do Serviço Social**: cotidiano, formação e alternativas na área da saúde. 7. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

# CAPÍTULO 11

## A SAÚDE MENTAL E O SERVIÇO SOCIAL NO CONTEXTO DA PANDEMIA

Tereza Cristina Ribeiro da Costa<sup>1</sup>

### O cenário mundial pandêmico

A pandemia de Covid-19 nos convida a pensar na dinâmica do capitalismo, o que Chesnais (1996) chamou de “mundialização do capital”, o capital em todos os lugares, com grande grau de integração e interdependência e uma grande velocidade na comunicação, com uma busca incessante por novas formas de acumulação. Em especial, esse novo modelo de acumulação do capitalismo – a acumulação financeira (Chesnais, 1996; 2012) – já inquietava pesquisadores e trabalhadores no mundo inteiro, mesmo antes da pandemia, seja para discutir suas contradições, seja para, acima de tudo, refletir sobre sua dinâmica dialética e historicidade. A obra de Marx (2013) nos mostra que as categorias não são tipos ideais como apontava Hegel, mas são cunhadas para dar conta de uma realidade concreta.

Na contemporaneidade, o capitalismo vinha numa nova onda expansionista, com aumento da interdependência entre os países

---

1 Professora Adjunta IV do Departamento de Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB) e assistente social do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Espaço Livremente da Prefeitura da Cidade do Recife. Tem graduação, mestrado e doutorado em Serviço Social pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE).

facilitada pelo dinheiro fantasmagórico: *as ações*. O chamado capital fictício, que muitos autores têm definido como parasitário (Carcanholo; Sabadini, 2009), pois, *a priori*, não produz e vive da venda de ilusões. Essa imagem é verdadeira, todavia, tal fragmentação serve para disseminar a falsa ideia da possibilidade de o capital realmente poder gerar dinheiro sem trabalho. Não podemos esquecer o ciclo produtivo que se esconde por trás desse processo. A expansão das relações capitalistas e a intensificação do trabalho têm ocorrido em escala mundial e de forma brutal. Contudo, a mesma fórmula que leva à rentabilidade máxima também leva a crises de grande intensidade, afinal de contas, a mundialização da economia acirra a interdependência (Chesnais, 1996). A concentração de capitais (industrial e financeiro) procura mostrar que a acumulação pode se dar ignorando as condições de produção e de realização do valor, entretanto isso só se realiza com estratégias geopolíticas muito precisas, uma vez que a mundialização implica em uma grande investida imperialista, na busca por novos mercados consumidores e novos mercados produtores, e na constituição de novos trabalhadores assalariados (Fontes, 2010; Marx, 2013).

Ao discutir os problemas concretos do seu tempo, problematizados em sua obra, Marx (2013) nos provoca a pensar nas questões do nosso tempo, a pensar que essa investida imperialista e mundializada com tal estreitamento de distâncias foi posta em evidência na pandemia. O novo coronavírus alastrou-se rapidamente, numa velocidade angustiante. A pandemia trouxe intensos efeitos sobre a humanidade, sobretudo nas condições da reprodução econômica organizada pelo capital. O ciclo do capital da produção, distribuição, circulação e consumo, evidenciado por Marx n' *O Capital*, foi impactado durante a pandemia. Toda a cadeia de produção, circulação e consumo sofreu uma colisão global, e os efeitos desse impacto recaíram na classe trabalhadora profundamente. Lembremos do desmantelamento dos direitos sociais em curso em vários países do mundo nas últimas décadas e o avanço das diversas modalidades de trabalho precário.

O debate sobre o cenário contemporâneo tem levado a se refletir sobre a dinâmica contraditória por que passa o sistema capitalista, em que o cenário de crise vinha combinando medidas de austeridade econômica, ataques às políticas sociais e aos direitos sociais conquistados e aumento do desemprego, em especial com a atual ofensiva neoliberal. Nesse contexto, as políticas de saúde foram fortemente afetadas. Percebem-se cortes no orçamento da saúde em vários países do mundo, a despeito das lutas sociais travadas nos diferentes países, denunciando esses cortes. Assim, a pandemia encontrou os sistemas de saúde pública fragilizados por sucessivos achatamentos e cortes orçamentários.

Num momento como esse de pandemia, vimos que a doença se espalhou de maneira rápida, mas os países a vivenciaram de formas diferentes, com muitas fronteiras fechadas e nações ricas cada vez mais olhando para dentro de seus próprios territórios. Nessa pandemia, fomos lembrados das estruturas de poder assimétricas que ainda dominam o conceito de saúde e desenvolvimento global de países desenvolvidos e os perigos dos países mais pobres que são deixados, muitas vezes, à sua própria sorte. Através de uma publicação na *Revista The Lancet*, a pesquisadora Sarah Dalglish (2020) apontou que, logo que o surto de doença provocada pelo novo coronavírus (Covid-19) extrapolou as fronteiras chinesas e passou a provocar casos em outros países, um gráfico começou a circular de modo *on-line*, mostrando uma classificação do Global Health Security realizada em 2019, registrando dados de uma suposta avaliação da capacidade de 195 países de enfrentar surtos de doenças infecciosas, compilada pela Iniciativa de Ameaça Nuclear, com sede nos EUA, e pelo Centro de Segurança em Saúde da Escola Johns Hopkins de Saúde Pública. Os EUA ficaram em primeiro lugar e o Reino Unido em segundo; a Coreia do Sul ficou em nono lugar, e a China em 51<sup>o</sup>; a maioria dos países africanos estava na parte inferior do *ranking*. Em junho de 2020, depois de seis milhões de infectados no planeta, as coisas pareciam diferentes: as respostas à pandemia produzidas pelos governos dos EUA e do Reino Unido estavam entre as piores do mundo nos seis primeiros meses da



crise sanitária global. Faltavam testes e as repostas a tratamentos também não ocorreram de forma esperada. Em nenhum país, os profissionais de saúde tiveram acesso adequado a equipamentos de proteção individual, nem existiam leitos hospitalares suficientes para acomodar todas as pessoas infectadas que necessitavam de cuidados em saúde.

Os EUA chamaram a atenção dos pesquisadores por sua resposta abaixo do ideal à pandemia de Covid-19. Contrariando todas as expectativas, o país mais bem avaliado no Índice Global de Segurança da Saúde destacou-se negativamente na pandemia, pelo maior número de mortes por Covid-19 registradas e por ostentar uma das maiores taxas de mortalidade *per capita* pela doença em todo o mundo.

As diferentes respostas internas têm levado muitos estudiosos a discutir essas questões. Recentemente foi divulgado um estudo preliminar sobre a identificação de fatores associados à variação de taxas de infecção e mortalidade. Entre os achados, o estudo apontou que existe uma relação significativa entre o papel das desigualdades sociais, econômicas e raciais nos resultados que cada estado norte-americano apresentou e, ainda, que existiu uma relação entre infecção, mortalidade e resultados econômicos e educacionais de cada estado, ou seja, as regiões que antes da pandemia mantinham investimentos maiores em educação e saúde conseguiram produzir melhores respostas à pandemia do que estados que haviam realizado cortes significativos nessas áreas. Assim, os estados que estavam com melhor capacidade de saúde pública apresentaram melhores resultados durante a pandemia (Bollyky *et al.*, 2023).

A pandemia colocou a dinâmica global de acumulação do capital na pauta contemporânea. Bloqueios e interrupções do fluxo de capital passam a ser discutidos corriqueiramente, bem como as temáticas de desvalorização e crise. De fato, a pandemia não foi prevista por nenhum economista. Na saúde, no entanto, para vários cientistas e epidemiologistas, o cenário não é de total surpresa, visto que há mais de uma década, desde a descoberta do vírus Sars em 2003, ventilava-se a possibilidade de uma epidemia.

O infectologista Stepan Cunha Ujvari publicou em 2011 o livro *Pandemias: a humanidade em risco*, no qual apontava a possibilidade de algum vírus da família Sars, agentes da síndrome respiratória aguda severa, tornar-se um grande problema global (Ujvari, 2011). Infelizmente, as práticas de prevenção e o investimento em pesquisas do gênero têm sido abandonadas pelo atual modelo de desenvolvimento. De toda forma, a proporção da pandemia do novo coronavírus e os impactos na economia capitalista são dignos do que o velho Marx chamaria de fato histórico contingente. A erupção dialética da pandemia acirrou a recessão capitalista, levando-a a níveis inimagináveis. A história, mais uma vez, é capaz de nos surpreender de forma tão inusitada. A pandemia expôs e constituiu – ao mesmo tempo – fragilidades estruturais e novas impossibilidades do capitalismo, trazendo à tona, com muita lucidez, as contradições do sistema, de tal forma que economia e vida nunca foram tão tensionadas como na atualidade.

## **A pandemia no Brasil**

No Brasil, a pandemia chega em meio a uma ofensiva do capital através do projeto neoliberal, em especial, com graves ataques ao Sistema Único de Saúde (SUS), desde o Golpe de 2016, com o governo ilegítimo de Michael Temer (2016-2018), e posteriormente com o governo de Jair Messias Bolsonaro (2019-2022). Essas duas gestões foram caracterizadas por implementarem medidas de destruição dos direitos sociais. Assim, a pandemia nos proporcionou uma crise sanitária, embalada por um discurso negacionista, ultraneoliberal e neoconservador do então presidente.

A pandemia do novo coronavírus pôs em evidência as contradições já conhecidas. As medidas de isolamento e quarentena adotadas em todo o mundo procuraram diminuir e conter o contágio (Ayebare *et al.*, 2020). Todavia, diante de sistemas de saúde sucateados, a realidade mostrou que, quanto mais tempo se leva a combater a pandemia, mais longo é o processo de retardamento

da valorização do capital na indústria produtora de mercadorias e maior a probabilidade de uma depressão duradoura, agravando o desemprego. Vários teóricos têm falado de efeitos semelhantes aos da Grande Depressão de 1929. Nesse cenário, o aumento do desemprego e a superexploração da força de trabalho voltaram à pauta do dia, não apenas nos meios acadêmicos.

A pandemia encontrou um mundo que, além de dificuldades no âmbito da saúde para conter a crise, enfrentava uma crise econômica que vinha se arrastando e trazendo como característica a diminuição dos trabalhadores em regime regulamentado, com garantias e direitos, e o aumento dos diferentes modos de informalidade e precarização (Antunes, 2020). A chegada da pandemia no Brasil foi marcada por um certo estado de “choque”, em meio ao congelamento do financiamento das políticas sociais (PEC 55), investidas de privatização do SUS e retrocessos na Política de Saúde Mental. O material analisado nos mostra que a pandemia se instala no Brasil rapidamente e, em pouco tempo, é possível perceber as divergências entre o Ministério da Saúde e a Presidência da República, que passam a discordar, inclusive publicamente, sobre a condução da Política de Saúde na pandemia. Em abril de 2020, o então ministro da saúde Luiz Henrique Mandetta anunciou sua demissão, logo nos primeiros meses de pandemia, diante da recusa do presidente Jair Bolsonaro de seguir as orientações da Organização Mundial de Saúde (OMS) acerca das ações de isolamento social e uso de máscaras, bem como por sua insistência em estabelecer um protocolo oficial de tratamento sem comprovação científica: o chamado “Kit Covid” ou “tratamento precoce”, mesmo sem respaldo quanto à sua eficácia no tratamento da Covid-19.

Ao todo, o Ministério da Saúde teve quatro mudanças de ministros ao longo da pandemia, o que nos mostra quão tensa e confusa foi a condução da crise sanitária no Brasil, marcada por controvérsias em torno de questões que já eram consenso internacional, como a necessidade do uso de máscaras, o reconhecimento da existência da doença, a gravidade da pandemia, a existência de tratamentos e, por fim, a necessidade da compra de vacinas. Além

de todas essas questões levantadas, acrescente-se ainda o elevado número de óbitos por Covid-19 no Brasil, fazendo com que o país figurasse no *ranking* global de mortes em 2º lugar em número de mortes provocadas pelo novo coronavírus.

Em 9 de maio de 2020, a renomada *Revista The Lancet* publica um editorial com o título: *Covid-19 in Brazil: “So what?*, trazendo para discussão internacional a forma como o presidente Bolsonaro estava conduzindo a pandemia no Brasil. O título faz menção à resposta de Bolsonaro ao questionamento de jornalista sobre o crescente aumento de casos de Covid-19 no país, ao qual ele respondeu: “E daí? O que você quer que eu faça?” O editorial faz críticas à forma como Bolsonaro conduziu a pandemia, apontando já naquela ocasião a falta de responsabilidade sanitária e de direção moral do governo.

O governo Bolsonaro implementou, em meio à crise sanitária, uma resposta ineficaz, fincada na onda neoconservadora, reacionária e fascista, propagando *fake news* e tentando reduzir a gravidade do problema ridicularizando a doença, as pessoas infectadas e os órgãos competentes. A fala de que não passava de “uma “gripezinha” ficou conhecida como marco do negacionismo.

A gravidade da situação fica evidente quando observamos os dados da pandemia. Enquanto no mundo se registram 692 milhões de casos e 6,9 milhões de mortes, o Brasil registrou 37,8 milhões de casos e mais de 700 mil mortes, figurando em segundo lugar no mundo em relação ao número de mortes por Covid-19 (Painel Coronavírus, 20 out. 2023). Todavia, a OMS apontou, em estudos durante a pandemia, haver considerável subnotificação de casos, afirmando que o número real deveria ser ao menos quatro vezes maior que o notificado.

## **A Política de Saúde Mental: um campo de atuação em expansão e muitos desafios para o Serviço Social**

Os dados oficiais disponibilizados pelo Ministério da Saúde nos mostram a expansão dos serviços CAPS no país. Nos últimos 20 anos, foram criados 2.785 serviços, que é um quantitativo expressivo (Peruca; Borges, 2023). Ao longo dos anos, a implementação desses serviços foi permeada por dificuldades e desafios, especialmente quanto ao acesso e à intersectorialidade. Ficou evidente, a partir de 2016, a apreensão com a direção das mudanças, em especial, diante das novas estratégias de legitimação, que passam a ser utilizadas pela burguesia interessada em reativar o setor manicomial, com o apoio das forças políticas que chegam ao poder com o Golpe de 2016.

Durante o governo Temer, percebemos a engrenagem da contrarreforma em curso. Em 2016, foi publicada a Portaria Nº 1.482 incluindo as comunidades Terapêuticas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). No ano seguinte, foi publicada a Resolução Nº 32, o grande “marco” das novas tendências, apontando para as “novas” diretrizes para a Política de Saúde Mental, mas que, na verdade, significava o desmonte de tal política. A resolução não só traz o hospital como parte da política, como estimula seu financiamento. Ainda em 2017 é instituída a Portaria Nº 3.588, que introduz o hospital psiquiátrico na Rede e cria o CAPS AD IV (destinado a atender pessoas com quadros graves de intenso sofrimento decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas), além de aumentar o número de leitos das enfermarias e os recursos para hospitais psiquiátricos. Em 2018, são publicadas as Resoluções Nº 35 e Nº 36, dispondo sobre a devolução (recursos de implantação) ou bloqueio (custeio) de recursos destinados a unidades que supostamente não estavam apresentando faturamento corretamente. Na prática, essas resoluções justificaram cortes e bloqueios de verbas de diversos serviços substitutivos, em especial, após a publicação da Portaria Nº 3.659 em novembro de 2018, que suspendeu, com base nessas duas resoluções, o repasse de recursos financeiros

destinados ao custeio de 72 CAPS, 194 SRTs e 31 UAs. A área AD sofreu um ataque profundo com a publicação da Resolução Nº 1 do Conselho Nacional de Políticas Sobre Drogas – Conad (em 9 mar. 2018), em cujo texto constavam diretrizes para o “realinhamento e fortalecimento da Política Nacional sobre Drogas”.

Durante o governo Bolsonaro (2019-2022), o marco da contrarreforma é a Nota Técnica Nº 11/2019, que não apenas questiona o modelo e a direção da política, como também defende e estimula hospitais psiquiátricos, além de não considerar os CAPS como serviços substitutivos. Por fim, em meio aos crescentes investimentos em hospitais psiquiátricos e comunidades terapêuticas, o governo extinguiu a Coordenação de Saúde Mental em 2022. Essas medidas estimularam a mercantilização da Atenção em Saúde Mental, numa verdadeira contrarreforma desse área de atendimento à população, fazendo-nos pensar numa nova indústria da loucura, como uma reedição de sua primeira versão, denunciada nos final dos anos de 1970 pelos Movimentos de Reforma Sanitária e Psiquiátrica no Brasil. Ou seja, emergem novas modalidades de lucrar com a loucura.

### **A saúde mental na pandemia: novas e velhas demandas para o Serviço Social**

A pandemia deixou ainda mais nítida a grande lacuna no investimento em saúde mental entre os países de baixa e média renda. O cenário gerado com a pandemia criou demandas na área de saúde mental. Todavia, países como o Brasil encontravam-se com sistemas de saúde frágeis, recursos escassos e uma classe trabalhadora bem adoecida.

O governo brasileiro adotou de 2016 a 2022 medidas conservadoras na direção da perda de direitos, que contribuíram para agravar ainda mais a crise sanitária, a partir de contrassensos apresentados em relação aos direitos humanos, tais como subalternização da mulher, negação da diversidade humana, imposição

de padrões conservadores familiares, religiosos e de pensamento, e ataque às liberdades democráticas.

Não dá para se falar dos sistemas de saúde na pandemia, sem falar nas pessoas que trabalharam no combate à tal crise sanitária, em especial os que estavam na linha de frente, realizando suas tarefas, mesmo com falta de insumos e de protocolos adequados e com alta sobrecarga de trabalho, problemas agravados ainda mais após anos de cortes orçamentários. No caso brasileiro, o orçamento da Saúde foi severamente comprometido, em especial com a Emenda Constitucional Nº 95 e as ofensivas privatizantes do governo Temer (2016-2019).

Sabemos que uma das principais preocupações durante a pandemia no mundo foi salvar vidas, seguida da questão do emprego, visto que as medidas de contenção do vírus da Covid-19 incluíram medidas de distanciamento social, fazendo com que diversos serviços e estabelecimentos fossem fechados durante o período. Assim, a pandemia atingiu em cheio a classe trabalhadora no Brasil, que acabava de passar por reformas trabalhista (2017) e previdenciária (2019) que contribuíram para precarizar ainda mais o trabalho e destituir direitos conquistados. Os trabalhadores brasileiros entram na pandemia em trabalhos precários, instáveis e sem garantias. A pandemia expôs e exacerbou a fragilidade dos trabalhadores no país, frente à aridez sociolaboral construída pelo ultraneoliberalismo no Brasil. Os trabalhadores brasileiros vivenciaram uma crise econômica, político-social e ético-identitária sem precedentes em sua história, conjuntamente com a crise sanitária exacerbada da pandemia.

A precarização das “novas modalidades de trabalho” que emergiram na pandemia, como a atividade laboral *online* em suas várias modalidades, também é objeto de discussões que ainda não foram esgotadas, chamando a atenção para a intensidade e prolongamento das horas trabalhadas e, sobretudo, para as questões de saúde mental da classe trabalhadora.

A demora em dar respostas à pandemia provocou, além de um aumento assustador do número de casos e mortes, o flagelo do desemprego, subemprego e informalidade. De acordo com o Ipea (2022), a população em situação de rua no Brasil cresceu 38% entre 2019 e 2022, atingindo 281.472 pessoas.

Por sua vez, a morosidade em se estabelecer o Auxílio Emergencial deixou uma parcela significativa dos trabalhadores sem sustento e em condições miseráveis. Lembremos a instabilidade que orientou a discussão, visto que o então ministro da Fazenda Paulo Guedes propunha uma auxílio de apenas R\$ 200. Apenas após a pressão da oposição e de muita discussão, foi aprovado pelos parlamentares o Auxílio Emergencial de R\$ 600 (Lei Nº 13.983/2020).

A pandemia também pautou a saúde mental com uma temática velha conhecida, mas que durante esse período se fez muito real: a violência contra as mulheres. O aumento do feminicídio durante a pandemia foi divulgado em vários espaços, inclusive, em artigos científicos. A Fundação Patrícia Galvão (Feminicídios [...], 2020) divulgou que, apenas entre os meses de abril e maio de 2020, houve um aumento de 22% de casos de feminicídio no Brasil.

A questão racial foi outra que ficou escancarada na pandemia. De acordo com o IBGE ( Pretos [...], 2019), no final de 2019, “Em relação à distribuição de renda, os pretos ou pardos representavam 75,2% do grupo formado pelos 10% da população com os menores rendimentos e apenas 27,7% dos 10% da população com os maiores rendimentos”. A situação é mais grave quando relacionamos o número de desempregados pretos e brancos e vivenciamos uma pandemia marcada pela desigualdade que se expressou e marcou a população mais vulnerável, que não podia cumprir as medidas sanitárias. No Brasil, desigualdades raciais caminham juntamente com as desigualdades sociais, completamente imbricadas com a falta de infraestrutura, com deficiências nas condições sanitárias e com a vulnerabilidade social.



Diante de tantas questões, a saúde mental passa a fazer parte das maiores preocupações da OMS em meio à pandemia, chegando a ser colocada como a “quarta onda” da crise sanitária. Os efeitos da pandemia sobre o suicídio no Brasil ainda estão sendo estudados, contudo, pesquisas preliminares da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz [...], 2022) apontam que houve aumento de casos de auto-extermínio nas regiões Norte e Nordeste do país, sobretudo entre os idosos e os jovens.

Com a pandemia, deparamo-nos com o acirramento das desigualdades sociais, pois as condições socioeconômicas pioraram no país, o que implica em uma análise da realidade social a partir da perspectiva da totalidade. Diante disso, os/as assistentes sociais têm diante de si uma complexa realidade para intervir na saúde mental. Essa compreensão se pauta em uma posição ético-política em relação aos desafios presentes no cotidiano profissional. Em especial com o aumento do conservadorismo, a tendência de respostas conservadoras dominou boa parte das ações implementadas frente à crise sanitária vivenciada com a Covid-19 no Brasil, refletindo e representando nosso estágio de barbárie capitalista. Nesse sentido, a pandemia apontou novas e velhas demandas para a saúde mental e para o exercício do Serviço Social como profissão.

### **Considerações finais: Serviço Social, saúde mental e intervenção na pandemia**

Sabemos que a/o assistente social vende sua força de trabalho, assim se insere nas formas contemporâneas de exploração, ou seja, suas condições objetivas de atuação são as condições dos demais trabalhadores, a saber: baixos salários, contratações temporárias e precarização dos vínculos. E na pandemia, despontou o trabalho *online* como uma nova apresentação da precarização laboral, em meio a relações de trabalho cada vez mais fragilizadas pelo pacto neoliberal de destruição dos direitos sociais.

Postas essas questões, destacamos que, nesse momento, é desafiador e ao mesmo tempo imprescindível se apropriar de questões polêmicas e atuais como: a) a organização dos serviços de saúde mental em cada município; b) o acesso à saúde mental da população pós-pandemia, dado o aumento dessa demanda – sendo chamada de “quarta onda” da crise sanitária; c) o acesso às notificações de casos de suicídio e de tentativas de suicídio; e d) a definição de indicadores. Quanto à organização em cada município, é importante pensar que o CAPS é um serviço, mas, em vários documentos, aparece como articulador da Rede de Saúde Mental. Assim é preciso conhecer a rede disponível em cada município. Trata-se de uma rede que necessita ser construída a partir das particularidades locais. Outro ponto é o acesso à saúde mental em cada lugar. Uma coisa era o planejamento e os perfis de atendimento antes da pandemia, mas a crise sanitária intensificou o sofrimento, de tal forma que casos que antes eram cuidados na Atenção Básica, por vezes passaram a demandar a atuação do CAPS, mesmo que de forma breve e ainda que para identificar as dificuldades da outra equipe em seguir com o acompanhamento. Faz-se necessário garantir o acesso. Quanto à notificação de suicídios e em especial às tentativas de autoextermínio, os CAPS precisam acompanhar de perto os/as usuários/as, do ponto de vista epidemiológico e construir estratégias. Por fim, a construção de indicadores, embora necessária, ainda é desafiante.

No campo da assistência à saúde mental, chama a atenção a necessidade de “reinventar” os CAPS, visto que as intervenções, nos últimos anos, têm sido muito centradas nos muros institucionais. Os CAPS são descritos como serviços territoriais, assim, precisam resgatar a sua essência. Nesse sentido, são imprescindíveis ações extramuros. O Serviço Social tem muito a contribuir nesse processo, no encontro com o território, com a comunidade. Seja nas ações de levantamento dos equipamentos sociais, e de como esses equipamentos se articulam com a Reforma Psiquiátrica, seja com o trabalho junto aos movimentos sociais – em especial ao lado do movimento de Luta Antimanicomial – na busca pela garantia

de direitos e na organização de trabalhadores/as e usuários/as. Assim, apontamos a necessidade pungente de buscarmos ampliar o escopo de atuação para o coletivo.

## Referências

ANTUNES, Ricardo. **O privilégio da servidão**: o novo proletariado de serviços na era digital. São Paulo: Boitempo 2020.

AYEBARE, Rodgers R.; FLICK, Robert; OKWARE, Solome; BODO, Bongomin; LAMORDE, Mohammed. Adoption of COVID-19 triage strategies for low-income settings. **The Lancet Respiratory Medicine**, [S. l.], v. 8, i. 4, e22, April 2020. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lanres/article/PIIS2213-2600\(20\)30114-4/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanres/article/PIIS2213-2600(20)30114-4/fulltext). Acesso em: 1º jun. 2020.

BOLLYKY, Thomas *et al.* Assessing COVID-19 pandemic policies and behaviours and their economic and educational trade-offs across US states from Jan 1, 2020, to July 31, 2022: an observational analysis. *The Lancet*, [S. l.], v. 401, April 22, 2023.

BRASIL. **Lei Nº 13.983, de 3 de abril de 2020**. Altera a Lei nº 13.898, de 11 de novembro de 2019, que dispõe sobre as diretrizes para a elaboração e a execução da Lei Orçamentária de 2020. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2020/lei-13983-3-abril-2020-789943-norma-pl.html>. Acesso em: 20 out. 2023.

BRASIL. Ministério da Justiça. Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas. **Resolução Nº 1, de 9 de março de 2018**. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-n-1-de-9-de-marco-de-2018-6285971>. Acesso em: 20 out. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Intergestores Tripartite. **Resolução Nº 35, de 25 de janeiro de 2018**. Estabelece prazo

para manifestação dos gestores que receberam recursos de implantação de serviços de atenção à saúde de média e alta complexidade e não implantaram e efetivaram o seu funcionamento. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2018/res0035\\_06\\_02\\_2018.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2018/res0035_06_02_2018.html). Acesso em: 23/03/ 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Intergestores Tripartite. **Resolução Nº 36, de 25 de janeiro de 2018**. Define o prazo para os gestores enviarem manifestação ao Ministério da Saúde e define a suspensão da transferência dos recursos de custeio referente às habilitações dos serviços de atenção à saúde de média e alta complexidade que não estejam em funcionamento ou não apresentem a produção assistencial registrada nos sistemas de informação em saúde considerando as políticas de atenção à saúde. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2018/res0036\\_06\\_02\\_2018.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2018/res0036_06_02_2018.html). Acesso em: 23 mar. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria Nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017**. Altera as portarias de consolidação Nº 3 e Nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588\\_22\\_12\\_2017.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html). Acesso em: 23 abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota Técnica Nº 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS**. Assunto: Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. Disponível em: <https://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf>. Acesso em: 4 out. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 3.659, de 14 de novembro de 2018**. Suspende o repasse do recurso financeiro destinado ao incentivo de custeio mensal de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Unidades de Acolhimento (UA) e de Leitos de Saúde Mental em Hospital Geral,

integrantes da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), por ausência de registros de procedimentos nos sistemas de informação do SUS. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2018/prt3659\\_16\\_11\\_2018.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2018/prt3659_16_11_2018.html). Acesso em: 20 out. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução Nº 32, de 14 de dezembro de 2017**. Estabelece as Diretrizes para o Fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2017/res0032\\_22\\_12\\_2017.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2017/res0032_22_12_2017.html). Acesso em: 20 mar. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Portaria Nº 1.482, de 25 de outubro de 2016**. Inclui na tabela de tipos de estabelecimentos de saúde do cadastro nacional de estabelecimentos de saúde: CNES o tipo 83: polo de prevenção de doenças e agravos de promoção da saúde. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2016/prt1482\\_25\\_10\\_2016.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2016/prt1482_25_10_2016.html). Acesso em: 10 dez. 2019.

BRASIL. **Painel Coronavírus**. Atualizado em: 20 out. 2023. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>. Acesso em: 20 out. 2023.

BRASIL. Presidência da República. **Emenda Constitucional Nº 95, de 15 de dezembro de 2016**. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm). Acesso em: 20 out. 2023.

BRASIL. **Proposta de Emenda à Constituição Nº 55, de 2016**. PEC do teto dos gastos públicos. Disponível em: <https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/127337>. Acesso em: 20 out. 2023.

CARCANHOLO, Reinaldo; SABADINI, Maurício A. Capital fictício e lucros fictícios. **Revista Sociedade Brasileira de Economia Política**, Rio de Janeiro, n. 24, p. 41-65, junho 2009.

CHESNAIS, François. A luta de Classes na Europa e as raízes da crise econômica Mundial. **Carta Maior**, 9 jul. 2012. Disponível em: <http://cartamaior.com.br/?/Editoria/Economia/A-luta-de-classes-na-Europa-e-as-raizes-da-crise-economica-mundial-I-/7/25351>. Acesso em: 15 mar. 2023.

CHESNAIS, François. **A Mundialização do Capital**. São Paulo: Xamã, 1996.

COVID-19 in Brazil: “So what?”. [Editorial]. **The Lancet**, v. 395, May 9, 2020. Disponível em: <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2820%2931095-3>. Acesso em: 2 dez. 2022.

DALGLISH, Sarah. The end, and the beginning, of global mental health. *The Lancet Psychiatry*, v. 7, p. 721, September 2020. Disponível em: [https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lanpsy/PIIS2215-0366\(20\)30348-5.pdf](https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lanpsy/PIIS2215-0366(20)30348-5.pdf). Acesso em: 10 dez. 2022.

FEMINICÍDIOS na pandemia: quatro mulheres são mortas a cada 24 horas. **Instituto Patrícia Galvão**, [maio 2020]. Disponível em: <https://dossies.agenciapatriciagalvao.org.br/violencia-em-dados/femicidios-na-pandemia-quatro-mulheres-sao-mortas-a-cada-24-horas/>. Acesso em: 20 out. 2023.

FIOCRUZ avalia excesso de suicídios no Brasil na primeira onda de Covid-19. **Fundação Oswaldo Cruz**, 18 abr. 2022. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/fiocruz-avalia-excesso-de-suicidios-no-brasil-na-primeira-onda-de-covid-19>. Acesso em: 20 out. 2023.

FONTES, Virgínia. **O Brasil e o Capital Imperialismo**: teoria e história. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 2010.

MARX, Karl. **O Capital**: crítica da Economia política. Tradução: Rubens Enderle. São Paulo: Boitempo, 2013. (I. I: o processo de produção do capital).

PERUCA, Amanda Takemoto; BORGES, Roselania Francisconi. Acolhimento em leito em um CAPS III: algumas reflexões. **Journal of Interprofessional Health Education**, v. 1, e-64608, p. 1-12, 2023. Disponível em: <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/healtheduc/article/download/64608/751375155750/>. Acesso em: 20 out. 2023.

POPULAÇÃO em situação de rua supera 281,4 mil pessoas no Brasil. **Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea)**, 8 dez. 2022. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/portal/categorias/45-todas-as-noticias/noticias/13457-populacao-em-situacao-de-rua-supera-281-4-mil-pessoas-no-brasil>. Acesso em 15 jan. 2023.

PRETOS ou pardos estão mais escolarizados, mas desigualdade em relação aos brancos permanece. Agência IBGE **Notícias**, 13 nov. 2019. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/25989-pretos-ou-pardos-estao-mais-escolarizados-mas-desigualdade-em-relacao-aos-brancos-permanece>. Acesso em: 20 out. 2023.

UJVARI, Stefan Cunha. **Pandemias**: a humanidade em risco. Rio de Janeiro: Contexto, 2011.

# CAPÍTULO 12

## O TRABALHO PROFISSIONAL DA/O ASSISTENTE SOCIAL NO ÂMBITO DA SAÚDE NO ENFRENTAMENTO DO RACISMO INSTITUCIONAL

Franciele da Silva Santos<sup>1</sup>  
Jussara Francisca de Assis dos Santos<sup>2</sup>

### Introdução

Este artigo resulta das reflexões realizadas na atividade intitulada *A atuação das/os assistentes sociais na saúde no enfrentamento do racismo institucional*<sup>3</sup>, organizada pelo Conselho Regional de Serviço Social da Paraíba (CRESS-PB) e Departamento de Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), via Projeto de Extensão *Educação permanente para assistentes sociais atuantes na área da saúde no estado da Paraíba*.

Desse modo, objetivamos discutir o trabalho profissional da/o assistente social no enfrentamento ao racismo institucional no âmbito da política de saúde. Para tanto, refletimos sobre a profissão em contexto sócio-histórico de serviços sociais eugenistas

- 
- 1 Assistente social, professora substituta da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), doutoranda em Serviço Social pelo Programa de Pós-Graduação em Serviço Social (PPGSS) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ).
  - 2 Assistente social, professora da Escola de Serviço Social da Universidade Federal Fluminense (UFF), conselheira do Conselho Regional de Serviço Social (CRESS) do Rio de Janeiro (2023-2026).
  - 3 Para acessar a atividade, assista ao vídeo: <https://www.youtube.com/watch?v=IISD4WEFxEEM>.



e higienistas, bem como com o processo de desenvolvimento da profissão.

A partir da década de 1980, o Serviço Social no Brasil tem desenvolvido o processo de consolidação de seu projeto profissional conhecido por Projeto Ético-Político. Com isso, vem assumindo o compromisso com a construção de uma sociedade livre de qualquer opressão, entre elas as de raça/cor/etnia, classe e gênero. A profissão assume essa empreitada alinhada com princípios que regem várias políticas sociais no Brasil, entre as quais a política de saúde por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), que tem como direcionamento a promoção de ações de prevenção e cuidado de maneira a considerar as particularidades dos/as usuários/as.

Na mesma direção, o Serviço Social, a partir dos movimentos externo e interno, tem pautado temas, ações, documentos, estudos e normatizações que considerem a equidade como um de seus valores éticos, reconhecendo as demandas da classe trabalhadora no que diz respeito às particularidades a ela inerentes, a exemplo das questões de raça, especialmente no que diz respeito ao combate ao racismo.

O racismo institucional, que hoje se faz presente nas mais diversas instituições em que a/o assistente social atua, é resultado de um processo histórico, econômico, cultural e político, que não podemos perder de vista como campo de análise ao pensarmos nosso trabalho no enfrentamento ao racismo. Nesse sentido, serão trazidas aqui, no primeiro momento, algumas reflexões em torno do racismo institucional e Serviço Social. Posteriormente, faremos considerações a respeito do papel do Serviço Social no enfrentamento ao racismo a partir dos *Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde*.

## Racismo institucional e Serviço Social: reflexões necessárias

Compreender o Serviço Social no contexto do enfrentamento ao racismo requer de nós situá-lo dentro da dinâmica societária que o abarca, assim, como nas relações sociais que o comportam e o constroem enquanto profissão. Desde sua emergência, o Serviço Social foi chamado a atender às demandas do Estado e do empresariado por meio do controle da classe trabalhadora nos mais diversos aspectos, no ambiente laboral, nas vivências cotidianas e/ou no acesso às políticas de Estado. Nesse contexto, concordamos com Carvalho e Yamamoto (2008, p. 77).

O Serviço Social se gesta e se desenvolve como profissão reconhecida na divisão social do trabalho, tendo por pano de fundo o *desenvolvimento capitalista industrial e a expansão urbana*, processos esses aqui apreendidos sob o ângulo de novas classes sociais emergentes [...] e das modificações verificadas na composição dos grupos e frações de classes que compartilham o poder de Estado em conjunturas históricas específicas. É nesse contexto, em que se afirma a hegemonia do capital industrial e financeiro, que emerge sob novas formas, a chamada “questão social”, a qual se torna a base de justificação desse tipo de profissional especializado.

Diante disso, podemos afirmar que o desenvolvimento do capitalismo, enquanto sistema que produz e reproduz as relações sociais, impactou o mundo do trabalho, resultando em precarização da vida e das condições laborais, contribuindo, assim, para o aumento da pobreza, miséria e exploração de determinadas populações, o que demandou respostas do Estado que vieram em forma de serviços sociais, executados por meio de intervenções profissionais, por vezes, conservadoras e baseadas nos interesses do Estado, alinhado ao empresariado (Carvalho; Yamamoto, 2008).

Vale considerar que nesse contexto as pessoas negras, que já vivenciavam o impacto das péssimas condições de vida após a farsa da Abolição, foram impactadas de forma peculiar, pois muitas não conseguiram se alocar em trabalhos formais, que já estavam assumidos, majoritariamente, pela população imigrante europeia nas primeiras décadas da industrialização, restando a informalidade e/ou continuidade de trabalho em situação similar à da escravização. Nesse processo, é preciso considerar que as políticas sociais à época, por meio da Lei Eloy Chaves de 1923, estavam associadas a quem estivesse vinculado/a aos espaços formais de trabalho, e nem eram todas as áreas, logo, essas populações também ficaram à margem do acesso.

Nesse contexto de estratégias e ações para atuar sobre a classe trabalhadora, o Estado brasileiro tratou das expressões da questão social de maneira eugenista e higienista, o que significou a criação de serviços sociais que fossem influenciados política e ideologicamente por esse direcionamento do governo (Silva, 2022).

Enquanto categoria profissional, não podemos perder de vista como campo de análise esse aspecto de nossos fundamentos, que, por vezes, implica em nossa atuação profissional, sinalizando lacunas na percepção das expressões da questão social. Dessa forma, a partir da consideração de que a questão racial se articula de forma indissociável com a particularidade da questão social no Brasil, é importante tecer algumas considerações sobre o racismo.

As assimetrias raciais no Brasil precisam ter como parâmetro o fato de que as relações sociais neste território são escamoteadas pelo imaginário da harmonia racial. No Brasil, não houve um sistema jurídico de segregação racial concretizado como ocorrido nos Estados Unidos da América e na África do Sul. Porém, a ausência de preceitos legais segregacionistas não impediu, e ainda não impede, a existência de desigualdades brutais baseadas na articulação entre raça/cor/etnia, classe, gênero e sexualidades das pessoas.

A suposta democracia racial brasileira possibilita a crença de que o racismo no Brasil não existe, sendo as desigualdades socioeconômicas aquelas que determinariam a estratificação social e as

possíveis imobilidades sociais. A histórica desigualdade social que cerca a população negra impulsiona o debate e a luta política acerca do racismo de maneira que Estado e sociedade, pressionados pelos movimentos negros, são obrigados a discutir sobre as consequências de como atos discriminatórios com base na raça/cor/etnia atingem as pessoas que são seus alvos.

Raça e racismo foram ideários oportunos para justificar a escravidão e fornecer aos sistemas colonialista, imperialista e capitalista ferramentas de manutenção de concentração de riquezas para um determinado grupo social. A partir de uma perspectiva de totalidade, é necessário dizer que o racismo deve ser entendido através das dimensões política, social, econômica, jurídica e filosófica, ou seja, como um processo histórico e estrutural. Nos termos de Silvio Almeida (2018), o racismo é estrutural, uma vez que “comportamentos individuais e processos institucionais são derivados de uma sociedade cujo racismo é regra e não exceção” (Almeida, 2018, p. 38-39). O autor discorre que, como processo histórico e político, o racismo fornece as condições para que grupos identificados racialmente sejam discriminados de maneira sistemática.

A partir das influências norte-americanas, o conceito “racismo institucional” chegou ao Brasil, sendo a área da saúde a pioneira a adotar a abordagem, via Programa de Combate ao Racismo Institucional (PCRI), criado em 2001 e implementado em 2005. O programa teve apoio do Ministério da Saúde e foi gestado durante o processo de organização da comitativa brasileira para a III Conferência Mundial contra o Racismo, realizada em Durban, em 2001. O objetivo era apoiar o setor público a combater e prevenir o racismo no interior das instituições, além de fortalecer a organização da sociedade civil quanto ao debate e à pauta política acerca do racismo. Assim, o Programa de Combate ao Racismo Institucional definiu o seguinte conceito para racismo institucional:

Fracasso das instituições e organizações em prover um serviço profissional e adequado às pessoas devido à sua cor, cultura, origem racial ou étnica. Ele se manifesta em normas, práticas

e comportamentos discriminatórios adotados no cotidiano do trabalho, os quais são resultantes da ignorância, da falta de atenção, do preconceito ou de estereótipos racistas. Em qualquer caso, o racismo institucional sempre coloca pessoas de grupos raciais ou étnicos discriminados em situação de desvantagem no acesso a benefícios gerados pelo Estado e por demais instituições e organizações (Brasil, 2001a).

O racismo institucional pode ser compreendido como uma ferramenta que tem a capacidade de criar e legitimar condutas excludentes que perpassam toda a estrutura das instituições. Para Geledés e CFEMEA (2013), o “fracasso institucional” resulta da contradição entre o discurso formal e os dados estatísticos, ou seja, o discurso formal afirma não existir racismo na maneira como as pessoas são tratadas no interior das instituições, entretanto, os dados estatísticos demonstram as desigualdades de acesso às políticas públicas. Acesso este que se dá a partir das instituições.

Podemos articular o pensamento em torno do racismo ao desenvolvimento do Serviço Social no Brasil que, a partir dos anos de 1960, passa a questionar as suas bases de cunho tradicional no campo da atuação, além das suas referências teórico-metodológicas, por meio do processo de Renovação da Profissão. Esse movimento culminou na realização, em 1979, do III Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais (CBAS), conhecido como “Congresso da Virada”. Um momento historicamente simbólico para a construção do projeto profissional no Brasil, consolidando-se na década de 1990, enquanto resultado do processo de amadurecimento da profissão gestado no Movimento de Reconceituação (Netto, 2006). Magali Almeida, Roseli Rocha e Suelma Branco (2019) tecem contribuições fundamentais no que tange ao papel de assistentes sociais negras nesse processo, já que:

A relação entre antirracismo e democracia é um imperativo para a materialização dos direitos humanos. Sem dúvida, a análise das relações

raciais no Brasil realizadas pelas assistentes sociais negras no final da década de 1980 foi uma crítica contundente à persistência do mito da democracia racial, que desconsiderou o racismo como determinação das condições de vida e trabalho e processos de resistência da população negra (Almeida; Rocha; Branco, 2019, p. 169).

O Serviço Social, enquanto sujeito coletivo, sob influência da Teoria Social Crítica, decide-se por um projeto profissional em consonância com o projeto societário que esteja em diálogo com as pautas da classe trabalhadora. Calçado no valor da liberdade, esse projeto tem o objetivo de construir uma nova sociedade, isenta de qualquer opressão, o que requer formação e trabalho profissionais que sejam capazes de colaborar para a construção de uma sociedade anticapitalista, antiLGBTfóbica, antissexista e antirracista.

Importante chamar a atenção para as iniciativas do conjunto formado pelo Conselho Federal (CFESS) e pelos Conselhos Regionais de Serviço Social (CRESS), que desde os anos 2000, conforme trata Moreira (2020), tem investido na promoção da cultura de enfrentamento ao racismo através do trabalho e da formação profissional. Kajali Vitorio (2019) indica que houve, a partir de 2010, uma virada na discussão do debate racial, destacando as atividades do *CFESS Manifesta*, que passou a produzir publicações acerca da questão racial e realizou diversas ações referentes ao tema em parceria com a Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS).

Alves (2020) mostra como as Instituições de Ensino Superior (IES) têm inserido em suas grades curriculares disciplinas que tratam diretamente da questão étnico-racial. O autor nos revela que é ínfima a quantidade de disciplinas que tratam especificamente da relação entre as questões étnico-raciais e o Serviço Social. Das seis IES pesquisadas pelo autor em 2020, apenas uma oferecia disciplina obrigatória: a Universidade Federal do Maranhão (UFMA).

Essa constatação expressa para nós que, mesmo diante das diretrizes que inserem a questão racial nos currículos dos cursos de graduação, ainda temos um longo percurso a trilhar. A luta por uma formação antirracista na profissão encontra grandes obstáculos e o fortalecimento desta luta é urgente.

### **Serviço Social, projeto profissional, trabalho na saúde e enfrentamento do racismo institucional**

A partir da Constituição de 1988, a Política de Saúde no Brasil passa a ser considerada “direito de todos e dever do Estado” (Brasil, 1988). Isso resultou do processo de luta histórica das classes trabalhadoras para visibilizar suas demandas, entre elas a de assistência à saúde por meio de um sistema público, universal e de qualidade. Essa conquista se materializou na criação do Sistema Único de Saúde (SUS), tendo como princípios: a descentralização, a universalização, a integralidade, a equidade e a participação da comunidade. Com base nesses princípios, a destacar o da equidade, discutem-se as particularidades de determinadas populações, como indígenas e negras. A primeira conquista foi o estabelecimento de um sistema específico, que é o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, instituído através da Lei Nº 8.080/1990. Para as populações negras, essa conquista veio, enquanto política de Estado, 19 anos depois, em 2009, após um processo de luta para o reconhecimento das particularidades que envolviam essas populações.

Tais iniquidades, apesar de sinalizadas pelos movimentos negros desde o contexto da Reforma Sanitária, a partir da década de 1970, só a partir de 1996, compuseram o diálogo institucional formal por meio do Ministério da Saúde na reflexão sobre as particularidades da população negra. Esse encontro foi chamado de Mesa-Redonda sobre a Saúde da População Negra por meio do Grupo de Trabalho Interministerial (GTI), conforme relatado anteriormente. Naquela oportunidade, foram acordadas algumas ações referentes à temática, como a inserção de um quesito sobre raça/cor na Declaração de Nascidos Vivos e na Declaração de Óbitos.

Cabe ressaltar a importância de tal inserção, uma vez que esses documentos são oficiais e utilizados nacionalmente. Logo, a ideia era de que pudessem contribuir para os estudos no contexto da saúde dessa população (que naquele momento ainda eram restritos) de modo a favorecer a melhoria das ações e serviços prestados.

Nesse contexto, foi realizado o alinhamento da saúde da população negra ao conceito mais amplo de saúde, a saber: “as ações de maior impacto sobre a saúde das populações afrodescendentes são aquelas que visam à melhoria das condições sociais e de saúde [...], reduzindo as doenças e as condições a elas ligadas e promovendo o acesso aos serviços [...]” (Brasil, 2001b, p. 5).

O Ministério da Saúde teve como uma de suas iniciativas informar e fomentar a discussão e ações por parte dos serviços de saúde. Em 2001, lançou o *Manual de doenças mais importantes, por razões étnicas, na população brasileira afrodescendente*, no qual, com base em estudos científicos, apontou as enfermidades que têm acometido a população negra em virtude de fatores econômicos, sociais, culturais e históricos. Destacamos as consequências do racismo estrutural e sua influência no não acesso por parte dessa população aos serviços de saúde e, conseqüentemente, à prevenção e ao cuidado das comorbidades com as particularidades que elas apresentam.

Refletindo a respeito das particularidades das populações negras e considerando os princípios do SUS, assim como suas normativas, entendemos que tal sistema pode e deve contribuir mais efetivamente com a equidade. Nesse terreno de disputas, o Estado foi provocado pelos movimentos negros, através da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), por meio da Portaria GM/MS Nº 992, de 13 de maio de 2009, a contribuir com o combate ao racismo institucional. Nesse sentido, o Ministério da Saúde alinou-se ao compromisso de:

[...] combate às desigualdades no Sistema Único de Saúde (SUS) e na promoção da saúde da população negra de forma integral,



considerando que as iniquidades em saúde são resultados de injustos processos socioeconômicos e culturais – em destaque, o vigente racismo – que corroboram com a morbimortalidade das populações negras brasileiras [...] (Brasil, 2017, p. 7).

A partir da PNSIPN, mesmo a passos lentos, foram se construindo estratégias, ainda que sob pressão dos movimentos negros, para a concretização, em todos os níveis da Atenção à Saúde, de “ações e serviços de forma oportuna e humanizada, contribuindo para a melhoria das condições de saúde desta população [negra] e para redução das iniquidades de raça/cor, gênero, identidade de gênero, orientação sexual, geracionais e de classe” (Brasil, 2017, p. 8). Isso demanda, por parte de quem constrói os SUS, por meio de suas ações profissionais, fomentar iniciativas que, alinhadas a essas indicações do Ministério da Saúde, trabalhem no sentido de garantir o acesso aos serviços de saúde.

Nessa direção, destacamos o trabalho profissional da/o assistente social alinhado com o Projeto Profissional, que dialoga com o projeto do SUS, no sentido de contribuir para que essas populações tenham acesso humanizado aos serviços, de maneira a considerar suas demandas particulares, compreendendo-as em um contexto ampliado de saúde.

Vale aqui ressaltar que o Serviço Social, enquanto profissão regulamentada pela Lei Nº 3.252/1957 e atualmente referendada pela Lei Nº 8.662, de 7 de junho de 1993, uma especialização do trabalho coletivo, no interior da divisão social e técnica do trabalho (Netto, 2006), é convocado a atuar no campo das diversas expressões da “questão social” também na área da saúde. Trata-se, portanto, de uma profissão reconhecida pelo Conselho Nacional de Saúde, por meio da Resolução Nº 218/1997, enquanto da área da saúde, entre 13 profissões.

A partir da maturidade profissional conquistada da década de 1990, em que um novo projeto profissional passou a sinalizar uma

direção crítica e reflexiva do trabalho da categoria, as/os assistentes sociais tecem diversas estratégias de modo a pensar a atuação profissional, partindo das experiências de trabalho e dos aspectos teórico-metodológicos e éticos que se articulam na profissão. No que diz respeito à área da saúde, alinham-se à Lei de Regulamentação e ao Código de Ética, ambos de 1993.

No Código de Ética, entre os Princípios Fundamentais, destacamos: “Exercício do Serviço Social sem ser discriminado/a, nem discriminar, por questões de inserção de classe social, gênero, etnia, religião, nacionalidade, orientação sexual, identidade de gênero, idade e condição física” (CFESS, 2012, p. 24). Isso nos aponta para a necessidade de formular e refletir sobre algumas questões, já sinalizadas por Magali Almeida (2013, p. 141-142):

Em que medida nossa intervenção nos vários espaços sócio-ocupacionais tem reconhecido (e conhecido) a diversidade humana como mediação ontológica do ser social? O que sabemos da história, cultura e reivindicações coletivas dos sujeitos sociais negros, mulheres, indígenas, população LGBT, crianças, idosos, pessoas com deficiência e os legados das religiões não hegemônicas? [...] Será que o registro técnico que realizamos tem proporcionado visibilidade às desigualdades sociais que têm suas raízes no preconceito? Esse registro ajuda a combater a discriminação institucional?

Parafraseando-a a partir do tema que ora discutimos, porém sem deixar de considerar que os demais, por vezes, são indissociáveis quando abordamos as questões que atravessam a vida das populações negras, indagamo-nos: De que maneira, em nosso cotidiano de trabalho profissional na área da saúde, nos mais diversos níveis de atenção, temos “reconhecido (e conhecido)” as populações negras, suas diversidades e particularidades? Como que, por meio de nossas intervenções, são tecidas possibilidades de essa

população acessar os serviços e ter seus direitos respeitados e garantidos pelo Estado? Estamos, em nossos documentos e demais registros, tendo condições de considerar essas particularidades, a exemplo da identificação do quesito raça/cor? Se registrado, tem sido utilizado de maneira a contribuir com ações realizadas para o enfrentamento do racismo institucional?

Essas questões nos põem, além de reflexões, a exigência de re(ver) nossas intervenções, nas quais, mesmo que não tenhamos a intenção, podemos contribuir para a invisibilidade e negação de direitos de determinadas populações. Faz-se urgente pensarmos em estratégias para contribuir com o antirracismo, de forma alinhada aos princípios profissionais e do SUS, indissociavelmente, de modo que a luta contra o racismo seja contemplada em nossos planos de trabalho, não perdendo de vista as questões teóricas, metodológicas e éticas enquanto referenciais emancipatórios de maneira a contribuir com o desprendimento do conservadorismo (Almeida, 2013).

Como sabido por nós, profissionais do Serviço Social, temos parâmetros e subsídios registrados em documentos que contribuem para nos guiar no nosso trabalho em diversas políticas, além de nosso marco jurídico. Na área da saúde, temos os *Parâmetros para a atuação de assistentes sociais na Saúde*, de 2010, documento de construção coletiva a partir da realidade de trabalho de profissionais de todo o Brasil.

Enquanto eixos norteadores dos Parâmetros, temos: atendimento direto aos/às usuários/as; mobilização, participação e controle social; investigação, planejamento e gestão; e assessoria, qualificação e formação profissional (CFESS, 2010). Esses eixos têm o sentido de contribuir com o trabalho profissional para que sejam consideradas as particularidades dos níveis de atenção, assim como as demandas que esses apresentam, o que exige da/do profissional articulação teórica, histórica, metodológica e ética para sua concretização nos espaços de trabalho, mediada com e pelos demais documentos jurídicos normativos que direcionam a profissão.

## **Parâmetros de atuação profissional na Saúde a serviço do enfrentamento ao racismo institucional**

Considerando os *Parâmetros de Atuação Profissional na Saúde* enquanto documento que vem de uma reflexão coletiva da categoria de assistentes sociais pautada na nossa direção profissional e a partir das discussões tecidas anteriormente sobre os aspectos históricos, culturais e econômicos e o impacto do racismo estrutural e institucional enquanto impeditivos de acesso aos direitos, pontuaremos, mesmo que de forma breve, como os eixos desse documento auxiliam a perspectiva antirracista e de enfrentamento ao racismo institucional.

Vale destacar que não consideramos, no contexto dos mais diversos serviços de saúde, que apenas as/os assistentes sociais devam enfrentar o racismo. Mas buscamos afirmar, a partir de nosso desenvolvimento profissional e do compromisso por meio de nosso Projeto Ético-Político, que podemos contribuir com esse processo por uma perspectiva de totalidade, fundamentada e qualificada, pois temos, enquanto profissão, a partir de um processo de luta, incorporado a discussão nos mais diversos espaços e produzido materiais que possibilitam nossa (re)aproximação com a temática numa perspectiva crítica, ainda mais considerando que, hegemonicamente, assumimos uma postura crítica e uma atuação na perspectiva de totalidade.

Entre os materiais que temos produzido enquanto categoria, além dos seminários, conforme falamos anteriormente, com discussões sobre a temática, podemos citar ainda os seguintes: em 2016, elaboração pelo conjunto CFESS/CRESS de coletânea sobre preconceitos, cujo Caderno Nº 3 aborda o racismo; em 2017, o lançamento da *Campanha Assistentes Sociais no Combate ao Racismo*, sendo divulgada amplamente a partir de 2019 e com publicação de coletânea em 2020; em 2019, a *Campanha se cortam direitos, quem é preta e pobre sente primeiro*, alusiva ao dia da/o assistente social, chamando a atenção para o compromisso da categoria na defesa dos direitos sociais e contra cortes das políticas sociais que consideram

as questões de classe e cor (CFESS, 2019); em 2021, a elaboração de Nota Técnica sobre o trabalho de assistentes sociais e a coleta do quesito raça/cor/etnia por Márcia Eurico (CFESS, 2022).

Além disso, a Associação de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS), por meio do Grupo Temático de Pesquisa “Serviço Social, Relações de Exploração/Opressão de Gênero, Raça/Etnia, Geração e Sexualidades”, em articulação com as gestões, tem fomentado o debate sobre o antirracismo, o que tem resultado, entre as ações, em: publicação de *Subsídios para o debate sobre a questão étnico-racial na formação em Serviço Social*; criação da Plataforma Antirracista, lançada no XVII Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social (ENPESS) em 2022; e a Gestão 2023/2024 elegeu o tema “formação antirracista”, o que tem fomentado o debate no Brasil acerca da discussão do racismo.

Realizado esse breve resgate do que temos amadurecido enquanto categoria a partir das entidades. Gostaríamos de pontuar as questões antes realizadas sobre nosso trabalho no sentido de enfrentar o racismo institucional a partir dos eixos dos Parâmetros. Falar dessa articulação dos eixos com ações de enfrentamento ao racismo primeiro requer de nós, profissionais, que, no nosso plano de trabalho em determinada instituição, consideremos, no diagnóstico do espaço sócio-ocupacional, qual o público em favor de quem iremos atuar, pois, por mais que estejamos em uma política específica, temos vários níveis de atenção e cada um deles tem suas particularidades e demandas.

No **primeiro eixo**, denominado *Atendimento direto aos/às usuários/as*, com os subeixos ações socioassistenciais; articulação com as equipes de saúde e ações socioeducativas, destacamos como fundamental no nosso trabalho profissional, entre as ações que podemos desenvolver: contribuir, por meio do atendimento direto às/aos usuárias/os nas ações socioeducativas, para a inserção de tópicos que envolvam a temática de raça, inclusive como forma também da compreensão sobre a importância de se autodeclarar pessoa negra em conformidade com o IBGE e Estatuto da Igualdade Racial, ou seja, pessoas negras (pardas ou pretas).

Esse aspecto já exige que nós, enquanto profissionais, realizemos a coleta do quesito raça/cor, pois não registrar quem atendemos é não termos dados para tecer estratégias para nossa atuação, o que de certa forma recai sobre o não acesso por parte da população aos serviços na sua integralidade.

Além disso, com esses dados, podemos trabalhar com demais membros das equipes, considerando, quanto aos aspectos socioeconômicos e sociais, a questão de raça que compõe o público atendido, inclusive como forma de sensibilizar outras/os profissionais sobre a relevância de adotar a prática, que infelizmente contém lacunas nesse aspecto, fato que dialoga com a indicação de formular estratégias de intervenção profissional e subsidiar a equipe de saúde quanto às informações sociais dos/as usuários/as.

Acrescentamos ainda que tais dados quanto à raça e cor podem subsidiar o fortalecimento do acesso por parte das populações negras às manifestações técnicas, em matéria de Serviço Social, que são subsidiadas por estudos sociais e documentadas em forma de pareceres e laudos com informações relativas ao quesito raça/cor. E, concordando com Márcia Eurico, na *Nota Técnica sobre o trabalho de assistentes sociais e a coleta do quesito Raça/Cor/Etnia* (CFESS, 2022, p. 2-3), lembramos uma de suas afirmações: “a coleta é essencial na elaboração de políticas públicas em uma perspectiva antirracista para além de um indicador [...] faz emergir as nuances do silenciamento da desigualdade étnico-racial e da vinculação direta entre acumulação capitalista e racismo”.

Enquanto dados que expressam a invisibilidade dessas populações, destacamos aqui, por exemplo, os relativos às pessoas negras quilombolas. No Censo de 2022, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) identificou 1.327.802 pessoas quilombolas no Brasil (Gomes, 2023). Quando observamos os dados do Painel de Monitoramento da Equidade na Atenção Primária à Saúde (APS), temos, apenas 328.181 pessoas cadastradas e 243.312 atendidas em 2022 (Brasil, c2023). Em porcentagem, apenas cerca de 25% da população quilombola é identificada, o que afeta o desconhecimento sobre as particularidades dessa população.

Em relação ao **segundo eixo**, intitulado *Mobilização, participação e controle social*, aqui, dialogando com Bravo e Correia (2012), que destacam a importância da participação nas instâncias de controle social, devemos lembrar que caberia refletirmos sobre a relevância de fortalecer as lutas coletivas de forma ampla no SUS, enquanto estratégia política de contribuir com a organização popular em espaços como os conselhos, conferências e movimentos sociais, entre estes, os movimentos negros.

Assim, nesse eixo ainda destacamos como uma das ações com as quais podemos contribuir no nosso fazer profissional é fomentar que usuárias/os negras/os participem dos espaços de controle social, dos movimentos sociais que dialogam com a política de saúde nos mais diversos níveis de maneira a reconhecê-los enquanto sujeitos partícipes e construtoras/es dos espaços de participação política. E ainda enquanto categoria, ressaltamos a importância da qualificação permanente sobre os dados que envolvem as iniquidades no âmbito da saúde para contribuir nos espaços de controle social de forma qualificada de maneira a impactar positivamente a construção das políticas públicas voltadas para populações negras.

O alinhamento com as frentes e movimentos sociais por parte das/os profissionais é essencial para acompanharmos as demandas que estão sendo postas. Por exemplo, a Frente Nacional de Assistentes Sociais no Combate ao Racismo e a Rede de Assistentes Sociais pelo Direito de Decidir<sup>4</sup>, espaços que têm contribuído nas discussões e formulações de notas técnicas e resoluções que versam sobre a temática, inclusive considerando a indissociabilidade entre as questões de raça, gênero, classe e território, entre outras categorias.

Em relação ao **terceiro eixo**, *Investigação, Planejamento e Gestão*, que aponta entre as ações a realização de estudos que revelem as reais condições de saúde dos/as usuários/as e da

---

4 Rede articulada em 2020 por profissionais de todo o Brasil no sentido de mobilizar e refletir, na profissão e na/com a sociedade, temáticas que dialoguem com a pauta dos direitos sexuais e reprodutivos, a destacar a questão do aborto.

coletividade, são iniciativas necessárias: elaborar planos e projetos de ação profissional, interferir na elaboração do planejamento estratégico das instituições; e sensibilizar os/as gestores/as da saúde para a relevância do trabalho profissional nas ações de planejamento, gestão e investigação (CFESS, 2010). Percebe-se que esse eixo dialoga com o primeiro eixo. No entanto, aqui ressaltamos a importância de nos apropriarmos dos dados externos acerca do tema e dos que estamos construindo, se esses dados estão contribuindo para, nos espaços de gestão, fortalecer a perspectiva inter-setorial das ações da política de saúde.

Além disso, enfatizamos a relevância de, por meio dos espaços estratégicos de gestão, fomentarmos a implantação e implementação da PNSIPN em todos os níveis de atenção à saúde. Além disso, podemos provocar que a gestão para que dê atenção às demandas das populações negras, de modo a contribuir para divulgar informações pertinentes para esse público e realizar ações considerando as suas particularidades, a exemplo de ações voltadas para questões que envolvam a anemia falciforme e violências, entre outras. E ainda, enquanto categoria, questionamo-nos: estamos utilizando nossos dados para fortalecer esse acesso e enfrentamento ao racismo nos espaços de saúde? Tendo em vista que tem sido uma demanda frequente na área da saúde os casos de violência o que tem sido feito com esses dados?

No **quarto eixo**, denominado *Assessoria, Qualificação e Formação Profissional*, estão ações como: treinamento, preparação e formação de recursos humanos voltados para a educação permanente da categoria e de trabalhadores de saúde, representantes comunitários, chefias e conselheiros; participar da formação profissional através da criação de campo de estágio e participação nos programas de residência multiprofissional; participar e/ou buscar assessoria para os/as profissionais de Serviço Social, para a gestão das unidades de saúde e para os movimentos sociais; participar de espaços para a apresentação de experiências profissionais; e elaborar plano de educação permanente (CFESS, 2010).



Partindo da concepção de assessoria defendida por Matos (2010, p. 32), enquanto “espaço de interlocução e aprimoramento do trabalho com vistas à garantia de direitos”, compreendemos a relevância de pautar a temática racismo institucional no campo da saúde e especificamente nesse eixo, em que o/a assistente social, enquanto conhecedor/a e com capacidade técnica da matéria na qual atua, pode contribuir para fortalecer a política de saúde, assim como os demais que compõem o tripé da Seguridade Social. Considerando as ações de enfrentamento do racismo institucional que podem se alinhar às que compõem esse eixo, aqui destacamos o ato de contribuir, por meio da educação permanente no SUS, com provocações de atividades formativas que se articulem com as questões de saúde que afetam a população negra. E, ainda, a prática de fomentar, no processo de contribuição das preceptorias de programas de residência e supervisões de estágio, que profissionais e estudantes, respectivamente, despertem para a temática e/ou fortaleçam as iniciativas deles/as nesse sentido.

A assessoria tanto pode ser direcionada para o corpo profissional em si, caracterizando-se enquanto atribuição privativa, quanto para outros sujeitos, caracterizando-se como competência profissional (Matos, 2010). Isso pode nos dar alicerce para ratificamos nosso compromisso, ao considerarmos nossas atribuições e competências profissionais, no sentido de contribuir com o enfrentamento do racismo institucional no âmbito da Política de Saúde no Brasil, seja nas intervenções privativas, seja nas que dialogam com ações mais amplas, até mesmo em articulação com as demais categorias com as quais trabalhamos.

Dado o limite de nos aprofundarmos de forma minuciosa nas demais ações que envolvem todos os eixos, fazemos a provocação de que, enquanto profissionais vinculadas/os à política de saúde, a partir dos mais diversos espaços e níveis de atenção, precisamos pensar em atividades que dialoguem com os Parâmetros no sentido de considerar as particularidades das populações negras.

## Aproximações conclusivas

O racismo estrutural, que tem sido também estruturante das relações que deságuam no racismo institucional, é uma realidade no Brasil, de modo que cotidianamente é demonstrado das mais diversas formas. E quando falamos de políticas sociais, tal modalidade de racismo se expressa no não acesso ou na desumanização de pessoas não brancas. Nesse sentido, diante do exposto, ratificamos a relevância de, enquanto membros de uma categoria profissional comprometida com “[...] a qualidade dos serviços prestados à população”, “com o aprimoramento intelectual, na perspectiva da competência profissional” (CFESS, 2012) e com uma sociedade livre de opressões de qualquer natureza, dentre elas as de raça/cor/etnia, devemos contribuir com a construção de uma coletividade antirracista e, para tanto, precisamos traçar estratégias coletivas no sentido de refletir as peculiaridades da vida das pessoas negras, em sua maioria, usuárias/os dos serviços nos quais trabalhamos.

No que toca à política de saúde, enquanto calcada em princípios com os quais a nossa profissão dialoga, faz-se necessária a materialidade nos mais diversos níveis de atenção como expressão de respeito, dignidade e equidade para com as pessoas negras.

Enquanto profissão, no calor da efervescência que toma o tema, fortaleçamos a discussão antirracista de maneira que a levemos para outros tempos do Serviço Social, de tal forma que concretizemos a intenção de não retrocedermos. Por fim, conclamamos que utilizemos as construções coletivas da categoria como formas de possibilitar o acesso, de fato, por parte das populações negras aos seus direitos, por tanto tempo violados pelo Estado.

## Referências

ALMEIDA, M. S. Exercício do Serviço Social sem ser discriminado, nem discriminar, por questões de inserção de classe social, gênero, etnia, religião, nacionalidade, opção sexual, idade e condição física. *In: CONSELHO REGIONAL DE SERVIÇO SOCIAL-RJ (org.). **Projeto ético político e exercício profissional em serviço social**: os princípios do Código de Ética articulados à atuação crítica de assistentes sociais.* Rio de Janeiro: CRESS, 2013.

ALMEIDA, M. S.; ROCHA, R. F.; BRANCO, S. I. D. Assistentes sociais negras na construção “da virada” do Serviço Social brasileiro. *In: SILVA, M. L. O. **Congresso da Virada e o Serviço Social hoje**: reação conservadora, novas tensões e resistências.* São Paulo: Cortez, 2019.

ALMEIDA, Silvio de. **O que é racismo estrutural?** Minas Gerais: Letramento, 2018.

ALVES, L. D. **Serviço Social e Questão Racial**: tensionamentos e disputas no processo de formação acadêmico-profissional. Dissertação (Mestrado em Política Social) – Universidade de Brasília, Brasília, DF, 2020.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENSINO E PESQUISA EM SERVIÇO SOCIAL (ABEPSS). **Subsídios para o debate sobre a questão étnico-racial na formação em Serviço Social.** Vitória: ABEPSS, 2018. Disponível em: [https://www.abepss.org.br/arquivos/anexos/subsidio\\_debate\\_uestao\\_etnico\\_servico\\_social-201812041419427146430.pdf](https://www.abepss.org.br/arquivos/anexos/subsidio_debate_uestao_etnico_servico_social-201812041419427146430.pdf). Acesso em: 20 set. 2023.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.** Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm) Acesso em: 27 jul. 2023.

BRASIL. **Decreto Nº 4.682, de 24 de janeiro de 1923.** (Lei Eloy Chaves). Crea, em cada uma das empresas de estradas de ferro existentes no país, uma caixa de aposentadoria e pensões para os respectivos empregados. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1920-1929/decreto-4682-24-janeiro-1923-538815-publicacaooriginal-90368-pl.html>. Acesso em: 20 set. 2023.

BRASIL. **Identificação e abordagem do racismo institucional.** Brasília, 2001a. Mimeografado.

BRASIL. **Lei Nº 3.252, de 27 de agosto de 1957.** Regulamenta o exercício da profissão de Assistente Social. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/13252.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/13252.htm). Acesso em: 20 set. 2023.

BRASIL. **Lei Nº 8.080 de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br>. Acesso em: 14 ago. 2023.

BRASIL. **Lei Nº 8.662, de 7 de junho de 1993.** Dispõe sobre a profissão de Assistente Social e dá outras providências. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8662.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8662.htm). Acesso em: 20 set. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução Nº 218, de 6 de março de 1997.** Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/1997/res0218\\_06\\_03\\_1997.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/1997/res0218_06_03_1997.html). Acesso em: 10 ago. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Painel de Monitoramento da Equidade.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, c2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/equidade/>

painel-de-monitoramento-da-equidade-em-saude. Acesso em: 27 jul. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS**. 3. ed Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Manual de doenças mais importantes, por razões étnicas, na população brasileira afro-descendente**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001b. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/doencas\\_etnicas.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/doencas_etnicas.pdf). Acesso em: 26 jul. 2023.

BRAVO, Maria Inês Souza; CORREIA, Maria Valéria Costa. Desafios do controle social na atualidade. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 109, p. 126-150, jan./mar. 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sssoc/a/NkpLbcXZf5mPHkHrksGGXnf/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 20 set. 2023.

CARVALHO, Raul de; IAMAMOTO, Marilda Villela. **Relações sociais e Serviço Social no Brasil**. São Paulo: Cortez, 2008.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). **Nota Técnica sobre o trabalho de assistentes sociais e a coleta do quesito Raça/Cor/Etnia**. Brasília, DF: CFESS, 2022. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/nota-tecnica-raca-cor-2022-nov.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2023.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESSS). **Serviço Social é Notícia: Informativo do Conjunto CFESS-CRESS (Se cortam direitos, quem é preta e pobre sente primeiro)**, Brasília, n. 5, maio 2019. Disponível em: <https://www.cfess.org.br/arquivos/2019-ServicoSocialNoticia5-Web.pdf>. Acesso em: 20 set. 2023.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESSS). **Código de ética do/a assistente social**: Lei 8.662/93 de regulamentação da profissão. 10. ed. rev. e atual. Brasília: CFESS, 2012. Disponível em: [https://www.cfess.org.br/arquivos/CEP\\_CFESS-SITE.pdf](https://www.cfess.org.br/arquivos/CEP_CFESS-SITE.pdf). Acesso em: 20 set. 2023.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). **Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Saúde**. Brasília, DF: CFESS, 2010.

CRESS Paraíba 13<sup>a</sup> Região. A atuação das/os assistentes sociais na saúde no enfrentamento do racismo institucional. **YouTube**, 27 de jul. 2023. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=IIS-D4WEFxEEM>. Acesso em: 20 set. 2023.

GELEDÉS INSTITUTO DA MULHER NEGRA; CENTRO FEMINISTA DE ESTUDOS E ASSESSORIA (CFEMEA). **Guia de enfrentamento do racismo institucional**. [S. l.]: Geledés; Cfemea, 2013. Disponível em: <https://www.geledes.org.br/wp-content/uploads/2013/05/FINAL-WEB-Guia-de-enfrentamento-ao-racismo-institucional.pdf>. Acesso em: 14 ago. 2023.

GOMES, Irene. O Brasil tem 1,3 milhões de quilombolas em 1.696 municípios. **Agência IBGE Notícias**, 27 jul. 2023. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/37464-brasil-tem-1-3-milhao-de-quilombolas-em-1-696-municipios>. Acesso em: 26 jul. 2023.

MATOS, Maurílio Castro de. Assessoria e Consultoria: reflexões para o Serviço Social. In: BRAVO, Maria Inês Souza; MATOS, Maurílio Castro. **Assessoria, Consultoria e Serviço Social**. Rio de Janeiro: 7 Letras; FAPERJ, 2010.

MOREIRA, T. W. F. Serviço Social e Luta Antirracista: contribuição das entidades da categoria no combate ao racismo. **Sociedade em Debate**, [S. l.], v. 26, n. 2, p. 245, 2020. Disponível em: <https://>

revistas.ucpel.edu.br/rsd/article/view/2701. Acesso em: 25 out. 2023.

NETTO, José Paulo. A construção do Projeto Ético-Político do Serviço Social. *In: MOTA, A. E. et al. (org.). Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional.* São Paulo: Cortez, 2006.

SILVA, Ana Paula Procópio da. Higienismo, eugenia e racismo na gênese do Serviço Social brasileiro: apontamentos introdutórios. *In: EURICO, Maria Campos et al. Antirracismos e Serviço Social.* São Paulo: Cortez, 2022. p. 38-52.

VITORIO, K. L. **O debate racial na agenda política do Conselho Federal de Serviço Social (CFESS).** Dissertação (Mestrado em Serviço Social e Políticas Sociais) – Instituto Saúde e Sociedade, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2019.

PARTE III: EDUCAÇÃO  
PERMANENTE PARA OS/  
AS ASSISTENTES SOCIAIS  
ATUANTES NA ÁREA DA SAÚDE  
NO CONTEXTO  
DA PANDEMIA E PÓS-PANDEMIA  
DE COVID-19





# CAPÍTULO 13

## EDUCAÇÃO PERMANENTE PARA ASSISTENTES SOCIAIS ATUANTES NA POLÍTICA DE SAÚDE NA PARAÍBA

Alessandra Ximenes da Silva<sup>1</sup>  
Nataly Isabelle Pessoa da Silva Pinto<sup>2</sup>

### Introdução

O presente trabalho apresenta e analisa a ação de educação permanente organizada e executada pelo Conselho Regional de Serviço Social da Paraíba – 13<sup>a</sup> Região (CRESS-PB) em parceria com o Departamento de Serviço Social e com o Programa de Pós-Graduação da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), na qualidade de projeto de extensão. O caráter de iniciativa de educação permanente assumido pelo projeto configura-se mediante os esforços contínuos de alinhamento de suas atividades com a Política de Educação Permanente do conjunto formado entre Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) e CRESS.

Essa iniciativa foi fruto do contexto da pandemia de Covid-19 e suas implicações econômicas, sociais, sanitárias e culturais na

- 
- 1 Professora Associada do Departamento de Serviço Social e da Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB); coordenadora Geral do projeto de extensão; coordenadora do Núcleo de Pesquisas em Política de Saúde e Serviço Social.
  - 2 Bacharela em Serviço Social; mestranda em Serviço Social pela UEPB; colaboradora do projeto de extensão.

realidade brasileira. Esse processo trouxe muitas adversidades face à conjuntura política do país, sob o governo ultraneoliberal de Jair Messias Bolsonaro, que negava as evidências científicas no enfrentamento da Covid-19, minimizava a doença e suas formas de transmissão e disseminava *fake news*.

Diante da conjuntura de orientação e ofensiva ultraneoliberal, faz-se necessário esclarecer que o ultraneoliberalismo consiste em ampliação do ajuste fiscal permanente (Behring, 2023), neoconservadorismo nas políticas sociais, disseminação de *fake news* e expropriação secundária, ou seja, dos direitos sociais (Fontes, 2018).

A Política de Educação Permanente ora referenciada é um constructo resultante da articulação entre as entidades representativas CFESS, CRESS, Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS) e Executiva Nacional dos Estudantes de Serviço Social (ENESSO). Foi apresentada no ano de 2012, diante da necessidade de uma qualificação contínua para as/os assistentes sociais, frente às demandas cada vez mais complexas do exercício profissional, marcadas pelas expressões da questão social que surgem nos diferentes espaços sócio-ocupacionais. O pretexto dessa iniciativa foi consolidar:

Uma Política Nacional de Educação Permanente no âmbito do Conjunto CFESS-CRESS, voltada para a promoção do aprimoramento intelectual, técnico e político dos/as assistentes sociais, como forma de qualificar o exercício profissional, fortalecendo sua inserção qualificada e crítica no mundo do trabalho; bem como consolidar o projeto ético-político do Serviço Social e potencializar a melhoria dos serviços prestados aos/às usuários/as (CFESS, 2012b, p. 28).

Entre as principais características da Política de Educação Permanente do conjunto CFESS/CRESS, destaca-se a perspectiva de prática educativa pautada na perspectiva de Mészáros (2008),

no que se refere às práticas educacionais libertadoras que prestem um serviço à “construção de uma sociedade que liberte o ser humano da dominação do capital e onde a função da educação seja a de contribuir para transformar o trabalhador em sujeito político” (CFESS, 2012b, p. 10), em uma contraposição a práticas educativas utilitaristas, que se desenvolvem de modo aligeirado, voltadas exclusivamente a conteúdos técnicos para atender às demandas mais imediatas do mercado.

Os mesmos dilemas da complexa totalidade social que repercutem no particularismo da atuação profissional das/os assistentes sociais, tornando necessária a qualificação profissional orientada segundo o projeto ético-político profissional, conformam a força motora para o surgimento da ação de educação permanente ora apresentada, tensionada, cabe destacar, pelas implicações provocadas pela crise sanitária da pandemia de Covid-19.

Foram as demandas concretas da categoria profissional acerca da necessidade de debates e orientações sobre o trabalho profissional, e de modo mais contundente acerca das atribuições, competências e respostas dos/as assistentes sociais – um dos eixos da Plenária Nacional do Conjunto de Entidades Representativas do Serviço Social do ano de 2020<sup>3</sup> – que levaram o CRESS/PB a apresentar uma proposta geral de ação de educação permanente ao Departamento de Serviço da UEPB. O resultado da parceria resultou na construção do Projeto de Extensão aqui apresentado, que se encontra atualmente em sua terceira edição, tendo sido lançado em

---

3 A Plenária Nacional do Conjunto de Entidades Representativas do Serviço Social no ano de 2020 consistiu em um evento no qual foram deliberadas propostas para a agenda política da profissão, considerando, sobretudo, a temática das “requisições indevidas” que marcaram as reivindicações da categoria profissional para a discussão sobre as demandas e respostas profissionais. A abordagem desse tópico se fez necessária em um dos eixos estruturantes da agenda. Para tanto, o CFESS defendeu “[...] atribuições e competências profissionais regulamentadas, reafirmando o projeto ético-político do Serviço Social, frente às requisições indevidas/imposições institucionais e ataque à autonomia profissional” (CFESS, 2012, p. 41).

2021 e estendido por mais duas edições, desenvolvidas em 2022 e 2023.

Para a formulação dos projetos, foram estruturados objetivos, metodologias e metas por uma equipe heterogênea, composta por representantes das duas entidades principais, ou seja, CRESS-PB e DSS/PPGSS/UEPB. As representações tiveram responsabilidades diversas. O CRESS-PB assumiu responsabilidades com questões relacionadas à logística administrativa do projeto, comunicação e divulgação das atividades a partir das redes oficiais da entidade, além da disponibilidade de arcar financeiramente com possíveis custos, como materiais didáticos, lanches, passagens para expositores/as externos/as etc., bem como os referentes à presença mais factível via participação de conselheiras e de agente fiscal na equipe de planejamento e execução das atividades do projeto.

O DSS/PPGSS/UEPB também assumiu outras responsabilidades como a coordenação geral do projeto, exercida por uma docente do departamento, a professora doutora Alessandra Ximenes da Silva, que ficou à frente da ação de educação permanente, nas três edições, orientando a equipe, entre outras funções exigidas. Além disso, houve a colaboração de outros/as docentes do DSS/PPGSS/UEPB, que contribuíram na organização e execução de todas as atividades desenvolvidas. Participaram também como colaboradores/as discentes dos cursos de graduação e da pós-graduação em Serviço Social da UEPB e assistentes sociais inseridas/os em vários espaços sócio-ocupacionais da área da saúde.

É importante ressaltar também que todas as edições da iniciativa extensionista foram submetidas, pela coordenadora do projeto, à seleção do Programa de Bolsas de Extensão da Pró-Reitoria de Extensão da UEPB, sendo o projeto beneficiado em todas as versões com a presença de uma aluna bolsista do Curso de Serviço Social.

Os esforços de alinhamento do projeto de extensão à Política de Educação Permanente aparecem nas metodologias priorizadas, sobretudo nas temáticas trabalhadas nos encontros. Tais temáticas e metodologias foram selecionadas com atenção e cautela, estando

sintonizadas com a pretensão de “potencializar as análises teóricas substanciais acerca da realidade para qualificar o exercício profissional; [...] socializar reflexões teóricas na direção ética e política do Conjunto CEFSS-CRESS” (CFESS, 2012b, p. 45), que tratam de algumas das diretrizes da Política de Educação Permanente.

Entre as principais temáticas trabalhadas, destacaram-se abordagens sobre elementos da conjuntura política, econômica, social e cultural brasileira; a crise capitalista e o cenário pandêmico, numa perspectiva de incentivar leituras críticas assentadas na totalidade social, questão central do pensamento crítico marxiano, que orienta tanto a referida política quanto os demais documentos que expressam o Projeto Ético-Político Profissional, a saber: a lei que regulamenta a profissão, o Código de Ética Profissional e as Diretrizes Curriculares da ABEPSS.

Outras temáticas trabalhadas foram: a organização política, a saúde do trabalhador, a política de saúde mental, a instrumentalidade e o planejamento no trabalho profissional, a organização política profissional, o racismo institucional e, não menos importante, as atribuições, competências e respostas profissionais.

Nas sessões do presente trabalho, pretendemos abordar de modo mais detalhado cada elemento supracitado, resgatando as particularidades de cada uma das três edições do projeto de extensão.

Inicialmente, realizaremos, uma apresentação do perfil das/os trabalhadoras/es engajadas/os pelo projeto de extensão nesses três anos de desenvolvimento, compartilhando com o leitor informações como dados pessoais (sexo e idade) e profissionais, a exemplo do tempo de experiência enquanto profissional da saúde, locus de atuação profissional, natureza das instituições empregadoras, formação profissional e vínculo trabalhista, entre outros aspectos que contribuíram para o conhecimento inicial do público participante.

No segundo momento, vamos abordar as metodologias utilizadas em cada edição do projeto de extensão, que apresentaram

algumas particularidades, embora tenham tido como objetivo realizar ações de educação permanente no que se refere às atribuições, competências e respostas profissionais para fortalecer o projeto ético-político dos/as assistentes sociais que atuam nos serviços de saúde no estado da Paraíba.

Em seguida, realizaremos breves considerações acerca das principais temáticas trabalhadas no projeto. E, por fim, apresentaremos as considerações finais dessa iniciativa extensionista.

### **Perfil das/os participantes do projeto de extensão**

Na presente seção, pretendemos sistematizar o perfil das/os trabalhadoras/es participantes do projeto de extensão. Cabe destacar que, em 2021, o quantitativo de profissionais com inscrições homologadas foi de 129 assistentes sociais; em 2022, tivemos 49 trabalhadoras/es; e em 2023 foram 104, totalizando 282 inscrições homologadas nos três anos de projeto. Entretanto, trabalharemos com o número de 227 perfis, ao passo que, não houve impedimentos para que uma mesma pessoa participasse das três edições, o que torna o quantitativo de 282 inscrições permeadas de “duplicatas” ou seja, de repetições de perfis.

Sendo assim, excluídas as duplicatas, o número 227 diz respeito ao quantitativo total de assistentes sociais atuantes na área de saúde alcançados pelo projeto de extensão, entre os anos de 2021 e 2023.

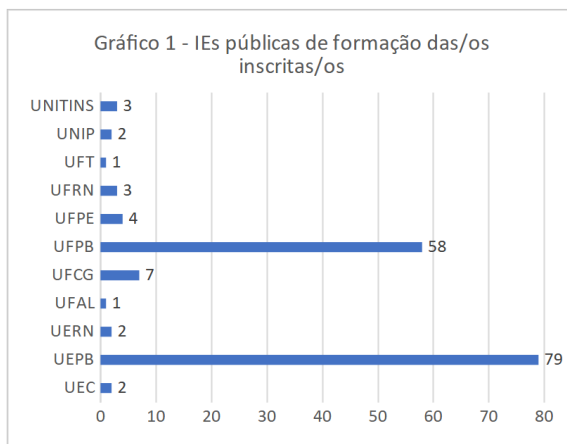
Numa breve exposição das características de sexo e idade, com base nos dados preenchidos pelas/os assistentes sociais nos formulários de inscrição do projeto, constatamos que 94% das participantes eram do sexo feminino, quantitativo que remete, cabe destacar, à predominância histórica de profissionais femininas ocupando cargos de assistentes sociais. Com referência à faixa etária, conforme a tabela abaixo, a maioria das/os participantes tem mais de 31 anos e quase metade (44%) estava na faixa de 31 a 40 anos (Relatório Projeto de Extensão, 2021)

Tabela 1 – Idades das/os profissionais inscritos

<b>Idade</b>	<b>Número</b>	<b>%</b>
24 a 30 anos	45	20,6
31 a 40 anos	96	44
41 a 50 anos	58	26,6
51 a 64 anos	19	8,7
<b>TOTAL</b>	<b>218</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Elaboração própria. Projeto de Extensão Educação Permanente para Assistentes Sociais. Exclusivamente neste dado, não tivemos acesso à idade de todas/os as/os participantes (2023).

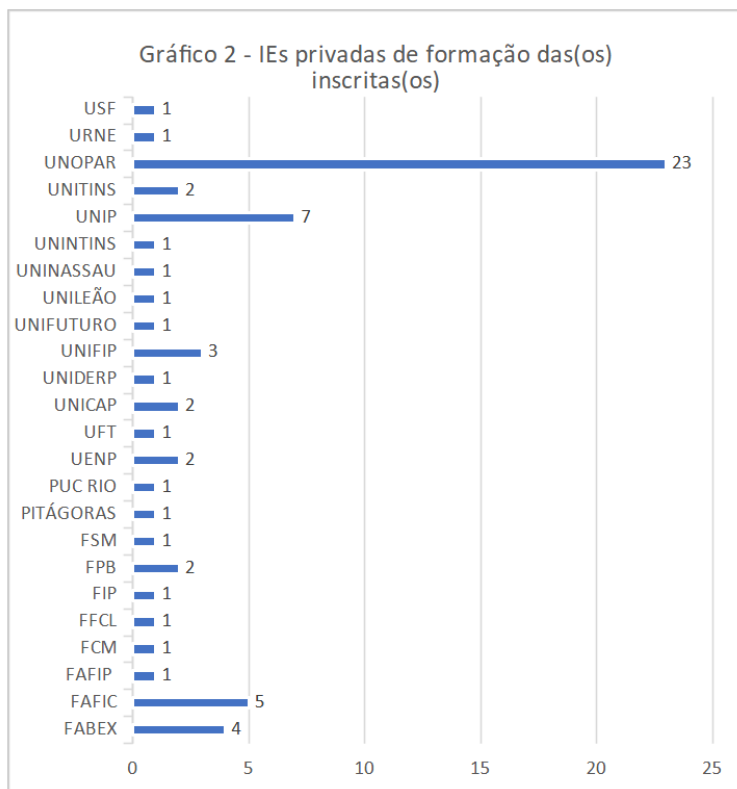
Tratando-se das características de formação quanto à natureza da instituição de ensino (IE) da graduação em Serviço Social, identificamos que houve a prevalência de participantes egressas de instituições públicas, de modo contundente trabalhadoras/es egressas de universidades localizadas na área territorial paraibana, como as Universidades Estadual e Federal da Paraíba, mas também temos a participação de egressas de diversas universidades públicas do Nordeste e Norte brasileiros, como demonstra o Gráfico 1.



Fonte: Elaboração própria. Projeto de Extensão Educação Permanente para Assistentes Sociais (2023).



Como apresentado no Gráfico 2, identificamos também a participação de assistentes sociais egressas de instituições privadas.

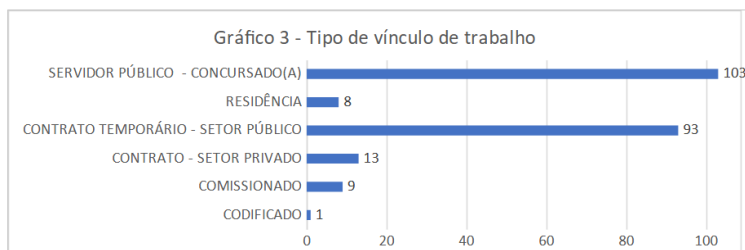


Fonte: Elaboração própria. Projeto de Extensão Educação Permanente para Assistentes Sociais (2023).

Além da natureza e locais de formação da graduação, os dados apontam que a grande maioria das/os assistentes sociais participantes, 72% (164 profissionais), possuem, além do título de graduada/o, pós-graduações, como mestrado e/ou especialização. Já no que se refere às características da atuação profissional, a relação das/os participantes com o setor público também é elementar

quando observada a natureza da instituição empregadora. Em percentuais, 96% das/os participantes apontaram estar lotadas/os em serviços públicos de saúde e 4% em instituições privadas. Apesar desse percentual significativo, faz-se necessário ressaltar que alguns serviços de saúde vinculados ao estado da Paraíba estiveram sob a gestão de organizações sociais, acarretando vínculos temporários e precarizados para as/os assistentes sociais.

A predominância do Estado como maior empregador desses/as profissionais aponta para a realidade mais geral e histórica do trabalho das/os assistentes sociais no Brasil, o que explica os tipos de vínculos de trabalho apresentados no Gráfico 3, no qual se observa a prevalência de profissionais participantes concursados/as ou sob contratos temporários no setor público. Em percentuais, tais quantitativos representam respectivamente, 45% e 41% do total de participantes.

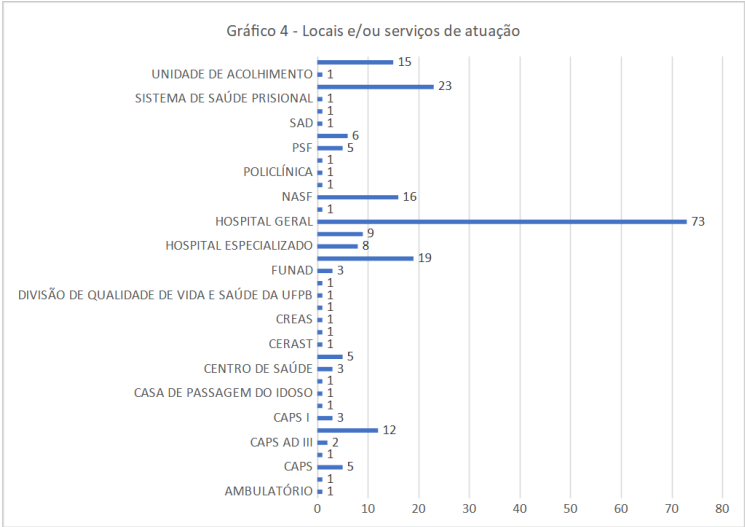


Fonte: Elaboração própria. Projeto de Extensão Educação Permanente para Assistentes Sociais (2023).

Quanto aos locais de trabalho das/os participantes, os dados indicam que o projeto de extensão conseguiu alcançar profissionais de diversos espaços sócio-ocupacionais, reunindo, nas atividades desenvolvidas, representantes atuantes nos três níveis de atenção da saúde, ou seja, os níveis primário, secundário e terciário.

Entre os locais de atuação das/os participantes, estavam incluídos: hospitais gerais de urgência e emergência; hospitais municipais e regionais; hospitais especializados, que incluíam,

hospitais da criança e do adolescente, maternidades e ambulatórios; Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); centros de saúde; Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF); policlínicas; e centros de reabilitação. Havia também profissionais lotados em entidades gestoras, como secretarias estaduais e municipais de saúde; e ainda assistentes sociais com atuação em residência multiprofissional. O Gráfico 4 sintetiza os dados referentes a tais locais de atuação.



Fonte: Elaboração própria. Projeto de Extensão Educação Permanente para Assistentes Sociais (2023).

No tocante ao tempo de experiência das/os profissionais, tivemos uma participação equilibrada. Se por um lado havia assistentes sociais com menos tempo de experiência profissional, uma vez que 28% das/os participantes possuíam entre um mês e um ano de atuação, por outro lado, constatou-se também um considerável percentual das/os trabalhadoras/es – cerca de 20% – com uma vasta experiência de atuação na saúde, de mais de 10 anos, o que repercutiu diretamente na qualidade dos debates realizados nos

encontros do projeto de extensão e das atividades realizadas, como poderemos bem observar nas próximas sessões.

Tabela 2 – Tempo de atuação na área da saúde

<b>Tempo de atuação</b>	<b>Número</b>	<b>%</b>
menos de 1 ano	64	28%
2 a 4 anos	58	26%
5 a 7 anos	41	18%
8 a 10 anos	18	8%
mais de 10 anos	46	20%
<b>TOTAL</b>	<b>227</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Elaboração própria. Projeto de Extensão Educação Permanente para Assistentes Sociais (2023).

Finalizamos esta breve exposição acerca do perfil das/os participantes do projeto, apontando um outro dado que muito nos chama a atenção: trata-se da informação acerca da atuação das/os profissionais inscritas/os em dupla carga horária. Segundo as informações coletadas, 29% das/dos participantes indicaram possuir um vínculo extra de trabalho.

## **Metodologia do projeto de extensão**

Como anteriormente referenciado, o projeto de extensão ora apresentado se desenvolveu através de três edições, nos anos de 2021, 2022 e 2023. Apesar de compartilharem o objetivo de atingir o público-alvo de assistentes sociais atuantes na área da saúde, cada edição do projeto possui suas particularidades no que diz respeito a: 1) Requisitos de seleção de profissionais aptos/as a participarem do projeto de extensão; 2) Composição da equipe organizadora; e 3) Modalidade/formato das atividades realizadas.

A primeira edição, intitulada *Educação permanente para assistentes sociais atuantes na área da saúde em tempos de pandemia e pós-pandemia de Covid-19 na Paraíba*, foi desenvolvida entre de março a dezembro de 2021. O desenvolvimento dessa versão contou com uma comissão organizadora composta por seis docentes e nove discentes do Departamento de Serviço Social da UEPB; um agente fiscal do CRESS/PB e cinco assistentes sociais colaboradoras atuantes em serviços da política de saúde na Paraíba, grupo responsável pelo planejamento e coordenação de todas as atividades realizadas no primeiro ano do projeto.

O primeiro momento da iniciativa foi a realização de um processo seletivo com o pretexto de alcançar o público-alvo: assistentes sociais atuantes na área da saúde na Paraíba. A seleção se realizou através da divulgação de um edital e de um formulário divulgado nas redes sociais do CRESS/PB. Ao total, foram ofertadas 120 vagas para as/os trabalhadoras/es, sendo 1/3 para profissionais lotados em cidades das mesorregiões do Agreste Paraibano e da Borborema, 1/3 para profissionais lotados em cidades da mesorregião da Mata Paraibana e 1/3 para trabalhadoras/es do Sertão Paraibano<sup>4</sup>.

A seleção resultou no recebimento de 134 inscrições. Diante da alta demanda, suprimidas as inscrições das pessoas que não representavam o público-alvo, 129 inscrições foram homologadas, tendo a iniciativa de extensão suas atividades iniciadas em abril de 2021.

Para o bom desenvolvimento das atividades, de modo tático, as/os 129 participantes, foram distribuídas/os em três grupos, assim como o corpo da comissão organizadora também se subdividiu. O critério de distribuição das/os participantes nos grupos foi a área territorial do local de atuação. Sendo assim, organizamos o projeto em três grupos com as seguintes terminologias: Grupo 1 – Brejo, Agreste e Cariri, composto por 48 participantes atuantes em

---

4 No projeto, utilizamos como parâmetro a divisão geográfica realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) a respeito do estado da Paraíba, prevalente de 1989 a 2017. Para mais detalhes, ver Paraíba (2006).

idades das mesorregiões Agreste Paraibano e Borborema; Grupo 2 – João Pessoa e Região Metropolitana, composto por 38 participantes de cidades da mesorregião da Mata Paraibana; e Grupo 3 – Sertão, composto por 43 participantes da mesorregião Sertão Paraibano.<sup>5</sup>

O formato das atividades realizadas se deu exclusivamente na modalidade virtual, diante do contexto pandêmico de Covid-19 e da alta letalidade causada pelo novo coronavírus, que colocava o distanciamento social como a forma mais eficiente para a não propagação viral. Boa parte dos encontros se conformou no que chamamos de “atividades fechadas”, que dizem respeito aos encontros exclusivos realizados com as/os participantes através de salas virtuais da plataforma Google Meet.

A dinâmica dos encontros exclusivos foi marcada por aulas *dialogadas*, coordenadas ora por membras/os da comissão organizadora do projeto, ora por professoras/es, pesquisadoras/es e profissionais convidadas/os, configuradas por um momento inicial de exposição de conteúdo, seguido da abertura para retirada de dúvidas e debate; *rodas de conversas* mediadas pela comissão organizadora, tendo centralidade uma determinada temática a ser refletida pelo grupo participante do projeto, e *oficinas de construção de plano de ação*, dinâmica que compôs os últimos encontros do projeto extensionista.

Além das atividades exclusivas direcionadas aos/às participantes, também foram realizadas o que chamamos de “atividades abertas”, que se referem a webpalestras realizadas através do canal do YouTube do CRESS/PB e ao Seminário Serviço Social e Saúde, ambas ações abertas ao público externo.

Ao realizar um apanhado geral das atividades do primeiro ano do projeto, temos que, entre abril e dezembro de 2021, foram

---

5 A alteração do quantitativo de participantes por grupo se deu diante da solicitação de alguns/as profissionais que desejavam mudar de equipe por apontar exercerem dois vínculos de trabalho e, por isso, terem necessidade de escolher um grupo de preferência.

realizadas oito atividades fechadas nos grupos do Brejo, Agreste e Cariri e do Sertão; nove<sup>6</sup> no grupo de João pessoa; e quatro abertas, sendo duas webpalestras e dois dias do Seminário Serviço Social da Saúde. Cabe destacar que as atividades fechadas foram realizadas no interior de cada grupo, em datas diferentes, entretanto, o cronograma das atividades foi um só, realizado pelo conjunto da comissão organizadora nas reuniões de planejamento que antecederam cada atividade do projeto (Relatório Projeto de Extensão, 2021).

O quadro abaixo apresenta brevemente as temáticas trabalhadas e as respectivas dinâmicas (aula dialogada, roda de conversa, oficina ou webpalestra) das atividades desenvolvidas, além das/os expositoras/es, quando membro externo. Como exposto, houve repetições ou similaridades nas temáticas trabalhadas nas atividades abertas e fechadas. Isso se deu mediante o fato de que as atividades abertas ao público, que em sua maioria foram executadas através das contribuições de participantes externos/as, foram pensadas para complementar o debate realizado com as/os participantes do projeto nos momentos exclusivos, mediando importantes conteúdos. Sendo assim, as webpalestras foram um momento complementar da proposta educativa (Relatório Projeto de Extensão, 2021).

---

6 Esclarecemos que o saldo de nove atividades do grupo de João Pessoa e Região Metropolitana se deu a partir da necessidade de extensão da última atividade fechada para a devida conclusão.

Quadro 1 – Temas trabalhados no primeiro ano do projeto de extensão

Nº	DINÂMICA	TEMA	EXPOSITOR(A)
1	Webpalestra	Atribuições, competências e requisitos da/o assistente social no contexto de pandemia	Prof. Dr. Maurílio Matos (UERJ)
2	Roda de conversa	Atribuições e competências das/os assistentes sociais atuantes na área da saúde	Comissão organizadora
3	Roda de conversa	As demandas profissionais das/os assistentes sociais atuantes na saúde no contexto de pandemia	Comissão organizadora
4	Webpalestra	O trabalho do/a assistente social no contexto de Pandemia de Covid-19	Prof. <sup>a</sup> Dr. <sup>a</sup> Raquel Cavalcante Soares (UFPE);  Assistente Social Natália Gomes (PMCG)
5	Roda de conversa	As respostas profissionais das/os assistentes sociais atuantes na saúde no contexto de pandemia	Comissão organizadora
6	Aula dialogada	A organização política das/os assistentes sociais frente à precarização do trabalho	Presidente Ademir Vilaronga (CRESS/PB);  Conselheira Paloma Miranda (CRESS/PB);  Advogado Wigne Nadjare (CRESS/PB)



Nº	DINÂMICA	TEMA	EXPOSITOR(A)
7	Aula dialogada	Instrumentalidade do Serviço Social e o planejamento na atuação da/o assistente social	Prof. <sup>a</sup> M. <sup>a</sup> Thereza Karla (UEPB)
8	Webpalestra	Os nós e as possibilidades do trabalho profissional das/os assistentes sociais na pandemia	Dr. <sup>a</sup> Juliana Bravo (MS/RJ); Angely Dias Cunha (CRESS/RN)
9	Oficina	Plano de ação do Serviço Social	Comissão Organizadora
10	Oficina	Plano de ação do Serviço Social	Comissão Organizadora
11	Seminário	Ultraneoliberalismo e pandemia no governo Bolsonaro	Prof. Dr. Felipe Demier (UERJ)
12	Seminário	Lutas Sociais na Saúde e Serviço Social	Prof. <sup>a</sup> Dr. <sup>a</sup> Maria Inês Bravo (UERJ)

Fonte: Elaboração própria. Projeto de Extensão Educação Permanente para Assistentes Sociais (2023).

A segunda edição do projeto de extensão, intitulada *Educação permanente para as/os assistentes sociais atuantes na área da saúde no contexto da pandemia e pós-pandemia de Covid-19 na mesorregião do Agreste da Paraíba*, foi desenvolvida de abril de 2022 a fevereiro de 2023.

Assim como a primeira edição, inicialmente realizou-se um processo de inscrições para seleção das/os profissionais participantes do projeto, entretanto, diferentemente da versão anterior, as vagas ofertadas no ano de 2022 foram voltadas exclusivamente para assistentes sociais atuantes em serviços da saúde da mesorregião do Agreste Paraibano.

Em relação ao primeiro ano do projeto, fez-se necessário tal recorte de público mediante a alta demanda de profissionais dessa

mesorregião, somada ao anseio de que nessa fase do projeto pudessem ser realizadas, além de atividades remotas/virtuais, também ações presenciais, prioritariamente em um espaço no prédio da Universidade Estadual da Paraíba, localizado no *Campus I*, na Cidade de Campina Grande. Nesse sentido, o recorte também foi uma estratégia para que de fato se inscrevessem aquelas/es profissionais que pudessem participar dos encontros presenciais.

O processo seletivo foi realizado entre de 29 de março a 15 abril. Considerando o requisito supracitado, foram ofertadas 80 vagas, entretanto inscreveram-se 49 interessadas/os, sendo homologadas 28 inscrições.

No que concerne à comissão organizadora dessa edição do projeto, tivemos uma redução no quadro das/os colaboradoras/es, considerando o grupo da primeira edição do projeto, além de uma alteração de integrantes. Cabe destacar que uma participante cursista do primeiro grupo ingressou no posto de colaboração.

Em números, a comissão organizadora ficou composta por três docentes e quatro discentes do Departamento de Serviço Social e do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da UEPB; um agente fiscal do CRESS/PB e três assistentes sociais colaboradoras, atuantes em serviços da área da saúde na Paraíba.

No que se refere às atividades da segunda edição do projeto de extensão, temos que, além das ações abertas e fechadas, realizadas virtualmente, também foram realizadas iniciativas presenciais. No total, de abril de 2022 a fevereiro de 2023, foram realizadas dez atividades fechadas, sendo três presenciais, no *Campus I* da UEPB, especificamente em auditórios da Central Acadêmica Paulo Freire, que se encontra na Rua Baraúnas, 351, no Bairro Universitário, em Campina Grande; e sete atividades fechadas, levadas a cabo através da Plataforma Google Meet. Houve ainda duas atividades abertas ao público, como de praxe, realizadas através do canal do YouTube do CRESS/PB (Relatório do Projeto de Extensão, 2022).

A dinâmica empreendida nas atividades realizadas se desenvolveu seguindo o padrão executado no primeiro ano do projeto,

através de aulas dialogadas, rodas de conversa, webpalestras e oficinas, com determinadas temáticas selecionadas, como apresentado no quadro abaixo.

Quadro 2 – Temas trabalhados no segundo ano do projeto de extensão

Nº	DINÂMICA	TEMA	EXPOSITOR(A)
1	Webpalestra	O trabalho do/a assistente social no contexto de pandemia de Covid-19	Comissão organizadora
2	Aula dialogada	A atuação da/o assistente social na política de saúde mental	Comissão organizadora
3	Roda de conversa (Presencial)	Perspectivas sobre o projeto de extensão	Comissão organizadora
4	Aula dialogada	Determinação Social da Saúde, Pandemia e Serviço Social	Prof. <sup>a</sup> Dr. <sup>a</sup> Kathleen Vasconcelos
5	Aula dialogada (Presencial)	A Instrumentalidade na atuação da/o assistente social	Prof. <sup>a</sup> M. <sup>a</sup> Sandra Amélia (UEPB)
6	Aula dialogada	A política de saúde mental no Brasil	Prof. <sup>a</sup> Dr. <sup>a</sup> Tereza Costa (UEPB)
7	Aula dialogada (Presencial)	A importância do planejamento na atuação da/o assistente social	Prof. <sup>a</sup> M. <sup>a</sup> Thereza Karla (UEPB)
9	Oficina	Orientações sobre a construção de um Plano de <b>Ação do Serviço Social</b>	Comissão Organizadora
10	Oficina	Apresentação dos Planos de <b>Ação</b>	Comissão Organizadora
11	Oficina	Apresentação dos Planos de <b>Ação</b>	Comissão Organizadora

Nº	DINÂMICA	TEMA	EXPOSITOR(A)
12	Webpalestra	Instrumentalidade no exercício profissional do Serviço Social	Prof. <sup>a</sup> Dr. <sup>a</sup> Erlenia Sobral (UEC)
13	Webpalestra	O trabalho do/a assistente social e as implicações da pandemia para os/as usuários/as dos serviços de saúde e para o exercício profissional	Prof. <sup>a</sup> . Dr. <sup>a</sup> . Alcina Lins (UFAL); Prof. Dr. Japson Gonçalves (UFAL)

Fonte: Elaboração própria. Projeto de Extensão Educação Permanente para Assistentes Sociais (2023).

A terceira versão do projeto, intitulada *Educação permanente para as/os assistentes sociais atuantes na área da saúde no estado da Paraíba* – que encontra-se em execução no momento de elaboração deste trabalho – é mais uma ação de educação permanente pensada para dar continuidade às atividades realizadas nos dois primeiros anos do projeto de extensão, diante da relevância da demanda posta pela própria categoria profissional e, principalmente, pelos significativos resultados alcançados, expressos na adesão de assistentes sociais às atividades realizadas e nas profícuas problematizações que marcaram os encontros, especialmente no que diz respeito às colocações e discussões sobre as demandas e desafios postos para a profissão, bem como às respostas profissionais durante o período pandêmico.

Compondo a comissão organizadora dessa edição, temos três docentes do DSS/PPGSS/UEPB, um agente fiscal do CRESS/PB, duas assistentes sociais colaboradoras, duas mestrandas do PPGSS/UEPB e um aluno do Curso de Serviço Social e bolsita do projeto de extensão.

O início dessa edição ocorreu em março de 2023, também marcado pela abertura de edital para a admissão de participantes.

Nesse processo, encontramos uma primeira particularidade deste ano de atividade: foi realizada uma seleção mais ampliada, que ofertou 120 vagas para as/os assistentes sociais atuantes em serviços da saúde do estado da Paraíba, sem outros requisitos estabelecidos.

A seleção resultou na inscrição de 130 profissionais. Frente a esse quantitativo excedente, como deliberação da comissão organizadora do projeto de extensão, todas as inscrições foram aceitas e homologadas.

Outras particularidades que aparecem nessa versão do projeto dizem respeito ao formato das atividades realizadas. Dessa vez, desenvolvem-se exclusivamente atividades abertas, no formato das webpalestras, desenvolvidas através do YouTube do CRESS/PB, com a contribuição de professoras/es, pesquisadoras/es e profissionais convidados e com a mediação de integrantes da comissão organizadora.

A dinâmica das webpalestras se mantém nessa versão, sendo marcadas por dois momentos: a exposição das/os convidadas/os, seguida por um momento dedicado ao esclarecimento de dúvidas e considerações sobre comentários das/os participantes presentes no *chat* da atividade virtual.

Além das webpalestras, nesse terceiro ano, utiliza-se, como um recurso complementar às discussões realizadas na perspectiva da educação permanente, a produção de *podcasts* a serem divulgados ao final do projeto de extensão, com temáticas centrais trabalhadas até então no desenvolvimento do projeto de extensão.

A projeção é de que, durante o desenvolvimento dessa etapa do projeto, sejam realizadas 11 atividades: seis webpalestras; quatro *podcasts*; e a segunda edição do Seminário Serviço Social na saúde, que fora realizado pela primeira vez na versão de 2021. O quadro abaixo apresenta as temáticas centrais, planejadas para o desenvolvimento dessa etapa da nossa ação de educação permanente. É imperioso ressaltar que as temáticas escolhidas foram selecionadas a partir do conjunto de temas sugeridos pelas/os participantes das edições passadas (Projeto de Extensão, 2023).

Quadro 3 – Temas trabalhados no terceiro ano do projeto de extensão

Nº	TEMAS
1	A crise sanitária da Covid-19 e o trabalho das/os assistentes sociais nos equipamentos de saúde
2	A organização política da categoria de assistentes sociais
3	A saúde do/a trabalhador/a
4	A atuação das/os assistentes sociais na saúde no enfrentamento do racismo institucional

Fonte: Elaboração própria. Projeto de Extensão Educação Permanente para Assistentes Sociais (2023).

## Considerações finais

A pandemia da Covid-19 trouxe vários desafios econômicos, sanitários, sociais e culturais para o seu enfrentamento. O Serviço Social também vivenciou adversidades devido às demandas postas à profissão, acarretando debates e encaminhamentos pelo conjunto CFESS/CRESS, no que diz respeito às atribuições, competências e respostas profissionais.

Num contexto que necessitava de respostas tanto ao enfrentamento da pandemia quanto às **peculiaridades** das/os assistentes sociais, o CRESS/PB teve a iniciativa de propor uma parceria com o DSS/PPGSS/UEPB, que possibilitou o projeto de educação permanente desde 2021. Vale a pena ressaltar que o projeto tornou possível uma resposta para a categoria profissional e tem contribuído com o processo de educação permanente das/os assistentes sociais na Paraíba.

No primeiro ano, destacamos que houve um bom envolvimento das/os inscritas/os, ainda que algumas desistências tenham marcado esse processo – ao fim, 88 assistentes sociais atuantes na área da saúde participaram efetivamente de mais da metade das atividades ofertadas, recebendo, assim, a certificação final. Especificando

por região, tivemos a efetiva participação de 36 trabalhadoras/es do grupo do Brejo, Agreste e Cariri Paraibano, 18 de João Pessoa e Região Metropolitana e 34 do Sertão Paraibano.

Além disso, conseguimos alcançar boa parte das metas inicialmente demarcadas para o ano de atividade, no que se refere às abordagens e estratégias previstas, à socialização das experiências do exercício profissional pelas/os próprias/os assistentes sociais que atuam na política de saúde, nos diferentes níveis de atenção à saúde; à socialização e debate acerca das demandas que chegavam aos/às profissionais no contexto da pandemia e pós-pandemia; aos debates sobre as estratégias de trabalho elaboradas por elas/ eles na sua atuação profissional, bem como à consecução de planejamentos das atividades profissionais cotidianas em articulação com a equipe de Serviço Social e com equipes multiprofissionais do espaço sócio-ocupacional e em atuação intersetorial.

Vale a pena ressaltar que, de modo geral, foi possível executar atividades que estimulassem os registros da atuação pelas/os profissionais, o que se realizou através das orientações e construções dos planos de trabalho da/o assistente social, sendo continuamente enfatizada a sua importância para a qualificação e a continuidade dos serviços prestados à população usuária.

Ainda sobre a experiência do ano de 2021, destacam-se as produções realizadas. Tratamos aqui da socialização da experiência extensionista e de educação permanente através da publicação de dois artigos, intitulados *O Serviço Social na Política de Saúde no contexto da pandemia de Covid-19: uma reflexão acerca da precarização do trabalho profissional* e *Os desafios para a atuação profissional das/os assistentes sociais na Política de Saúde frente à pandemia de Covid-19: relato de uma experiência extensionista*, ambos apresentados no Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais. Além dos artigos, também realizamos a escrita de um capítulo, intitulado *A educação permanente como possibilidade de qualificação do agir profissional frente aos desafios da pandemia de Covid-19*, para a obra *Reflexões sócio-históricas e ideológicas da educação em saúde*:

*construções teóricas da formação profissional ao processo de trabalho*, publicada no ano de 2023.

No segundo ano do projeto, a nossa análise dos objetivos e do desenvolvimento da iniciativa é de que foram alcançadas as metas preestabelecidas, ao passo que houve: a realização de encontros presenciais e remotos para a socialização e discussão sobre as atribuições, competências e respostas profissionais das/os assistentes sociais no âmbito da política de saúde em tempos de pandemia; a promoção de encontros presenciais e remotos para a socialização de experiências sobre o planejamento como ferramenta do agir profissional em equipamentos da área da saúde; a oferta de palestras presenciais e remotas sobre a importância do planejamento para a intervenção profissional; o assessoramento na construção de planos de trabalho formulados pelos/as assistentes sociais participantes; e a apresentação coletiva dos planos de trabalho produzidos pelos/as profissionais.

## Referências

BEHRING, E. R. Ofensiva ultraneoliberal no capitalismo em crise no Brasil e no mundo. **Revista Libertas**, Juiz de Fora, v. 23, n. 1, p. 10-22, jan./jun. 2023. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/libertas/article/view/41383>. Acesso em: 14 jul. 2023.

BRASIL. **Lei Nº 8.662, de 7 de junho de 1993**. Dispõe sobre a profissão de Assistente Social e dá outras providências. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18662.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18662.htm). Acesso em: 20 set. 2023.

BRASIL. Ministério da Educação. Câmara de Educação Superior. **Resolução Nº 15, de 13 de março de 2002**. Estabelece as Diretrizes Curriculares para os cursos de Serviço Social. Disponível em: [https://www.abepss.org.br/arquivos/textos/documento\\_201603311141012990370.pdf](https://www.abepss.org.br/arquivos/textos/documento_201603311141012990370.pdf). Acesso em: 20 set. 2023.



CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). **Política de Educação Permanente do Conjunto CFESS-CRESS**. Brasília, DF: CFESS, 2012b. Disponível em: [http://www.cfess.org.br/arquivos/BROCHURACFESS\\_POL-EDUCACAO-PERMANENTE.pdf](http://www.cfess.org.br/arquivos/BROCHURACFESS_POL-EDUCACAO-PERMANENTE.pdf). Acesso em: 16 nov. 2020.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). **Código de ética do/a assistente social**: Lei 8.662/93 de regulamentação da profissão. 10. ed. rev. e atual. Brasília: CFESS, 2012a. Disponível em: [https://www.cfess.org.br/arquivos/CEP\\_CFESS-SITE.pdf](https://www.cfess.org.br/arquivos/CEP_CFESS-SITE.pdf). Acesso em: 20 set. 2023.

FONTES, V. A transformação dos meios de existência em capital: expropriações, mercado e propriedade. *In*: Boschetti, I. (org.). **Expropriação e Direitos no Capitalismo**. São Paulo: Cortez, 2018.

GONZAGA, Anna Raquel Andrade; NUNES, Stefanny Beserra; SILVEIRA, Sandra Amélia Sampaio; SILVA, Alessandra Ximenes da. O Serviço Social na Política de Saúde no contexto da pandemia de Covid-19: uma reflexão acerca da precarização do trabalho profissional. *In*: ENCONTRO NACIONAL DE TRABALHO INTERDISCIPLINAR E SAÚDE - ENTIS. 2., 2021, Manaus. **Anais [...]**. Manaus: UFAM, 2021. Disponível em: <https://www.even3.com.br/anais/entis2021/374834-o-servico-social-na-politica-de-saude-no-contexto-de-pandemia-da-covid-19-uma-reflexao-acerca-da-precarizacao-do/>. Acesso em: 27 set. 2023.

MÉSZAROS, István. **A educação para além do capital**. 2. ed. São Paulo: Boitempo, 2008.

NUNES, Stefanny Beserra; GONZAGA, Anna Raquel Andrade; SILVEIRA, Sandra Amélia Sampaio; SILVA, Alessandra Ximenes da. Os desafios para a atuação profissional das/os assistentes sociais na Política de Saúde frente à pandemia de Covid-19: relato de uma experiência extensionista. *In*: ENCONTRO NACIONAL DE TRABALHO INTERDISCIPLINAR E SAÚDE - ENTIS. 2., 2021,

Manaus. **Anais** [...]. Manaus: UFAM, 2021. Disponível em: <https://www.even3.com.br/anais/entis2021/374843-os-desafios-para-a-atuacao-profissional-dos-assistentes-sociais-na-politica-de-sau-de-frente-a-pandemia-da-covid-1/>. Acesso em: 27 set. 2023.

PARAÍBA. Governo do Estado. **Caracterização das regiões naturais e mesorregiões**. [João Pessoa]: Governo do Estado, 2006. Disponível em: [http://www.aesa.pb.gov.br/aesa-website/wp-content/uploads/2016/11/PE\\_07.pdf](http://www.aesa.pb.gov.br/aesa-website/wp-content/uploads/2016/11/PE_07.pdf). Acesso em: 20 ago. 2023.

SILVA, Alessandra Ximenes da; NÓBREGA, Mônica Barros da; PINTO, Nataly Isabelle Pessoa da Silva; SILVEIRA, Sandra Amélia Sampaio. A educação permanente como possibilidade de qualificação do agir profissional frente aos desafios da pandemia de Covid-19. In: MORAES, André Monteiro; SOARES JÚNIOR, Azemar dos Santos; Feitosa, Cleyton Anderson Leite (org.). **Reflexões sócio-históricas e ideopolíticas da educação em saúde**: construções teóricas da formação profissional ao processo de trabalho. São Paulo: Editora Mentis Abertas, 2023. p. 27-42.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA (UEPB)/DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL; CONSELHO REGIONAL DE SERVIÇO SOCIAL (CRESS) DA 13<sup>A</sup> REGIÃO - PARAÍBA/SECCIONAL CAMPINA GRANDE - PB. **Projeto de extensão educação permanente para os(as) assistentes sociais atuantes na área da saúde no estado da Paraíba**. Campina Grande: UFPB; CRESS-PB, 2023. (Projeto de extensão aprovado pela Pró-Reitoria de Extensão da UEPB, 2023).

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA (UEPB)/DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL; CONSELHO REGIONAL DE SERVIÇO SOCIAL (CRESS) DA 13<sup>A</sup> REGIÃO - PARAÍBA/SECCIONAL CAMPINA GRANDE - PB. **Relatório do projeto de educação permanente para os(as) assistentes sociais atuantes na área da saúde no contexto da pandemia e pós-pandemia de Covid-19 na mesorregião do Agreste da Paraíba**. Campina Grande: UFPB; CRESS-PB, 2022. (Relatório apresentado à Pró-Reitoria de Extensão da UEPB, 2022).

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA (UEPB)/DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL; CONSELHO REGIONAL DE SERVIÇO SOCIAL (CRESS) DA 13<sup>A</sup> REGIÃO - PARAÍBA/SECCIONAL CAMPINA GRANDE - PB. **Relatório do projeto de educação permanente para assistentes sociais atuantes na área da saúde em tempos de pandemia e pós-pandemia de Covid-19 na Paraíba.** Campina Grande: UFPB; CRESS-PB, 2021. (Relatório apresentado à Pró-Reitoria de Extensão da UEPB, 2021).

# CAPÍTULO 14

## EXTENSÃO JUNTO A ASSISTENTES SOCIAIS QUE ATUARAM NA SAÚDE DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19 NA PARAÍBA: ATRIBUIÇÕES, COMPETÊNCIAS E IMPORTÂNCIA DO PLANEJAMENTO

Anderson Nayan Soares de Freitas<sup>1</sup>  
Anna Raquel Andrade Gonzaga<sup>2</sup>  
Sandra Amélia Sampaio Silveira<sup>3</sup>

### Introdução

O presente artigo pretende socializar algumas reflexões em torno da experiência desenvolvida a partir das três edições do Projeto de Extensão<sup>4</sup> realizado em parceria pelo Departamento

---

1 Graduado em Serviço Social pelo Instituto Federal de Ciência, Educação e Tecnologia do Ceará (IFCE); mestre em Serviço Social, Trabalho e Questão Social pela Universidade Estadual do Ceará (Uece).

2 Graduada e mestranda em Serviço Social pela Universidade Estadual da Paraíba (UEPB).

3 Possui graduação em Serviço Social pela Uece e mestrado em Serviço Social pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE); é professora efetiva do Departamento de Serviço Social da UEPB.

4 Sob a coordenação institucional da professora Alessandra Ximenes da Silva, a referida experiência extensionista vem ocorrendo por meio de projetos desenvolvidos nas cotas de extensão da UEPB de 2020-2021 e 2022-2023. Atualmente, está em curso a cota de 2023-2024. Ao longo desse período, o CRESS-PB vem tendo uma participação efetiva, compondo a equipe de coordenação, nas três edições do projeto de extensão.

de Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB) e o Conselho Regional de Serviço Social 13<sup>a</sup> Região (Seccional Campina Grande - PB), junto a assistentes sociais que atuam na área da saúde na Paraíba, desde 2020 até o momento atual, levando em consideração o complexo contexto de pandemia de Covid-19.

Constituído como proposta de educação permanente, na sua primeira edição, o projeto foi desenvolvido virtualmente e teve como público-alvo assistentes sociais que atuam em três mesor-regiões da Paraíba: João Pessoa e Região Metropolitana; Brejo, Agreste e Cariri; e Sertão, totalizando 120 profissionais inscritos/as. A segunda edição da atividade de extensão foi realizada de forma híbrida (atividades presenciais e virtuais, conforme a conjuntura da pandemia de Covid-19), com profissionais do Agreste Paraibano, contemplando 80 inscritos/as. E no projeto de extensão que está em curso, o público-alvo é composto por 120 assistentes sociais, com diversas inserções socioinstitucionais nos três níveis de atenção da saúde em diferentes municípios do estado.

A realização de ações de educação permanente, no que se refere às atribuições, competências e respostas profissionais, foi o objetivo geral do projeto de extensão nas três edições. Assim, o artigo inicialmente trata da discussão e da materialização das referidas ações em torno das atribuições, competências e demandas, tendo como referências o debate teórico relacionado a esses temas e as experiências concretas dos/as assistentes sociais participantes, socializadas nas oficinas. Em seguida, traz uma reflexão acerca do planejamento, sua importância para o Serviço Social e como se deu a abordagem desse tópico durante as edições do projeto.

## **Reflexões acerca das atribuições, competências e demandas dos/as assistentes sociais nos serviços de saúde da Paraíba durante a pandemia de Covid-19**

A pandemia de Covid-19 recolocou a necessidade de se refletir sobre as atribuições e competências dos/as assistentes sociais, especialmente na área da saúde, onde as demandas e requisições indevidas multiplicaram-se exponencialmente. Além disso, há o que Matos (2017, p. 64-65) chama de “[...] nebulosa concepção da própria categoria dos assistentes sociais, e também dos outros trabalhadores da saúde, sobre qual a particularidade do seu exercício profissional no âmbito do SUS”.

As discussões em torno desses temas são recorrentes na profissão, seja em decorrência das mudanças no mundo do trabalho, seja pela redefinição do papel do Estado no enfrentamento da questão social e seus impactos no Serviço Social, seja pelo equivocado discurso de que há uma “indefinição” do que faz o assistente social, entre outras motivações. Inclusive, foi a demanda da categoria ao conjunto formado pelo Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) e os CRESS de discutir e desenvolver ações em torno dessa temática que levou à parceria entre o CRESS-PB e o Departamento de Serviço Social da UEPB na realização da experiência extensionista de educação permanente aqui apresentada.

O entendimento das competências, bem como das atribuições profissionais, que norteou as três edições do projeto de extensão foi referenciado na Lei Nº 8.662/1993, que regulamenta a profissão, em especial os artigos 4º e 5º que tratam expressamente desses temas. Também são referências: o Código de Ética Profissional e as Diretrizes Curriculares que orientam a formação profissional e que devem assegurar aos/às assistentes sociais competências em torno das três dimensões da profissão: teórico-metodológica, técnico-operativa e ético-política.

Além dessas referências, não se pode desconsiderar o significativo acúmulo de reflexões realizadas pelo conjunto CFESS/CRESS

através de atividades de formação teórica, ética e política e de ações afirmativas das atribuições e competências profissionais materializadas, por exemplo, em resoluções do CFESS e documentos que subsidiam o trabalho profissional, como os parâmetros de atuação (Matos, 2015).

Através de dispositivos normativos como as resoluções e pareceres jurídicos, o CFESS busca respaldar juridicamente a categoria, em resposta às mudanças e necessidades impostas pela realidade e que repercutem nas atribuições e competências profissionais, como ocorreu durante a pandemia de Covid-19, quando o conselho emitiu a Orientação Normativa Nº 3, de 31 de março de 2020, que dispõe sobre ações de comunicação de boletins de saúde e óbitos por assistentes sociais, deixando claro que não são atribuições e competências de profissionais do Serviço Social, e a Nota *Teletrabalho e Teleperícia: orientações para assistentes sociais no contexto da pandemia*, que reflete sobre as implicações do teletrabalho para o Serviço Social, entre outros instrumentos que contribuíram para a organização do trabalho no contexto desafiador da pandemia e para evitar a realização de atividades incompatíveis com as atribuições e competências profissionais.

A discussão a respeito das atribuições, competências e demandas tem sido realizada durante as três edições do projeto de extensão aqui abordado, considerando os aspectos estruturais e conjunturais que perpassam a crise capitalista e suas implicações nas políticas sociais e na questão social, bem como as particularidades dos espaços sócio-ocupacionais onde atuavam os/as assistentes sociais participantes. Dessa forma, no primeiro ano do projeto, momento em que a pandemia estava sendo vivenciada de forma mais acentuada, a temática foi debatida através de murais colaborativos, utilizando-se a plataforma Padlet, com o objetivo de socializar experiências dos/as assistentes sociais e conhecer a realidade vivenciada por eles/as nos seus respectivos espaços sócio-ocupacionais. Essa dinâmica possibilitou a ampliação do debate através do seguinte questionamento: “*O que tem surgido como demanda*

*aos/às assistentes sociais nos serviços de saúde no contexto de pandemia de Covid-19?”*

Os/As assistentes sociais relataram como principais demandas as orientações para acesso à medicação, benefícios previdenciários, assistenciais e eventuais; orientações referentes à importância da vacina; normas e rotinas institucionais em tempos de pandemia, sobre a importância da biossegurança e sobre o procedimento funeral e declaração de óbito.

Além de orientações, foi mencionado o acolhimento aos/as familiares dos/as usuários/as internados/as com Covid-19; às pessoas que passaram por tentativa de suicídio; à população em situação de rua e aos/às usuários/as de substâncias psicoativas; bem como a articulação com os serviços de rede para acesso às demais políticas.

Nas discussões realizadas, as/os participantes salientaram o aumento de demandas relacionadas à saúde mental. Observa-se que a pandemia apresentou elementos potencializadores desse tipo de adoecimento, sendo, por exemplo, a falta de recursos financeiros um determinante que pode contribuir para esse processo. Isso mostra que essa demanda não está ligada apenas a uma patologia, mas também a uma determinação social que possa levar ao desencadeamento de complicações de saúde, tanto em relação aos/às usuários/as, quanto aos/às trabalhadores/as.

Foram expostas situações de aumento das expressões de violações de direitos e de casos de violência, bem como o crescimento do desemprego e da extrema pobreza durante a pandemia, o que passou a demandar maiores intervenções do Serviço Social em favor da população usuária, especialmente ao considerar o contexto de crise sanitária e de acentuação das expressões da “questão social”.

É importante enfatizar que, segundo os/as participantes, a quantidade de demandas indevidas que chegam ao Serviço Social aumentou significativamente durante a pandemia. As principais demandas indevidas expostas foram: dar notícia de óbito e de quadro clínico dos/as usuários/as; solicitação de ambulância; e



regulação de vagas, entre outras requisições que não são de atribuição e competência do/a assistente social. A isso se adicionou a quantidade de referências dos/as profissionais relacionadas à sobrecarga de trabalho – especialmente com a introdução do trabalho remoto – nos serviços de saúde, somada à desvalorização salarial. Essa era uma realidade que já se delineava anteriormente à pandemia, uma vez que, por decorrência da crise estrutural do capital e de novas configurações assumidas pelo mundo do trabalho, os/as assistentes sociais vinham desenvolvendo sua atividade profissional frente à precarização das suas condições de trabalho refletidas no serviço público, historicamente área de maior inserção profissional.

Acerca do contexto de empobrecimento da população e precarização do trabalho, Yamamoto (2020) afirma que, na condição de trabalhador/a assalariado/a, esse/a profissional se depara, por um lado, com o aumento da pressão na demanda por serviços por parte da população usuária mediante o aumento da pauperização e, por outro, a falta de verbas e recursos das instituições prestadoras de serviços sociais públicos, tendo em vista o corte de direitos sociais e recursos para as políticas de seguridade como uma das medidas decorrentes da reforma neoliberal do Estado, ampliando a seletividade dos atendimentos e conduzindo os/as profissionais a exercerem funções técnicas e burocráticas.

Diante das demandas postas ao Serviço Social em tempos de crise sanitária, surgiu a necessidade de compreender como efetivamente os/as profissionais estavam enfrentando a pandemia de Covid-19. Isso se justifica, uma vez que, como já mencionado, o aumento da sobrecarga de trabalho tende a estimular intervenções imediatas e tecnicistas, sendo necessário ter clareza a respeito das demandas como referências para a abordagem profissional.

Assim, a dinâmica seguiu com o seguinte questionamento: *“Enquanto assistentes sociais atuantes na política de saúde, como estamos enfrentando a pandemia de Covid-19?”* Tal questionamento teve como objetivo identificar as respostas que tais profissionais

têm dado para as demandas surgidas no contexto pandêmico, nos diferentes níveis de atenção.

Nessa perspectiva, os/as participantes enfatizaram as dificuldades para a construção das respostas profissionais pretendidas, indicando que o contexto impôs a reflexão a respeito de novas formas de realizar o seu trabalho, frente aos desafios apresentados.

Entre os desafios, foi apontado que a pandemia fez surgir demandas muitas vezes complexas de serem respondidas, diante de limites que dificultam a intervenção, como a falta de condições objetivas nos espaços sócio-ocupacionais e de estrutura adequada que oferecesse o distanciamento necessário para se atender de forma segura os/as profissionais e usuários/as. Também foram mencionados a correlação de forças dentro das instituições frente ao/à profissional e o frequente desconhecimento por parte das equipes quanto às atribuições e competências do/a assistente social, remetendo, ainda, sua atuação ao assistencialismo, em detrimento da perspectiva de atuação em favor da garantia de direitos do/a usuário/a enquanto protagonista não só do seu processo de recuperação e tratamento, mas também do controle social na saúde. Esses elementos, entre outros, dificultaram a efetivação de respostas às demandas e impactaram na autonomia profissional nos diferentes espaços sócio-ocupacionais. Foi mencionada ainda a requisição para que os/as profissionais dessem respostas às demandas inerentes a outras políticas, especialmente a de assistência social, havendo a necessidade de aumentar a articulação com os serviços da rede.

Outro elemento importante destacado foi a falta de Equipamentos de Proteção Individual (EPI) para os/as assistentes sociais, que estiveram o tempo todo na linha de frente no enfrentamento da pandemia, colocando em risco suas vidas e de seus familiares. Essa realidade vivenciada pelas/os assistentes sociais nacionalmente mobilizou o conjunto formado pelo Conselho Federal (CFESS) e Regionais de Serviço Social (CRESS), que solicitou o posicionamento da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), pautando-se nas denúncias apresentadas pelos/as

profissionais. A questão resultou no Parecer Jurídico do CFESS Nº 05/2020-E, que trata da “ausência do fornecimento ou de fornecimento insuficiente de Equipamentos de Proteção Individual-EPI para assistentes sociais, especificamente no contexto de exercício profissional durante a pandemia causada pelo covid-19” (CFESS, 2020, p. 1). A Anvisa se posicionou favorável à solicitação da categoria.

Nesse contexto, como respostas possíveis às demandas postas, os/as participantes do projeto de extensão mencionaram que intensificaram as ações preventivas de educação em saúde, através de qualificações para profissionais, vídeos educativos, participações em programas de rádio para informar à população sobre a prevenção e a importância das vacinas e do distanciamento social, além de respostas a demandas espontâneas e individuais. A construção dessas respostas pautou-se no trabalho intersetorial e na escuta qualificada a respeito das demandas dos/as usuários/as para direcionar o melhor encaminhamento para acesso aos direitos sociais, criando estratégias que facilitassem acesso às tecnologias, bem como o compartilhando de informações através das redes sociais.

Nesse sentido, em grande parte, as respostas profissionais voltadas à educação em saúde foram desenvolvidas por meio de grupos virtuais. Também se destacam como respostas: as orientações de manuseio tecnológico para acesso a benefícios sociais; a busca de articulação e ampliação da rede de cuidados através da intersectorialidade, visando ao atendimento das diversas demandas sociais; diálogo com membros da equipe em busca da atenção integral aos/às usuários/as dentro do seu contexto social; e publicização de informações para acesso a serviços sociais de diversas naturezas, buscando fortalecer o cotidiano de trabalho com informações seguras tanto para os trabalhadores quanto para os/as usuários/as do serviço, combatendo *fake news*.

Alguns/as profissionais também mencionaram a construção de instrumentos de planejamento em saúde que refletissem as necessidades reais dos/as usuários/as, auxiliando no fortalecimento dos serviços em rede e contribuindo para a melhoria dos

atendimentos no sentido de dar respostas às demandas paralelas às da Covid-19.

Durante todo o contexto de pandemia, além dos desafios anteriores e das respostas possíveis de desenvolver, vale destacar que, de acordo com os/as assistentes sociais, o fazer profissional foi passado por intenso desgaste emocional, exaustão pelo excesso de trabalho, medo de contágio e/ou adoecimento profissional – elementos que compõem o processo de precarização das condições de trabalho ao qual esses/as profissionais estão submetidos, considerando as implicações da pandemia da Covid-19 e as tendências da nova gestão laboral marcada pela precarização do trabalho e retirada de direitos, situação evidenciada nos baixos salários e na fragmentação da atividade profissional, afetando a objetividade da atuação no âmbito das políticas sociais, também precarizadas.

Além disso, a crise provocada pelo novo coronavírus, a crise econômica e a interconexão profunda que há entre elas vêm impactando profundamente o conjunto da classe trabalhadora, ampliando o seu empobrecimento, a exploração e precarização do trabalho, e, o que é ainda mais brutal, intensificando os flagelos do desemprego, do subemprego e da informalidade, fenômenos explosivos e que têm uma dimensão global (Antunes, 2021).

Esses elementos, entre outros, têm ampliado de forma significativa as demandas advindas ao Serviço Social, tendo em vista o acirramento das desigualdades sociais e da pobreza, problemas aos quais, em geral, estão submetidos os/as usuários/as, dificultando a luta pela materialização dos preceitos éticos e políticos da profissão, repondo a necessidade de compreender as mediações que fundamentam as demandas que chegam aos/as assistentes sociais para além da sua forma imediata.

Na segunda edição do projeto, tendo em vista que se deu de forma híbrida, houve a oportunidade de realizar discussões de maneira presencial acerca das atribuições, competências e demandas, ampliando a oportunidade de debate entre os/as profissionais. A dinâmica utilizada foi a divisão em grupos, de acordo com os

níveis de atenção nos quais os/as profissionais estavam inseridos, para discussão a respeito da temática e posterior debate coletivo. Nesse momento, verificou-se que, apesar da diminuição dos casos de adoecimento e morte por Covid-19, melhoria que possibilitou a gradual retomada das atividades presenciais, as demandas e respostas apresentadas pelas/os assistentes sociais praticamente não diferiram das que foram mencionadas e debatidas ao longo do primeiro ano de realização do projeto de extensão.

No terceiro ano de realização da iniciativa de extensão, essa temática tem perpassado as discussões desenvolvidas em webpalestras ministradas para os/as profissionais inscritos/as, bem como para a categoria em geral, já que estão disponibilizadas no canal do CRESS-PB no YouTube. Ao considerar o debate a respeito das atribuições, competências e demandas postas ao/às assistentes sociais durante os três anos de vigência do projeto de extensão, nota-se que muitas delas persistem no cotidiano profissional dos/as participantes, no entanto, diferenciam-se ao considerar as mudanças de conjuntura, uma vez que se modificou a intensidade de algumas demandas, ao passo em que se inauguraram novas requisições, resultando na necessidade de novas respostas profissionais.

Diante desses elementos, ressalta-se a importância de os/as profissionais buscarem responder às demandas, de acordo com o Projeto Ético-Político do Serviço Social, a Lei que Regulamenta a Profissão, os Parâmetros de Atuação de Assistentes Sociais na Saúde, assim como as normativas do Conjunto formado por CFESS e CRESS-PB.

Ressalta-se, ainda, a necessidade do planejamento estratégico para a construção de respostas qualificadas e munidas de conteúdo crítico. Isso porque o cotidiano profissional é constituído pelo imediatismo e superficialidade, fatos que podem caracterizar respostas profissionais igualmente superficiais e esvaziadas de criticidade. Nesse sentido, o ato de planejar exige compreender a realidade, considerar os princípios éticos-políticos profissionais e pensar nos meios que o levam a uma finalidade, propondo ações articuladas

teórica e eticamente de modo a construir respostas adequadas às necessidades dos/as usuários/as.

O planejamento é um exercício constante a ser realizado pelos/as profissionais em seus diversos espaços sócio-ocupacionais. Essa foi uma das temáticas abordadas no projeto de extensão, como será discutido a seguir.

## **Planejamento e Serviço Social**

Refletir sobre planejamento em seus aspectos formais remonta a iniciativas que se originaram no século XIV e se estenderam até o século XVII, momento em que aconteceram transformações significativas nos campos da cultura, das ciências, das artes e da filosofia. Todo este movimento era direcionado para questionar o poder da Igreja no circuito medieval. Convencionou-se chamar esse período histórico como renascentista, pois alegoricamente a sociedade renascia, levantando um conjunto de questionamentos ao modelo da Idade Média. Se anteriormente o teocentrismo era a concepção de mundo dominante, dos escombros da sociedade do medievo, o humano é posto no centro do universo, e a partir daí, avanços significativos em diversas esferas da sociedade se desdobraram, em especial, no conhecimento científico (Gandin, 2010).

Essa reorientação cultural, filosófica e também científica, permitiu um desenvolvimento tecnológico nunca antes visto, e, assim, ocorreu a Revolução Industrial, com todas as suas consequências, e finalmente surgiu o Modo de Produção Capitalista. Fundada com base no pensamento iluminista, a forma de produção e reprodução da sociedade do capital atravessou no século XX duas grandes guerras e a derrocada das experiências revolucionárias. Esses elementos chacoalharam os ideais da Modernidade e a sua perspectiva de macroprojetos societários.

A derrocada de experiências como a do “socialismo real” impulsionou a descrença nas metanarrativas e apontaram para o sistema capitalista como a última forma possível de organização

da sociedade, apesar das já reconhecidas mazelas desse modelo de sociedade. De acordo com Gandin (2010, p. 23): “Em nosso tempo, sobretudo a partir da Segunda Grande Guerra, uma nova onda do mesmo tamanho do Renascimento passa a questionar os resultados por ele obtidos e inicia a proposta de novas verdades”.

É diante dessa perseguição por novas explicações para a realidade não cimentadas em metanarrativas que se desenvolve o pensamento pós-moderno. Calcadas na negação das macroteorias e na valorização das microrrelações, a imediatividade e a superficialidade extensiva, já tão conhecidas da vida cotidiana, foram superdimensionadas e passaram a ganhar mais espaço nas produções científicas das universidades ao redor do mundo, influenciando decisivamente a produção do conhecimento nas mais variadas áreas.

Diante desse conjunto de transformações, quando se busca refletir sobre a intenção de planejar sob a ótica do planejamento tradicional numa perspectiva macrosocietária, percebe-se um completo desmantelamento, pois não há intenção de gerar mudanças sociais substanciais. A respeito disso, Gandin (2010, p. 24), destaca: “[...] como fonte e consequência da crise, faz aparecer como fraqueza teórica e perigo ideológico as propostas de transformação social e a tentativa de novas estruturas”. Com essas diretrizes, o ato de planejar se limita a elementos técnicos-formais e operacionais, completamente esvaziados de conteúdo crítico.

Esse tipo de planejamento inerte e vazio é base para uma lógica operacional dominante no Modo de Produção Capitalista: o gerencialismo. A perspectiva gerencialista, predominante nos modelos de administração pública e privada na contemporaneidade, tem raízes na concepção de “Gerenciamento da Qualidade Total”, perspectiva que visa à diminuição de custos na produção para a maximização dos lucros (Antunes, 1995). O planejamento ambientando a partir desses princípios é tido como tradicional.

Tenório (1997) argumenta que as ações de planejamento tradicional visam apenas os aspectos econômicos, colocando

completamente de lado questões de cunho social. Há valorização da eficiência em detrimento da efetividade. Para o autor, eficiência se apresenta “como melhor forma de fazer algo com os recursos disponíveis” (Tenório, 1997, p. 18). No que diz respeito à efetividade, ele argumenta que é a “capacidade de atender melhor às expectativas da sociedade” (Tenório, 1997, p. 20).

Ainda no que tange aos aspectos do planejamento tradicional, Baptista (2015, p. 17) reforça a completa ausência de caráter político ou de até mesmo reconhecimento da desigualdade social: “[...] tradicionalmente, ao se tratar de planejamento, a ênfase era dada aos seus aspectos técnico-operativos, desconhecendo no seu processamento, as tensões e pressões embutidas nas relações dos diferentes sujeitos políticos”.

No tocante ao planejamento no Serviço Social, Bonin e Kruger (2015) estudaram a relação histórica entre o planejamento e a profissão e destacam que, ao longo do seu desenvolvimento, o Serviço Social se apropriou de diversas metodologias de planejamento distintas, de acordo com a direção teórica predominante na profissão em cada momento. As autoras destacam que só a partir de 1965 a profissão vai dar importância ao planejamento como instrumento técnico. Essa reorientação está presente nos Documentos de Araxá e Teresópolis, que reconhecem que a profissão possui uma dupla dimensão de intervenção: a micro e a macroatuação. Vale mencionar que, no contexto dos documentos supracitados, o Serviço Social se encontrava embebido da vertente teórica funcionalista, à luz da perspectiva modernizadora, como destaca Netto (2011).

É a partir dessa dupla dimensão interventiva que o Serviço Social enxerga a capacidade de atuar no âmbito do planejamento, ocupando espaços de decisão em instituições e superando, nas palavras de Netto (2011), o estatuto subalterno da profissão, segundo o qual os/as assistentes sociais eram meros executores/as de políticas sociais.

Posteriormente, inicia-se um processo de absorção de variadas metodologias de planejamento, entre as quais o planejamento



estratégico, que permite ampla participação dos/as usuários/as. Essa é uma das metodologias mais estudadas pelo Serviço Social, classificada por Baptista (2015) como uma arena de forças em disputa, campo privilegiado para atuação dos/as assistentes sociais em detrimento das refrações da questão social. Matus (1989, p. 7) define o Planejamento Estratégico Situacional (PES) como “a arte de ‘governar’ em situações de poder compartilhado”. Vale destacar que a característica de trabalho do profissional de Serviço Social é justamente agir no conflito entre demandas institucionais e demandas da população usuária.

Segundo Silva e Mangini (2018, p. 6), o planejamento estratégico é dividido em quatro momentos: “I- momento explicativo; II - momento normativo; III - momento estratégico e IV - momento tático-operacional”. Os autores destacam que esses momentos não devem ser vistos de forma departamentalizada, pois, na verdade, fazem parte de um processo contínuo e permanente: “Os enfoques explicativo, normativo e estratégico estão interligados e devem estar completamente em reconstrução, concomitantemente com a etapa tático-operacional” (Silva e Mangini, 2018, p. 6).

Matus (1989, p. 125) afirma que o momento explicativo se detém na atividade de “selecionar problemas e descartar outros”. Silva e Mangini (2018, p. 6) acrescentam:

[...] Após a seleção de problemas específicos, é preciso que o planejador busque explicações concretas para os problemas selecionados, levando em conta inúmeras variáveis. Definidos os problemas e definidas as explicações causais destes, o momento que se segue no planejamento estratégico é o momento normativo [...] O momento normativo encontra-se na dimensão do ‘dever ser’, é a determinação prévia dos resultados que o planejador almeja alcançar com suas ações.

O momento estratégico possui relação umbilical com o normativo. Ele se concentra no ato de pensar possibilidades que façam com que o planejador e/ou a equipe garanta seus objetivos (Silva; Mangini, 2018). O tático-operacional, último momento, é o da materialização do que foi planejado. De acordo com Matus (1989), ele se divide em quatro estágios: I - apreciação da situação conjuntural; II - pré-avaliação das decisões possíveis; III- tomada de decisões e execução; e IV - avaliação das decisões tomadas ou apreciação da nova situação.

Baptista (2015) afirma que o planejamento estratégico é um processo técnico-político, porque os resultados observados dependem essencialmente de uma conexão entre os aspectos lógico-racionais e políticos. A autora destaca que a esfera lógico-racional engloba técnica e método, e se configura na “sequência de atos decisórios, ordenados em momentos definidos e baseados em conhecimentos teóricos, científicos e técnicos” (Baptista, 2015, p. 13). No que tange à dimensão política, o processo decisório acontece em meio a uma disputa de interesses antagônicos. Em meio a essas duas dimensões, os sujeitos que constroem o planejamento devem tomar as decisões no intuito de cumprir os objetivos traçados no plano. Silva e Mangini (2018, p. 7) acrescentam:

[...] O planejamento estratégico possui um horizonte ético-político mais amplo que o planejamento e gestão tradicional, pois torna a esfera econômica apenas uma das variáveis que interferem no processo de tomada de decisões, seu foco está nos múltiplos fatores que compõem os fenômenos sociais, pensando-os em uma relação de causalidade.

Nessa perspectiva, uma das atividades que mais se destacaram no *Projeto de Extensão Educação Permanente para assistentes sociais atuantes no âmbito da saúde no contexto da pandemia e pós-pandemia de Covid-19 na Paraíba*, foi a elaboração de planos de ação pelos/as participantes, de acordo com as instituições nas

quais trabalhavam. Os grupos foram formados considerando-se as mesorregiões e os espaços sócio-ocupacionais dos/as integrantes. Num primeiro momento, houve dificuldade para os/as participantes conseguirem elaborar os planos. O Relatório Final (2022) do primeiro ano de extensão aponta que:

As reuniões de trabalho aconteceram para aqueles subgrupos que tiveram dificuldade na construção do Plano de Ação, aconteceram igualmente aos encontros internos, todos de forma remota, na plataforma Google Meet, com o intuito de auxiliar os participantes do projeto na realização do Plano de Ação que teve exposição ao final do projeto. Em todas foram realizadas rodas de discussão e debate sobre o roteiro escolhido pelo grupo (essa atividade foi desenvolvida sob o princípio da autonomia dos grupos).

Após essas atividades, os/as participantes construíram planos de trabalho que expressaram a busca de respostas para uma variedade de demandas relacionadas com as instituições de atuação, funções profissionais desenvolvidas e necessidades da população usuária. Numa análise geral de todas as mesorregiões, na primeira edição do projeto de extensão, percebe-se que os/as profissionais conseguiram construir planos de ação concretos, que atendem às demandas institucionais, mas que não se limitam a elas. Foi interessante perceber também que, apesar do projeto ser voltado para os/as assistentes sociais atuantes na área da saúde, alguns planos de ação contemplaram o caráter intersetorial e foram elaborados com a colaboração de profissionais de instituições de outras políticas sociais, como foi o caso do Grupo 1 da mesorregião Brejo, Agreste e Cariri:

O plano de ação promoverá a inclusão de mais famílias em situação de risco social, iniciando pela qualificação do acompanhamento no

próprio serviço. Assim possibilitará o melhor conhecimento da estrutura familiar, da questão social [...] garantindo direitos dos usuários acompanhados pelo CER, CRAS e demais setores públicos. Esta proposta tende a incluir os usuários no processo produtivo, oferecendo alternativas que projetam famílias, grupos e indivíduos atendidos ao patamar de qualidade de vida digna (Plano de Ação do Grupo 1 da mesorregião do Brejo, Agreste e Cariri).

É importante destacar o caráter intersetorial da proposta do Grupo 1, uma vez que as expressões da questão social não devem ser departamentalizadas, mas, sim, entendidas na sua totalidade para que se construam respostas mais comprometidas com os interesses dos/as usuários/as. Na verdade, a maioria dos/as usuários/as são atingidos/as por diversas refrações oriundas do conflito entre capital e trabalho, e acabam se tornando público-alvo das mais variadas políticas sociais.

Nesse sentido, outro plano que apresentou uma proposição interessante foi o do Grupo 1 da mesorregião do Sertão Paraibano. O plano de ação intitulado *O cuidado com o cuidador de pessoa com deficiência física e mental*, como o próprio nome já diz, apresenta uma proposta que atende a indivíduos importantíssimos na promoção da saúde pública:

O plano de ação visa gerar o cuidado em relação ao cuidador; desgaste físico e mental gerados pelo cuidado unificado em um único cuidador; baixa motivação de cuidadores e ausência de um processo continuado de educação em saúde voltado exclusivamente para esse grupo. (Plano de Ação do Grupo 1 do Sertão).

Já o Grupo 5 da mesorregião do Brejo, Agreste e Cariri apresentou seu plano sintonizado com a perspectiva do projeto ético-político situado no contexto pandêmico:

A elaboração do plano de ação, portanto, é um esforço profissional para manter a população usuária do CAPS atendida em suas mais diversas necessidades no âmbito do Serviço Social, considerando ainda o compromisso ético-político de atuação e defesa da população em situações de calamidade pública. A pandemia trouxe consigo o acirramento de demandas como a pauperização, desemprego, aumento no consumo de substâncias psicoativas, insegurança alimentar, situação de rua e dificuldades de acesso às tecnologias digitais para usufruto de benefícios como o Auxílio Emergencial, sendo a atuação do/a assistente social, em articulação com a rede de saúde e proteção social, indispensável para o enfrentamento das demandas (Plano de Ação do Grupo 5 do Brejo, Agreste e Cariri).

No que diz respeito à metodologia, cada grupo pensou o seu caminho de acordo com a realidade de cada instituição. Uns ressaltaram mais os elementos teóricos que embasaram a construção metodológica, outros menos. Neste quesito, merece destaque o Grupo 3 da mesorregião do Brejo, Agreste e Cariri:

As ações desenvolvidas pelos/as assistentes sociais da Estratégia Saúde da Família e a construção do plano adotam o método crítico-dialético de abordagem de compreensão da realidade. Este nos permite apreender as ações propostas através de uma relação permanente entre o particular e o geral e, também, orienta uma atuação profissional numa perspectiva macroestrutural, considerando aspectos

históricos, econômicos, sociais, políticos, ideológicos e culturais, entendendo-se todas as contradições e conflitos que permeiam a atuação profissional. (Plano de Ação do Grupo 3 do Brejo, Agreste e Cariri)

Com a elaboração do plano, o referido grupo indicou que almeja: “Proporcionar que os familiares e cuidadores identifiquem os profissionais da unidade de saúde e do NASF melhorando o vínculo da USF X NASF X Usuários dos serviços [...]”. Como o próprio grupo destaca, esse é um passo essencial para a melhoria dos determinantes de saúde locais e conseqüentemente para a evolução das ações de saúde no território.

Com relação à importância do planejamento no cotidiano profissional, o Grupo 3 da mesorregião do Brejo, Agreste e Cariri reitera que os/as assistente sociais devem possuir profundo conhecimento da política de saúde, da estrutura e organização dos serviços, e ainda acrescenta:

Para isso, o planejamento torna-se essencial. A sistematização da atividade profissional se constitui numa etapa fundamental das elaborações teóricas da profissão, apresentando-se como condição para otimizar a própria intervenção. Diante dessa realidade, as/os assistentes sociais da ESF sentiram a necessidade de sistematizar suas ações para subsidiar respostas qualificadas às demandas e necessidades que são postas no cotidiano de intervenção profissional (Plano de Ação do Grupo 3 da mesorregião do Brejo, Agreste e Cariri).

Chamou atenção o fato de que nem todos os planos apresentarem um item de avaliação. Sem dúvida, o processo de construção foi complexo, com profissionais sobrecarregados/as, em meio à pandemia. No entanto, é sintomática a ausência desse item em boa

parte dos planos apresentados. Assim, vale destacar a proposta de avaliação do Grupo 4 da mesorregião do Sertão Paraibano.

A avaliação será de forma interativa com a finalidade de detectar se os objetivos da ação proposta estão sendo alcançados, procurando articular metodologia e técnicas como, reuniões mensais com o grupo que está executando o plano, analisar se os instrumentais, no decorrer da execução, estão trazendo respostas para os objetivos propostos, avaliar junto aos usuários acerca dos avanços no atendimento na rede setorial (Plano de Ação do Grupo 4 do Sertão Paraibano).

O Relatório Final (2023) do segundo ano do projeto de extensão reforça que, entre as mais variadas atividades desenvolvidas pelo projeto, o debate em torno do planejamento foi o que mais se destacou, tendo em vista a necessidade do aprofundamento dessa reflexão pela categoria profissional.

Dentre as temáticas que nortearam as diversas atividades do projeto, se destacou a reflexão acerca do planejamento como uma possível ferramenta para potencializar um agir profissional orientado por uma perspectiva crítica, logo, como estratégia do projeto. Além do planejamento ser tomado como um tema em palestras e debates, fora estimulado, através de oficinas, a aproximação prática dos(as) profissionais participantes à elaboração de planos de trabalho, sob assessoramento da equipe organizadora do projeto.

Apesar das dificuldades, os participantes do projeto conseguiram elaborar bons planos de ação. Cada grupo, com suas particularidades e especificidades, carregou elementos críticos e ressaltou

a necessidade de reflexão e de utilização desse instrumento para a conformação de um exercício profissional mais propositivo e concreto.

## **Considerações finais**

A educação permanente é uma estratégia importante para a reflexão crítica da realidade e para a qualificação do trabalho dos/as assistentes sociais, contribuindo para a construção de respostas competentes, não só frente ao momento histórico desafiador da pandemia, mas na busca de superação do cotidiano alienado do trabalho nos marcos da sociedade do capital.

Assim, as três edições do projeto de extensão realizadas foram fundamentadas nos princípios orientadores do projeto ético-político profissional, especialmente o compromisso com a qualidade dos serviços prestados e o aperfeiçoamento intelectual e profissional, na perspectiva da educação permanente. A metodologia adotada priorizou abordagens participativas que favorecessem o envolvimento dos/as assistentes sociais em todas as atividades e a reflexão crítica da realidade a partir da socialização das experiências dos/as participantes, da identificação das demandas que têm chegado a esses/as profissionais nos contextos da pandemia e da pós-pandemia, das estratégias de trabalho por eles/as elaboradas na sua atuação profissional, e do estímulo à consecução do planejamento das atividades profissionais cotidianas, com elaboração de planos de trabalho.

O enfoque do projeto de extensão na realização de ações de educação permanente, no que se refere às atribuições, competências e respostas profissionais, mostrou-se bastante pertinente ao longo do desenvolvimento das atividades, pois, como afirma Raichelis (2020, p. 13) “[...] embora garantidas em lei, as atribuições e competências e sua interpretação não são estáticas e não podem ser congeladas frente às transformações do trabalho e as novas configurações da ‘questão social’ [...]”.



Dessa forma, as discussões realizadas fomentaram uma reflexão crítica sobre a realidade e uma identificação dos limites e possibilidades profissionais, que tendem a contribuir para a ruptura com a tendência de competência instrumental voltada ao pragmatismo das respostas que atendam às requisições do mercado de trabalho e à sua lógica de produtividade, na direção de uma ação profissional comprometida com os interesses da classe trabalhadora e com o fortalecimento da direção ético-política da profissão.

## Referências

ANTUNES, Ricardo. O vilipêndio da Covid-19 e o imperativo de reinventar o mundo. **O Social em Questão**, Rio de Janeiro, n. 49, p. 111-121, jan./abr. 2021.

ANTUNES, Ricardo. **Adeus ao trabalho?**: Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. São Paulo, Cortez/Unicamp, 1995.

BAPTISTA, Myrian Veras. **Planejamento Social**: intencionalidade e instrumentação. 3. ed. São Paulo: Veras, 2015.

BONIN, Silvana; KRÜGER, Tânia Regina. Planejamento e Serviço Social. **Revista Sociedade em Debate**, [S. l.], n. 21, v. 2, p. 63-83, 2015. Disponível em: <https://revistas.ucpel.edu.br/rsd/article/view/1216>. Acesso em: 23 ago. 2023.

BRASIL. **Lei Nº 8.662, de 7 de junho de 1993**. Dispõe sobre a profissão de Assistente Social e dá outras providências. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8662.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8662.htm). Acesso em: 20 set. 2023.

BRASIL. Ministério da Educação e do Desporto. **Diretrizes Curriculares do Curso de Serviço Social**. Brasília: MEC, 1999.

Disponível em: [https://www.cfess.org.br/arquivos/legislacao\\_diretrizes.pdf](https://www.cfess.org.br/arquivos/legislacao_diretrizes.pdf). Acesso em: 2 ago. 2023.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). **Orientação Normativa Nº 3, de 31 de março de 2020**. Disponível em: <https://www.cfess.org.br/arquivos/OrientacaoNormat32020.pdf>. Acesso em: 2 ago. 2023.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). **Parecer Jurídico Nº 5/2020-E, de 24 de abril de 2020**. Dispõe sobre a ausência de equipamentos de proteção individual — EPI para assistentes sociais. Brasília: CFESS, 2020.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). **Teletrabalho e Teleperícia**: orientações para assistentes sociais no contexto da pandemia. Brasília: CFESS, [2020]. Disponível em: <https://www.cfess.org.br/arquivos/Nota-teletrabalho-telepericiacfess.pdf>. Acesso em: 2 ago. 2023.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). **Código de ética do/a assistente social**: Lei 8.662/93 de regulamentação da profissão. 10. ed. rev. e atual. Brasília: CFESS, 2012. Disponível em: [https://www.cfess.org.br/arquivos/CEP\\_CFESS-SITE.pdf](https://www.cfess.org.br/arquivos/CEP_CFESS-SITE.pdf). Acesso em: 20 set. 2023.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). **Parâmetros de Atuação de Assistentes Sociais na Saúde**. Brasília, DF: CFESS, 2010. Disponível em: [https://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros\\_para\\_a\\_Atuacao\\_de\\_Assistentes\\_Sociais\\_na\\_Saude.pdf](https://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_a_Atuacao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude.pdf). Acesso em: 2 ago. 2023.

CRESS Paraíba 13ª Região. Canal oficial do Conselho Regional de Serviço Social da Paraíba - 13ª Região. **YouTube**. Disponível em: <https://www.youtube.com/@cressparaiba13aregiao92>. Acesso em: 2 ago. 2023.

GANDIN, Danilo. *A Prática do Planejamento Participativo*. 17. ed. Petrópolis: Vozes, 2010.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 27. ed. São Paulo: Cortez, 2020.

MATOS, Maurílio Castro de. **Serviço Social, Ética e Saúde: reflexões para o exercício profissional**. São Paulo: Cortez, 2017.

MATOS, Maurílio Castro de. Considerações sobre atribuições e competências profissionais de assistentes sociais na atualidade. **Revista Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 124, 2015.

MATUS, Carlos. Fundamentos da Planificação Situacional. *In*: RIVERA, F. Javier (org.). **Planejamento e Programação em Saúde: um enfoque estratégico**. São Paulo: Cortez, 1989.

NETTO, José Paulo. **Capitalismo monopolista e Serviço Social**. 8. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

RAICHELIS, Raquel. Atribuições e competências profissionais revisitadas: a nova morfologia do trabalho no Serviço Social. *In*: CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). **Atribuições Privativas do/a Assistente Social em questão**. Brasília, DF: CFESS, 2020. v. 2.

SILVA, Arthur Almeida; MANGINI, Fernanda Nunes da Rosa. **Metodologias de Planejamento para o Serviço Social: planejamento estratégico, planejamento participativo e estudos prospectivos**. Vitória, ES: UFES, 2018.

TENÓRIO, Fernando. **Gestão de ONGs: principais funções gerenciais**. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1997.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA (UEPB)/DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL; CONSELHO REGIONAL DE SERVIÇO SOCIAL

(CRESS) DA 13<sup>A</sup> REGIÃO - PARAÍBA/SECCIONAL CAMPINA GRANDE - PB. **Projeto de Extensão Educação Permanente para assistentes sociais atuantes no âmbito da saúde no contexto da pandemia e pós-pandemia de Covid-19 na Paraíba**: Relatório Final da Segunda Edição. Campina Grande: UFPB; CRESS-PB, 2023.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA (UEPB)/DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL; CONSELHO REGIONAL DE SERVIÇO SOCIAL (CRESS) DA 13<sup>A</sup> REGIÃO - PARAÍBA/SECCIONAL CAMPINA GRANDE - PB. **Projeto de Extensão Educação Permanente para assistentes sociais atuantes no âmbito da saúde no contexto da pandemia e pós-pandemia de Covid-19 na Paraíba**: Relatório Final da Primeira Edição. Campina Grande: UFPB; CRESS-PB, 2022.



# CAPÍTULO 15

## “QUANDO O ÓBITO TORNOU-SE ROTINA”! COMO ASSISTENTES SOCIAIS DA SAÚDE ENFRENTARAM A COVID-19 NA CAPITAL PARAIBANA NA MESORREGIÃO DE JOÃO PESSOA

Ademir Vilaronga Rios Júnior<sup>1</sup>

Fernanda Marques de Sousa<sup>2</sup>

Gisele Cardoso da Silva<sup>3</sup>

Herivânia de Melo Ferreira e Oliveira<sup>4</sup>

Lyzandra Teixeira da Silva<sup>5</sup>

Maria Aparecida Nunes dos Santos<sup>6</sup>

Mônica Barros da Nóbrega<sup>7</sup>

Nathallya Lethierry de Gouveia Neves<sup>8</sup>

### Introdução

O contexto pandêmico da Covid-19 não só afetou o quadro sanitário dos serviços de saúde, mas também inflexionou mudanças abruptas em suas rotinas institucionais e em seus quadros

---

1 Assistente social, presidente do Conselho Regional de Serviço Social da Paraíba (CRESS/PB).

2 Mestra em Serviço Social pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB).

3 Graduada em Serviço Social pela Universidade Estadual da Paraíba (UEPB).

4 Mestra em Serviço Social pela UFPB.

5 Graduada em Serviço Social na UEPB.

6 Mestra em Serviço Social pela UFPB.

7 Doutora em Serviço Social pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE)

8 Graduada em Serviço Social na UEPB.

organizacionais. Tais mudanças incidiram visceralmente sobre o processo de trabalho em saúde e sobre o trabalho coletivo em saúde e, por conseguinte, no cotidiano dos profissionais da área, entre os quais se encontra o/a assistente social.

Um dos mais importantes intelectuais marxistas da atualidade, seguindo a perspectiva ontológica, ao analisar a crise inédita do capital, define-a como uma crise de natureza estrutural, ressaltando os conceitos de riqueza, produção destrutiva e reorientação socialista. Portanto, as crises são formas eficientes de impor a lei do valor, visto que é durante as retomadas da produção que o capital concentra-se, destruindo os capitais mais frágeis através da concorrência e fortalecendo os grandes oligopólios, que têm a capacidade de suportar por mais tempo os períodos de recessão, pois podem manter os preços mais baixos por um tempo maior em relação aos capitais mais fracos, o que faz com que as grandes companhias aumentem seu poderio (Mandel, 1982).

Na trilha da ontologia, Mészáros (2000) comenta que a crise estrutural do capital se caracteriza por sua universalidade, seu alcance global, sua escala de tempo extensa e seu caráter rastejante. Assim, para a realização deste artigo, baseamo-nos no pensamento desse autor por ele desenvolver um exame rigoroso e crítico sobre o processo de produção de riquezas e os limites estruturais do sistema do capital.

Com o agudizamento da crise do capital como consequência do contexto pandêmico, grandes desafios surgiram para a classe trabalhadora, em particular, para os/as profissionais da saúde, entre os/as quais os/as assistentes sociais, que tiveram que enfrentar velhas e novas demandas, em especial, demandas indevidas.

Conforme Mota e Amaral (1998, p. 25), demandas:

[...] são requisições técnico-operativas que, através do mercado de trabalho, incorporam as exigências dos sujeitos demandantes a respeito das modalidades. Em outros termos, elas comportam uma verdadeira “teleologia” dos

requisitantes a respeito das modalidades de atendimento de suas necessidades. Por isso mesmo, a identificação das demandas não encerra o desvelamento das reais necessidades que as determinam.

No contexto histórico pandêmico, sob o governo Bolsonaro, as tensões e contradições trouxeram mais problemas para os/as trabalhadores/as da saúde, na medida em que ele claramente não valorizou a gravidade da situação, foi contra as vacinas e se opôs à ciência em especial.

Assim, na conjuntura de crise capitalista e de desafios para os/as trabalhadores/as, sobretudo para aqueles/as da área de saúde, a exemplo dos/das assistentes sociais, o conjunto formado pelo Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) e Conselhos Regionais de Serviço Social (CRESS) elaborou em 2012 a política de educação permanente, que fortalece um dos princípios fundamentais do Código de Ética do/a assistente social, no que diz ao “compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população e com o aprimoramento intelectual, na perspectiva da competência profissional” (CFESS, 2012, p. 24).

Nesse sentido, o projeto de extensão denominado *Educação permanente para assistentes sociais atuantes na área da saúde em tempos de pandemia e pós-pandemia de Covid-19 na Paraíba*, desenvolvido de 2021 a 2022, ancorou-se nessa política pedagógica, contemplando as/os assistentes sociais trabalhadores da saúde. Aqui vamos tratar dessa experiência na mesorregião de João Pessoa.

Portanto, neste artigo, apresentamos o perfil socioeconômico das/dos participantes, as demandas por elas/eles destacadas, principalmente aquelas consideradas indevidas, considerações sobre a elaboração e a apresentação dos planos de trabalho e, por fim, nossas considerações finais e as referências por nós utilizadas.



## **Aproximações ao perfil das/dos assistentes sociais trabalhadoras/es da saúde que atuaram na excepcionalidade da pandemia de Covid-19**

As/os assistentes sociais que se inscreveram para participar do citado projeto de extensão, na mesorregião de João Pessoa totalizaram um número de 38 profissionais, conforme os formulários *online* preenchidos no ato das inscrições.

Foi constatada a prevalência de profissionais do gênero feminino inseridas em diversas instituições e complexidades no âmbito da saúde pública e privada. São profissionais que se dispuseram, em tempos de restrições pandêmicas, a participar do referido projeto de extensão que privilegiou a educação permanente, conforme a Política de Educação Permanente do Conjunto CFESS/CRESS, elaborada na Gestão 2011- 2014. É histórica a predominância do gênero feminino na profissão. Conforme pesquisa do CFESS (2022), o recadastramento realizado de 2016 a 2019 apontou que, do total pesquisado, 41.083 profissionais (92,92%) se identificam com o gênero feminino e 3.083 (6,97%) com o sexo masculino.

Vale destacar que, por conta da estrutura patriarcal, da divisão sexual do trabalho e, por conseguinte, do lugar “definido” para as mulheres no modo de produção capitalista, sobretudo, para as mulheres negras, os impactos da pandemia foram diferentes para homens e mulheres. Entre eles, pode-se destacar – face às mudanças de rotina no trabalho e espaços domésticos, e ao fechamento da rede proteção social formal, como escolas e creches – o aumento da sobrecarga de trabalho das mulheres, adicionado à exaustão física e mental.

Sobre o perfil etário do público participante, constatou-se a predominância de “jovens profissionais”, pois 63% têm idades entre 26 e 39 anos. Quanto ao tempo de trabalho, a maioria (63%) tem de 1 a 5 anos de atividade na instituição, 16%, entre 6 e 9 anos, e 21% encontram-se há mais de 10 anos nos seus espaços sócio-ocupacionais. Cabe destacar que nesse intervalo de tempo de 1 a 5

anos, encontram-se os/as profissionais que ingressaram nas instituições no contexto da pandemia.

No que diz respeito à formação profissional dos/as participantes do projeto, identificamos que são oriundas/os do ensino público e presencial, posto que 71% afirmaram ter concluído a graduação em instituições públicas. Também cabe destacar que, entre os/as profissionais que advêm das instituições privadas de ensino (29%), 18% concluíram seus estudos na modalidade de ensino a distância (EAD) e 11% em instituições privadas presenciais. Ainda em relação à formação profissional, 63%, isto é, 24 participantes possuem pós-graduação. Porém, não foi possível saber a natureza da referida pós, tampouco se tal formação teria se dado em instituições privadas ou públicas. Trata-se de profissionais que compreendem a necessidade de uma formação contínua em seu processo de trabalho, posto que, nos seus relatos, muitos/as registraram o interesse em participar do atual projeto, mesmo em um tempo tão adverso, com atividades remotas e implicações no processo de trabalho e no adoecimento físico e mental, por conta da pandemia de Covid-19. Netto (1996, p. 124) já apontava há muitos anos para essa necessidade de uma formação permanente, quando afirmou que:

[...] o problema da formação profissional não pode continuar se colocando mais como restrito à preparação das novas gerações de profissionais: tem que incluir os milhares de assistentes sociais já diplomados e que se veem fortemente pressionados pelas constrictões do mercado de trabalho [...]

As/Os assistentes sociais da saúde estão atuando em diversas instituições, públicas e privadas, ocupando, na divisão social e técnica do trabalho, espaços da atenção primária e especializada na política de saúde. Do total de participantes do referido projeto de extensão, 25 estavam atuando em instituições de alta complexidade, principalmente em hospitais de campanha.

Ao analisarmos a natureza dos serviços, identificamos que, seguindo uma tendência histórica na profissão, o Estado é o principal empregador dos/das assistentes sociais: 84% dos/das participante estão atuando em instituições públicas (municipais, estaduais e federais). De acordo com Raichelis (2011), a inserção no espaço público acontece a partir de dois movimentos: de um lado, com a reestruturação do capital e a redução dos postos de trabalho em campos como a indústria; e, de outro, com a ampliação nas políticas públicas e a descentralização dos serviços, principalmente deslocando-os para o âmbito municipal.

Sobre os vínculos trabalhistas, os dados apontam para um perfil de precarização de relações e condições de trabalho, posto que a maioria (45%) estava atuando sob contratos temporários ou em funções comissionadas. Apenas 12 profissionais encontravam-se na condição de concursados, sendo somente 32% dos/as participantes. Esse fato tem implicações diretas nas condições de trabalho, sobretudo, por meio de requisições indevidas à profissão e pela natureza das demandas atribuídas no cotidiano profissional. Tudo indica que o vínculo temporário deveu-se à necessidade de contratação específica para o enfrentamento da Covid-19, pois alguns/algumas profissionais relataram que nunca tinham atuado na saúde antes da pandemia. Ainda como expressão desse processo de precarização, um percentual considerável de profissionais (37%) declarou possuir mais de um vínculo de trabalho.

Embora, dados sobre a carga horária de trabalho dos/das profissionais apontem que a legislação sobre as 30 horas (Lei Nº 12.317/2010) estivesse sendo garantida para esses/as profissionais, uma vez que 79% tinham asseguradas tal jornada, é preciso destacar que, se por um lado, isso evidencia uma luta permanente do conjunto CFESS-CRESS para que tal lei seja cumprida, por outro lado, não podemos desconsiderar que, com o advento da pandemia, houve uma intensificação das jornadas de trabalho, a exemplo dos plantões estendidos, exaustão, cansaço, adoecimento mental e demandas do trabalho remoto, como se pode destacar no seguinte relato: “perdemos colegas de trabalho, familiares [...] os contatos

telefônicos dos familiares triplicaram, a procura de informações pelos pacientes também [...], há necessidade de mais profissionais no plantão porque tem sido exaustivo”. Além disso, há que se registrar que, durante todos os encontros com os/as participantes do projeto, houve relatos de precarização das relações e condições de trabalho, sobretudo, no que diz respeito aos baixos honorários pagos por plantões extras aos/às profissionais de Serviço Social quando comparados aos de outras categorias. Segundo relato de uma profissional: “num plantão extra de um assistente social se ganha a mesma coisa que um plantão extra de um técnico, é receber como se fosse nível fundamental!”

Ainda nessa direção, um dado relatado pelas/os participantes que expressa a marca da precarização das relações e condições de trabalho dos/das assistentes sociais na pandemia refere-se à própria inexistência ou escassez de equipamentos de proteção individual (EPIs) para os referidos/as profissionais, condição que expôs ainda mais os/as profissionais aos riscos de contaminação da doença e a quadros de adoecimento mental.

### **Nem carpideiras, nem heroínas! “Apenas” assistentes sociais (mulheres trabalhadoras) enfrentando velhas e novas demandas no caos pandêmico**

As reflexões sobre as atribuições, as requisições e as demandas do Serviço Social, como qualquer outro assunto referente à profissão, não encontram-se enfaixadas em manuais, ainda que pese sob nossos pés e cabeças a herança conservadora deixada, por exemplo, pelos documentos de Araxá e Teresópolis, num determinado tempo histórico. Sob a luz da teoria social crítica, as atribuições, as requisições e as demandas postas à profissão estão inscritas no movimento contraditório da realidade em seu permanente processo de ser e vir a ser, que inclui conjunturas de excepcionalidade, como a pandemia de Covid-19, e impõe um conjunto de desafios para a formação e para o exercício profissional, sobretudo, para as/

os profissionais da saúde que estiveram na denominada “linha de frente” de combate à referida pandemia.

Nessa esteira de análise, apreendemos que é nesse movimento contraditório da realidade capitalista que se encontra a profissão desde a sua gênese e inscrição na divisão sociotécnica do trabalho até os dias em curso. Tal pressuposto histórico concreto demarca o caminho mais seguro para afirmar que a profissão não resulta da pura vontade pessoal de um grupo de sujeitos apartados das determinações socioeconômicas e político-culturais, tampouco que sua legitimação advém da existência de um suposto estatuto “sagrado” ou científico. Antes, como sustenta Netto (2005), a constituição da profissão está relacionada às necessidades socialmente criadas no estágio monopólico do capital, sob as quais o enfrentamento das expressões da “questão social” pelo Estado ultrapassa as medidas exclusivamente repressivas e requisita medidas racionais, planejadas e permanentes. Assim, é através da constituição das denominadas políticas sociais públicas que o Estado burguês redimensiona seu arco de intervenção junto às condições de superexploração da força de trabalho ocupada e excedente e, para tanto, recruta novos agentes profissionais para atuarem tanto na formulação quanto na implementação dessas políticas. É nesta última dimensão que se inserem, predominantemente, os/as assistentes sociais enquanto “executores terminais” das políticas sociais (NETTO, 2005).

Ora, mas por que dar licença a essa mediação, nesse breve espaço de tempo e texto? Nas clássicas reflexões de Yamamoto e Carvalho (2005), situar a profissão no processo de produção e reprodução das relações sociais é visualizá-la contraditoriamente como uma realidade vivida e representada na consciência de seus agentes profissionais e, ao mesmo tempo, como uma atividade socialmente determinada por condições objetivas que condicionam e ultrapassam a vontade e a consciência dos referidos agentes (individuais). Caminhar nessa direção, sobretudo, em conjunturas ultraconservadoras e pandêmicas, imprime possibilidades teórico-políticas para o enfrentamento de “históricas armadilhas” presentes na profissão, a exemplo do messianismo e do fatalismo. Ambas

tendem a alimentar práticas conservadoras que amputam os fios invisíveis (do capital) que tecem as necessidades sociais.

Segundo Guerra (1995), essas necessidades sociais – que se tornam demandas para todas as profissões – são atravessadas por interesses contraditórios e divergentes que emanam da própria lógica de estruturação desigual entre as classes sociais, no modo de produção capitalista. Daí que, independentemente de nossa vontade ou capacidade analítica, “[...] a atuação do Assistente Social é necessariamente polarizada pelos interesses das classes sociais. Reproduz, pela mesma atividade, interesses contrapostos que convivem em tensão [...]” (Iamamoto; Carvalho, 2005, p. 75). Ainda nas palavras de Guerra (1995, p. 199-200), “tais demandas convertem-se em requisições profissionais, cujo atendimento requer a mobilização de um determinado nível de racionalidade, de uma parte; limitam e determinam as funções profissionais, de outra”.

De acordo com pesquisa de Guerra *et al.* (2016), a partir de trabalhos da categoria, tende a haver no interior da profissão, dada a imediatividade sob a qual se apresentam as demandas, uma desconsideração sobre a natureza contraditória/divergente das demandas; uma determinada imprecisão ou indefinição conceitual sobre demandas, atribuições e requisições, bem como o reconhecimento do objeto da instituição como idêntico ao da profissão. Se tais “achados” – que não constituem em si um elemento novo – configuram problemas a serem enfrentados permanentemente pela vigilância teórico-política da categoria profissional, em conjunturas excepcionais, de emergência e calamidade, como a da Covid-19, tendem a se intensificar, sobretudo, quando velhas demandas se vestem como novas num contexto pandêmico, a exemplo daquelas que encontramos na particularidade da atuação profissional na saúde, da capital paraibana da mesorregião de João Pessoa.

As demandas registradas pelas/os participantes do projeto evidenciaram como solicitações históricas direcionadas à profissão, denominadas de “requisições indevidas”, ganharam ainda mais força no contexto da pandemia, como o repasse de informações sobre o quadro clínico dos/as usuários/as; a realização de

chamadas de vídeo para as famílias dos/das usuários/as internados/as; a comunicação de óbitos, bem como a função de ‘guardiões’ de declarações de óbitos; presença dos/das assistentes sociais para reconhecimento e liberação de corpos; além de ações relacionadas ao Núcleo Interno de Regulação (NIR) e à solicitação de ambulâncias.

Sobre a “comunicação de óbitos” pelo Serviço Social, bem como o preenchimento de documentos referentes a essa demanda, muitos/as profissionais relataram que o preenchimento de formulários enquanto responsabilidade do Serviço Social não constitui uma demanda necessariamente nova para a profissão. Nesse sentido, uma profissional ressaltou que se encontrava atuando como assistente social há mais de 14 anos na saúde e tal demanda sempre foi responsabilidade da profissão. Ainda nessa direção, muitos/as profissionais relataram que os referidos documentos não seriam apenas preenchidos pelo/a assistente social, como seriam guardados nas suas respectivas salas, tornando-as verdadeiras “guardiãs de declaração de óbitos”, como destacou uma participante. Outras profissionais ainda destacaram que, em alguns hospitais, a declaração de óbito (DO) bem como a declaração de nascido vivo (DNV) seriam de responsabilidade do setor administrativo ou da enfermagem, porém reconhecem que muitas/os assistentes sociais ainda são requisitadas/os para preencher os referidos documentos.

Ainda no rol das “requisições indevidas”, cabe destacar a problemática do repasse de informações sobre os boletins clínicos enquanto responsabilidade do Serviço Social. O debate entre as participantes centralizou-se em torno da seguinte questão: as mudanças na rotina de trabalho, advindas com a pandemia – como o isolamento social, o trabalho remoto, a suspensão do direito a acompanhante e de visitas – teriam, por um lado, jogado ainda mais água no moinho do histórico lugar de “profissional faz tudo”, sobretudo, diante das situações de desespero dos familiares em face da iminente perda dos entes infectados pela Covid-19, e, por outro, acionado as armadilhas do voluntarismo sob o discurso de que “é preciso fazer alguma coisa”, em situações de emergência e

calamidade pública. Nessa direção, umas das participantes destacou que um dos problemas da profissão é “[...] que, por sermos profissionais generalistas, os demais colegas de trabalho desconhecem as nossas atribuições e demandam tudo, somos telefonistas, secretárias, tira xérox, chama motorista [...] fazemos tudo e nada na visão de muitos!”

Se foi consenso entre os/as participantes que a comunicação de boletins clínicos pelas/os assistentes sociais constituiu-se como uma “requisição indevida”, o mesmo não se deu em relação à realização das chamadas de vídeo. As dificuldades em lidar com o trabalho remoto ou com o atendimento remoto foram relatadas como um dos principais desafios a lidar pelos/as profissionais, situação que desencadeou num aumento das demandas por chamadas de vídeo e contatos via telefone. Sobre a realização das chamadas de vídeo, uma profissional destacou: “A gente assumiu no início, mas, quando a gente viu a angústia das famílias, a questão da intubação [...] a necessidade de falar com a família, às vezes, para se despedir [...] a gente começou a ver que isso era demanda para a psicologia”. Outras/os participantes atentaram para o cuidado com a dimensão psicologizante das demandas impostas ao Serviço Social e acrescentaram que, quando as visitas presenciais foram suspensas, o Serviço Social “acabou assumindo a questão da videochamada [...] até chamo de visita virtual! Mas, na perspectiva do trabalho multiprofissional, a gente não pode se perder e assumir a demanda da psicologia [...]”.

Um ponto-chave do debate centrou-se na necessidade de reflexão sobre esse fenômeno novo das “visitas virtuais” ou “contato virtual com as famílias”. O problema estaria na chamada de vídeo em si ou na finalidade que o Serviço Social vem lhe conferindo? Essa alternativa já seria umas das principais formas de contato das famílias? Seria a chamada de vídeo utilizada exclusivamente para o repasse de quadro clínico? Nesse sentido, uma participante destacou que “a discussão se é atribuição ou não atribuição do Serviço Social é fácil de responder quando a gente discute no campo da instrumentalidade. Por exemplo, na saúde mental, faço grupos com os



usuários, mas será que o meu grupo é terapêutico?”. Ainda nessa direção, outra profissional esclareceu sobre a importância do/a profissional de Serviço Social estar junto com outros profissionais no momento do contato virtual “pra fazer as intervenções [...] como preparação da alta social, orientações de serviços e benefícios”.

Segundo reflexões de Soares, Correia e Santos (2021), mediante demandas de toda ordem, a pandemia desafiou a profissão a (re) definir o seu lugar. Tarefa nada fácil, já que o próprio Ministério da Saúde, no documento *Manejo de corpos na pandemia*, recomendou que os/as assistentes sociais realizassem a comunicação de óbitos a familiares, amigos e responsáveis, escancarando ainda mais a porta para as requisições indevidas aos/às profissionais, como os repasses dos boletins clínicos.

Conforme sistematizações de Gomes, Taquetti e Martini (2023) sobre as demandas que chegaram à Comissão de Fiscalização (COFI) do CRESS do Espírito Santo (ES), durante o período pandêmico, avolumaram-se as questões referentes às requisições indevidas. Vale destacar, segundo as supracitadas autoras, que a expressão “requisições indevidas” passou a ser adotada pelo conjunto da categoria profissional em 2017. As demandas registradas pela citada comissão não estiveram distantes daquelas encontradas na mesorregião de João Pessoa, como aferir temperatura durante a pandemia e realizar comunicação de óbito e guarda de pertences (achados e perdidos) e de chaves de sala de morgue (necrotério).

Outro aspecto destacado nos relatos das/dos participantes e que evidencia a intensificação das desigualdades sociais e empobrecimento da classe trabalhadora, sobretudo, em tempos de crise do capital e crise sanitária, refere-se às demandas pelos benefícios e programas sociais, a exemplo dos benefícios eventuais e do Auxílio Emergencial. Dos benefícios eventuais, cabe destacar que, em tempos nos quais “a morte torna-se rotina”, o constatou-se o aumento da procura pelo Auxílio Funeral.

De acordo com as/os profissionais, constituíram-se enquanto estratégias de enfrentamento da pandemia respostas como:

preparação de minicursos de noções básicas sobre os direitos dos usuários; palestras em salas de espera; organização entre as equipes para discussão sobre funcionamento do NIR e diálogo com as direções das instituições; uso de legislações para subsidiar o porquê de não atender a determinadas demandas; criação de grupos de estudo; e planejamento do que seria apresentado em atendimentos aos usuários.

Todos os encontros e discussões com as/os participantes sobre as demandas e respostas profissionais não estiveram apartados das condições e relações de trabalho (re)desenhadas no contexto da pandemia. Nem de longe, podemos desconsiderar que a possibilidade de respostas profissionais ancoradas no compromisso com as classes subalternas não se encontra imune aos processos de precarização enquanto trabalhadores/as assalariado/as e executores/as e/ou formuladores/as de políticas sociais. Nessa direção, cabe mencionarmos o relato de uma profissional, por evidenciar que “a precarização e vínculos frágeis acabam fazendo com que muitos profissionais assumam esses papéis”, isto é, das “requisições indevidas”.

### **Planos de trabalho: uma estratégia de intervenção profissional, sobretudo, numa conjuntura pandêmica**

O cenário acerca das atribuições profissionais e demandas postas, já discutido acima, exigiu da categoria profissional, mais que nunca, respostas qualificadas assegurando o real compromisso da categoria com o trabalho coletivo em saúde e com o atendimento das necessidades em saúde. Daí a importância do planejamento e da sistematização da prática para tais profissionais, pois desvinculados/as de certos aportes, os/as integrantes da categoria profissional tendem a sujeitar-se a práticas burocratizadas, voltadas para atividades rotineiras e repetitivas e ainda baseadas num suposto “valor eficiente”.

Nesse sentido, foi selecionada, como última atividade do projeto, a elaboração de planos de trabalho enquanto forma de ratificação da importância do trabalho coletivo e da imersão na dimensão investigativa da profissão, além de ser uma ferramenta útil para se aprofundar reflexões sobre o significado do planejamento e da sistematização das ações das/os assistentes sociais na área da saúde. A respeito do planejamento e exercício profissional na área da saúde, Mito e Nogueira (2008, p. 287) sustentam que:

Planejar a ação profissional garante a possibilidade de um repensar contínuo sobre eficiência, efetividade e eficácia do trabalho desenvolvido [...]. Possibilita, no campo da saúde, formalizar as relações entre as estruturas profissionais, entre os eixos da ação profissional, entre as dimensões da integralidade e da intersectorialidade na garantia do cumprimento dos objetivos propostos.

Foi possível observar, na maioria dos discursos dos/das participantes, mesmo diante das adversidades postas pela conjuntura da pandemia – como jornadas de trabalho exaustivas, demandas impróprias, medo de infectar-se e infectar familiares, entre outras –, o quanto o ato de planejar (ou a falta dele) incidiu sobre o seu fazer profissional, mesmo estando em instituições diferentes (públicas, privadas), pois tal exercício de planejamento as/os levou a apreender melhor a realidade e elencar opções estratégicas de intervenção, tendo tempo e lócus definidos, pautadas em ações coesas e objetivos determinados.

Diante disso, foi notório ainda no discurso dos/as participantes, durante o momento do planejamento, o quanto a sistematização da prática conforma um diferencial na condução da atividade proposta pelo projeto de extensão, pois se tornou nítido para tais assistentes sociais que o esforço de sistematização implicou em bem mais que um processo de geração de dados ou informações

meramente endógenas à profissão, ou ainda mais trabalho, pois implicou na produção, organização e análise desses dados e informações a partir de uma postura crítico-investigativa.

Segundo Almeida (2008, p. 404), a sistematização da prática é, antes de tudo, uma estratégia através da qual o/a profissional restabelece a dimensão intelectual, auxiliando não só “o próprio reconhecimento pelas/os assistentes sociais dos limites, avanços e da contribuição efetiva de sua atuação, como pode se tornar um componente importante de sua visibilidade social e institucional”, o que, no momento da pandemia, era uma agenda imediata para a profissão, haja vista os diversos ataques à autonomia profissional através de documentos e normativas, bem como ao conjunto de atribuições privativas e competências profissionais, através de ações orquestradas pelas instituições e até mesmo por órgãos vinculados ao Governo Federal.

Nesse sentido, buscamos exercitar a dimensão do planejamento, e, para tanto, os/as participantes foram orientados/as sobre a confecção de planos de trabalho com propostas de intervenção para as demandas flagrantes no momento da pandemia nos serviços de saúde. Para Matos (2017, p.123), o plano de trabalho do Serviço Social deve ser um “documento coletivo, em que a equipe traça as prioridades a serem desenvolvidas num determinado período, tomando como referência as condições objetivas em que o trabalho irá se desenvolver, para que não venha, o plano de trabalho, a ser uma proposta de sobretrabalho”.

A elaboração do planejamento ocorreu da seguinte forma: o grupo da mesorregião foi subdividido entre as/os assistentes sociais que estavam inseridos/as no mesmo nível de complexidade, porém, com a dificuldade de contato entre os/as participantes, foi alterada pela comissão do projeto a forma de subdividir os grupos, sendo considerados então como fatores a proximidade do local de trabalho e de cidade. Esse critério foi construído no intento de facilitar a comunicação entre os/as participantes. E cada “subgrupo” esteve sob a coordenação de um/a docente e um/a assistente social colaborador/a.

Depois dessa subdivisão, cada grupo se reuniu, remotamente no formato *online*, para seguir na elaboração do plano de trabalho. Durante esse processo, algumas questões se apresentaram, tais como: dificuldades de se estabelecerem horários que atendessem à maioria e a questão da disponibilidade, visto que alguns/as possuíam mais de um vínculo profissional, trabalhavam em outras cidades e/ou não foram dispensados/as para participar do projeto. E ainda houve impasses na construção dos planos, uma vez que a dupla jornada de trabalho impossibilitava uma constância em manter-se atualizado/a quanto a leituras e construção de planejamentos teóricos.

O projeto culminou com a apresentação do produto final: a apresentação dos planos. Para isso, foram agendados dois encontros com o grupo da mesorregião. Os subgrupos apresentaram seus projetos em sessões de 15 a 20 minutos de duração, também em formato *online*. E a equipe do projeto de extensão sistematizou as discussões, contribuindo com as discussões e ou mediando as apresentações. Os grupos trouxeram temas pertinentes às realidades nas quais estavam inseridos naquele contexto, sendo alguns deles: “Atribuições do Serviço Social na saúde hospitalar: Quem faz? O que faz? Como?”; “Abordagem e acolhimento do Serviço Social dos familiares dos pacientes no setor de Covid-19”; e “Comunicação com a equipe no período antes, durante e após a pandemia”. Encerradas as apresentações, as docentes se disponibilizaram a corrigir os planos e ofereceram suporte aos/às profissionais que quisessem implementar o que foi trazido para as oficinas.

Por fim, foi enfatizado, tanto pelo/as participantes quanto pela equipe da comissão organizadora, que o projeto trouxe à tona a importância da busca pela formação permanente, sendo essa certeza expressa em cada discussão levantada durante os encontros. Apresentou-se, ao término das atividades, a importância do planejamento e da sistematização da prática como fundantes para a qualidade do exercício profissional de assistentes sociais inseridos/as no trabalho coletivo em saúde, pois a contribuição trazida com a confecção dos planos de trabalho remeteu à reflexão crítica

acerca da reestruturação da intervenção na intenção de efetivar um exercício profissional que, de fato, vá ao encontro das reais necessidades da população usuária, ratificando a universalidade do direito à saúde.

## **Considerações finais**

Diante do exposto, acreditamos que os objetivos do projeto foram atingidos, não somente por possibilitar evidenciar os desafios impostos à categoria profissional em um contexto de crise do capital e de crise sanitária, bem como por permitir repensar o exercício profissional no campo da saúde, em particular no desvelamento das demandas e na qualidade das respostas dadas, particularmente na mesorregião de João Pessoa.

Assim, ficou evidente que a política de Educação Permanente do Conjunto CFES/CRES é passível de ser materializada e contribui na continuidade da formação profissional, ainda que em um contexto adverso como o da pandemia de Covid-19. Enfim, demonstrou-se ainda que a parceria entre o Departamento de Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB) e o Conselho Regional de Serviço Social (CRESS) da 13ª região foi bastante positiva, servindo de exemplo para outras experiências.

## **Referências**

ALMEIDA, Ney Luiz Teixeira. Retomando a temática da “sistematização da prática” em Serviço social. In: MOTA, Ana Elizabete *et al.* (org.). **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. 3. ed. São Paulo: Cortez; Brasília: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2008. p. 399-408.

BRASIL. **Lei Nº 12.317, de 26 de agosto de 2010**. Acrescenta dispositivo à Lei no 8.662, de 7 de junho de 1993, para dispor sobre a duração do trabalho do Assistente Social. Disponível em: <https://>

[www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2010/lei/112317.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/lei/112317.htm). Acesso em: 20 jul. 2023.

BRASIL. **Manejo de corpos no contexto da Covid-19**: Definição dos procedimentos para retorno na realização de necropsia convencional. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: [https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/manejo\\_corpos\\_covid19\\_definicao\\_necropsia.pdf](https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/manejo_corpos_covid19_definicao_necropsia.pdf). Acesso em: 20 set. 2023.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). **Perfil de assistentes sociais no Brasil**: formação, condições de trabalho e exercício profissional. Brasília: CFESS, 2022. Disponível em: <https://www.cfess.org.br/arquivos/2022Cfess-PerfilAssistentesSociais-Ebook.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2023.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). **Código de ética do/a assistente social**: Lei 8.662/93 de regulamentação da profissão. 10. ed. rev. e atual. Brasília: CFESS, 2012. Disponível em: [https://www.cfess.org.br/arquivos/CEP\\_CFESS-SITE.pdf](https://www.cfess.org.br/arquivos/CEP_CFESS-SITE.pdf). Acesso em 29 jul. 2023.

GOMES, Sislene Pereira; TAQUETTI, Camila Lopes; MARTINI, Raquel Araújo. Requisições indevidas ao serviço social durante a pandemia. *In*: ENCONTRO INTERNACIONAL DE POLÍTICA SOCIAL, 9.; ENCONTRO NACIONAL DE POLÍTICA SOCIAL, 16., 2023, Vitória (ES). **Anais** [...]. Vitória (ES): UFES, v. 1, n. 1, 2023. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/einps/article/view/41321/27390>. Acesso em: 20 set. 2023.

GUERRA, Yolanda Aparecida Demetrio. **A instrumentalidade do Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 1995.

GUERRA, Yolanda Aparecida Demetrio; REPETTI, Gustavo Javier; ANDRADE FILHO, Antônio; SILVA, Platini Boniek Sardou; ALCÂNTARA, Elton Luiz da Costa. Atribuições, competências, demandas e requisições: o trabalho do assistente social em debate.

In: ENPSS, 15., 2016, Ribeirão Preto. **Anais** [...]. Brasília: ABEPSS, 2016. Disponível em: <https://www.abepss.org.br/arquivos/ane-xos/guerra-e-outros-201804131237474299190.pdf>. Acesso: 7 ago. 2023.

IAMAMOTO, Marilda; CARVALHO, Raul de. **Relações sociais e Serviço Social no Brasil**: esboço de uma interpretação histórico-metodológica. 17. ed. São Paulo: Cortez, 2005.

MANDEL, Ernestol. **O capitalismo tardio**. São Paulo: Abril Cultural, 1982. (Os Economistas).

MATOS, Maurílio Castro de. **Serviço Social, Ética e Saúde**: reflexões para o exercício profissional. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2017, p. 122-142.

MÉSZÁROS, Istiván. **Revista Outubro** [S. l.], 4. ed., n. 2, 2000. Disponível em: <http://outubrorevista.com.br/wp-content/uploads/2015/02/Revista-Outubro-Edic%CC%A7a%CC%83o-4-Artigo-02.pdf>. Acesso em: 30 jul. 2023.

MIOTO, Regina Célia Tamaso; NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro. Sistematização, Planejamento e Avaliação das Ações dos Assistentes Sociais no Campo da Saúde. In: MOTA, Ana Elizabete *et al.* (org.). **Serviço Social e Saúde**: formação e trabalho profissional. 3. ed. São Paulo: Cortez; Brasília-DF: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2008. p. 273-303.

MOTA, Ana Elizabete; AMARAL, Ângela Santana do (org.). **A nova fábrica de consensos**: ensaio sobre a reestruturação empresarial, o trabalho e as demandas ao Serviço Social. São Paulo: Cortez, 1998.

NETTO, José Paulo. **Ditadura e Serviço Social**: uma análise do Serviço Social no Brasil pós-64. São Paulo: Cortez Editora, 2005.



NETTO, José Paulo. Transformações societárias e Serviço Social: notas para uma análise prospectiva da profissão no Brasil. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 50, 1996.

RAICHELIS, Raquel. O assistente social como trabalhador assalariado: desafios frente às violações de seus direitos. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 107, p. 420-437, jul./set. 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sssoc/a/xJZpht8LVT96vSvn7cPN-QMR/#>. Acesso em: 20 jul. 2023.

SOARES, Raquel Cavalcante; CORREIA Maria Valéria Costa; SANTOS, Viviane Medeiros dos. Serviço Social na política de saúde no enfrentamento da pandemia da covid-19. **Revista Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 140, jan./abr. 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sssoc/a/B3QvfrsQcsNy6H3vP5ZrTmS>. Acesso em: 7 ago. 2023.

# CAPÍTULO 16

## EDUCAÇÃO PERMANENTE PARA ASSISTENTES SOCIAIS NA MESORREGIÃO DO BREJO, CARIRI E AGRESTE

Alessandra Ximenes da Silva<sup>1</sup>  
Anderson Nayan Soares de Freitas  
Isadora Silveira Costa  
Glauce Suassuna Figueiredo  
Gláucia Barbosa de Negreiros  
Nataly Isabelle Pessoa da Silva Pinto  
Mairan Rangel Agra  
Rosiane de Souza Moreira

### Introdução

No presente trabalho, apresentamos a experiência do Projeto de Extensão na Ação de Educação Permanente referente à Região do Brejo, Agreste e Cariri paraibanos. A realização das atividades

---

1 A equipe foi composta por: Alessandra Ximenes da Silva, professora associada do Departamento de Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), onde leciona na graduação e na pós-graduação em Serviço Social e coordena o Núcleo de Pesquisas em Política de Saúde e Serviço Social (NUPEPSS) e o Projeto de Extensão na Ação de Educação Permanente, referente à Região do Brejo, Agreste e Cariri paraibanos; Anderson Nayan Soares de Freitas, professor do Departamento de Serviço Social da UEPB; Isadora Silveira Costa, agente fiscal do Conselho Regional de Serviço Social da Paraíba (CRESS/PB); Glauce Suassuna Figueiredo, Gláucia Barbosa de Negreiros e Nataly Isabelle Pessoa da Silva Pinto, estudantes colaboradoras; Mairan Rangel Agra, assistente social colaboradora do Hospital de Trauma de Campina Grande (PB); e Rosiane de Souza Moreira, assistente social colaboradora da Estratégia de Saúde da Família do Município de Campina Grande.

voltadas para essas localidades possibilitou uma interação entre assistentes sociais dos três níveis de atenção à saúde. Num contexto adverso devido à pandemia da Covid-19, vários desafios foram colocados ao Serviço Social e aos seus profissionais, entre os quais, destacam-se: as atribuições, as competências, as demandas, a precarização do trabalho e as possibilidades de resposta face ao contexto de pandemia.

Nos encontros do projeto, foram ressaltados aspectos relacionados ao trabalho profissional (espaços sócio-ocupacionais, perfil das/os participantes, demandas e respostas profissionais), à instrumentalidade, com ênfase no planejamento, no sentido de estimular a realização dos planos de trabalho, e à assessoria para a elaboração das ações.

Para fins de exposição da experiência, o artigo está estruturado em três seções. Na primeira, realizamos uma breve exposição acerca do perfil das/os 48 assistentes sociais participantes da Região do Projeto de Extensão, evidenciando as principais características dos perfis pessoais, formativos e profissionais. Na segunda, foi problematizada a temática “atribuições, competências e respostas profissionais” no projeto, diante das demandas da categoria profissional às entidades organizativas dessa ação de educação permanente. A partir da necessidade de orientações e discussões acerca do exercício profissional no contexto de pandemia de Covid-19, resgatamos de importantes autores do Serviço Social alguns elementos imprescindíveis para refletirmos sobre as requisições e respostas profissionais, e concomitantemente, apresentar também alguns desafios, dilemas e vivências das/os assistentes sociais em seus espaços sócio-ocupacionais. Cabe destacar que os registros apontados nessa seção foram coletados de “quadros colaborativos virtuais” que foram construídos pelas/os profissionais em algumas atividades internas do projeto de extensão e que fazem parte de nossos arquivos privados. Em seguida, na terceira seção, apresentamos os produtos construídos pelas/os participantes do projeto: os planos de trabalho do Serviço Social, resultantes da estratégia de estímulo à prática do planejamento das/os participantes, mas,

sobretudo, do compromisso destes/as com as atividades desenvolvidas e com o processo de aprendizagem. Além da apresentação dos principais elementos dos planos construídos, também realizamos uma análise crítica das produções e do processo de construção dos planos, que contou com a supervisão de membros da comissão organizadora.

Por fim, expomos nossas considerações acerca da experiência das atividades de educação permanente desenvolvidas com as/os trabalhadoras/es das mesorregiões do Brejo, Agreste e Cariri paraibanos, apontando, de maneira geral, a nossa opinião sobre essa experiência educativa e as contribuições da comissão organizadora.

### **Perfil dos participantes do Grupo Brejo, Agreste e Cariri**

Esse grupo foi composto por 48 das/os assistentes sociais inscritas/os no projeto, todas/os, sem exceção, servidoras/es públicas/os, ainda que boa parte sob o vínculo de contrato temporário – especificamente 22 trabalhadoras/es. Havia também três profissionais comissionadas/os, além das 23 trabalhadoras/es concursadas/os. Tais profissionais possuíam, em sua maioria, idades de 31 a 40 anos, como aponta a tabela abaixo.

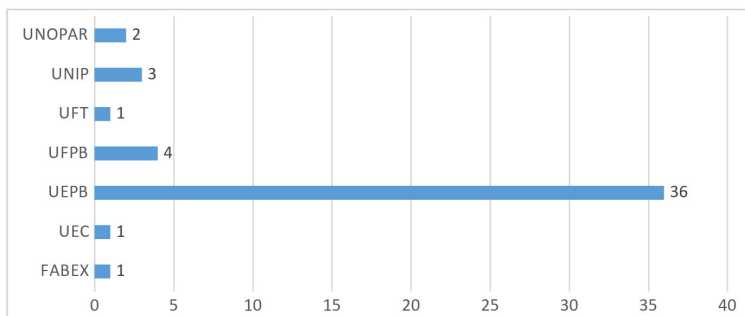
Tabela 1 – Idades das/os assistentes sociais participantes

<b>Idade</b>	<b>Número</b>	<b>%</b>
24 a 30 anos	9	19%
31 a 40 anos	18	38%
41 a 50 anos	13	27%
Mais de 51 anos	8	17%
<b>TOTAL</b>	<b>48</b>	<b>100%</b>

Fonte: Elaboração própria

As universidades públicas são responsáveis pela formação da maioria das/os profissionais que atuam na região. Com exceção de seis participantes, advindas/os de faculdades e universidades privadas, as/os demais trabalhadoras/es afirmaram serem egressas/os de universidades públicas.

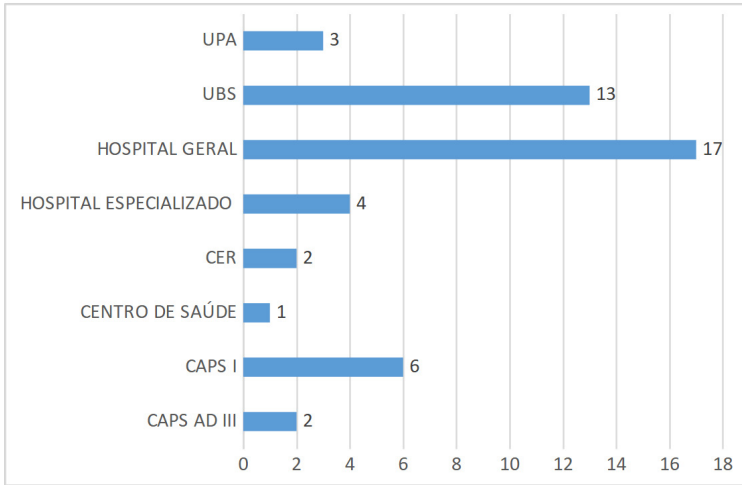
Gráfico 1 – Instituições de formação das/os assistentes sociais participantes



Fonte: elaboração própria (2023).

As/os participantes estavam distribuídas/os nos mais diversos equipamentos públicos da política de saúde da Paraíba, compondo um grupo diverso, com representantes dos três níveis de atenção, entre os quais, a atenção básica, a secundária e a terciária. O grupo foi composto por trabalhadoras/es de serviços como Unidades Básicas da Saúde (UBS), Unidades de Pronto Atendimento (UPA), hospitais gerais e especializados (hospitais de urgência e emergência, maternidades, hospitais de campanha para enfrentamento da Covid-19), Centros Especializados de Reabilitação (CER), Centros de Saúde e Centros de Atendimento Psicossociais do Estado, conforme apresenta o gráfico abaixo.

Gráfico 2 – Locais de trabalho das/os assistentes sociais participantes



Fonte: elaboração própria (2023).

Nesse grupo, a maioria das/os participantes tinham uma ampla experiência profissional na saúde. No formulário de inscrição, como exposto na tabela abaixo, 36% das/os assistentes sociais afirmaram ter mais de 10 anos de atuação na área da saúde, seguidos pelo grupo de trabalhadoras/es com dois a quatro anos de experiência nessa área.

Tabela 2 – Tempo de atuação na área da saúde

Tempo de atuação	Número	%
Menos de 11 meses a 1 ano	12	25%
2 a 4 anos	13	27%
5 a 7 anos	4	8%
8 a 10 anos	2	4%
mais de 10 anos	17	36%
<b>TOTAL</b>	<b>48</b>	<b>100%</b>

Fonte: Elaboração própria (2023).

Destaca-se ainda que 37 participantes possuem um vínculo de trabalho, mas cerca de 11, ou 23% das/os trabalhadoras/es, afirmaram possuir vínculo extra como assistente social em outro espaço sócio-ocupacional. O acúmulo de vínculos é possibilitado aos profissionais da saúde, incluídas/os as/os assistentes sociais, desde a Resolução Nº 218/1997 do Conselho Nacional de Saúde e da Resolução Nº 383/1999 do Conselho Federal de Serviço Social, que reconhece a/o assistente social como profissional da área da saúde.

### **Demandas, atribuições, competências e respostas profissionais**

Para entendermos o conjunto de ações profissionais desempenhadas pelos/as assistentes sociais, precisamos refletir sobre a dimensão técnico-operativa da profissão. Muitas vezes, essa reflexão se apresenta como algo pertencente a uma espécie de segundo plano na formação profissional, por reiterar alguns estigmas, como destaca Santos (2007, p. 82):

[...] a questão relativa ao ensino dos instrumentos e técnicas ainda se expressa muito mais pelo “receio” de ser “tecnicista” do que pela ousadia de criar alternativas/experiências explícitas e detalhadas para enfrentar o desafio de ensinar o “como fazer” sem ser “tecnicista”.

Alocar o debate da dimensão técnico-operativa na formação profissional como algo secundário provoca uma deformação no processo formativo, afinal de contas, os cursos de Serviço Social existem para instrumentalizar indivíduos nas esferas teórico-metodológica, ético-política, técnico-operativa e também investigativa. O “ensino da prática” deve ser realizado com a mesma importância das demais dimensões e, na verdade, como destaca Guerra (2017), a dimensão técnico-operativa é especial porque é através dela que

há a materialização do fazer profissional, produto da sua articulação com as demais esferas.

Para pensarmos a dimensão técnico-operativa e seus mais variados elementos que foram se constituindo ao longo da trajetória histórica da profissão, precisamos refletir sobre o que são demandas e como elas requisitam respostas profissionais. Para Trindade (2001, p. 26):

Demandas sociais: são históricas e produzidas por necessidades sociais fruto da prática histórica das classes sociais em seus atos de produção/reprodução dos meios de vida.

Respostas profissionais: são diversificadas, pois estão diretamente relacionadas com os objetivos do profissional, com as posturas ético-políticas, atitudes e habilidades técnico-instrumentais, não havendo assim uma homogeneidade na profissão.

É importante salientar que as demandas profissionais são um produto da realidade e sempre vão se apresentar de maneira complexa e multifacetada. Dessa forma, é de extrema relevância evidenciar a necessidade de conhecer profundamente a realidade na qual a requisição se encontra para podermos realizar a resposta que dê conta dentro das possibilidades de cada profissional. Amorim *et al.* (2015, p. 5) destacam

Entendemos que as requisições postas e repostas ao Serviço Social são gestadas no cotidiano das classes sociais em confronto na sociedade capitalista. Por essas classes estarem estruturadas de forma antagônica nesta sociedade e, portanto, terem interesses diferentes, as demandas sociais são heterogêneas [...].



Afirmamos isso, por entender que a qualidade da resposta profissional pode variar por diversos motivos: formação profissional, vínculo trabalhista, perspectiva profissional etc. Ademais, independentemente desses elementos, os/as profissionais de Serviço Social são requisitados/as historicamente para atuar como elo entre as instituições sociais e a população usuária através das políticas sociais. No entanto, como já é sabido, a nossa atuação profissional não pode se limitar às demandas institucionais.

A nova natureza da prática não se encontra, portanto, na mera recusa ou no menosprezo das tarefas que são socialmente atribuídas ao Serviço Social, nos quadros da divisão sócio-técnica do trabalho. Essa nova natureza está no tratamento técnico-político atribuído a essa prática inscrita no contexto do mercado de trabalho. Envolve a explicitação e apropriação efetiva do espaço ocupacional, decifrando as determinações político-econômicas macroscópicas que o atravessam, para impulsionar a construção e implementação de estratégias de ação que imprimam nova direção social ao planejamento e execução de ações demandadas ao Serviço Social (Iamamoto, 2000, p. 14).

É necessário a/o profissional se apropriar do cotidiano e de toda a sua complexidade para responder às mais variadas demandas que surgem no dia a dia institucional, sem cair nas abordagens unilaterais já tão conhecidas, o fatalismo e o messianismo. Ambas expressam formas de apreensão da prática profissional, aparentemente opostas, mas umbilicalmente ligadas e, muitas vezes, predominantes entre as/os assistentes sociais. Nessas interpretações, a prática social aparece disfarçada de concepções naturalistas e idealistas da vida social, presentes no debate contemporâneo. Elas estabelecem uma dualidade entre a naturalização da vida social – fatalismo – e a determinação dela pela consciência – messianismo.

Dessa forma, o fatalismo se apresenta como uma visão derrotista da profissão, de modo que a ordem do capitalismo é naturalizada e imortalizada, e não existiriam possibilidades de mudança, assim, nada restaria à (ao) assistente social a fazer. Já o messianismo superdimensiona a intencionalidade, os propósitos do sujeito individualmente, transformando-se num voluntarismo heroico que permite à (ao) profissional avistar de maneira ingênua alternativas revolucionárias a partir de uma visão utópica de transformação social.

Vale mencionar que o desenvolvimento crítico da perspectiva da dimensão técnico-operativa, meio pelo qual há superação das perspectivas unilaterais, tem fecunda relação com o projeto de profissão delineado a partir da transição da década de 1970 para os anos de 1980. A aproximação da profissão com o marxismo, inicialmente de forma enviesada, mas que amadureceu ao longo do decênio de 1980, atingiu maturidade em meados da década de 1990, sendo fundamental para o desenvolvimento de todas as dimensões da profissão, em especial a dimensão técnico-operativa. Iamamoto (2007, p. 230) destaca que o projeto era composto por “forças sociais progressistas, comprometidas com a efetivação da cidadania, extensiva a todos e com a irradiação dos preceitos e práticas democráticas a todos os poros da vida em sociedade”.

A prática profissional alinhada a todas as orientações do projeto ético-político é o objetivo seminal do processo de formação profissional e de todas as propostas críticas de formação continuada, bem como do “Projeto de Extensão Educação Permanente para as/os assistentes sociais atuantes no âmbito da saúde no contexto da pandemia e pós-pandemia da Covid-19 na Paraíba”, que contribuiu para o desvelamento crítico da realidade.

Em uma de suas atividades, questionamos as/os profissionais participantes: “O que tem surgido como demanda para as/os assistentes sociais nos serviços de saúde no contexto de pandemia da Covid-19?”. Obtivemos, em algumas respostas, o que conhecemos por demandas indevidas da profissão, que sempre existiram, mas que acabam se intensificando em momentos de crise. Ressaltamos que, para resguardar a identidade das/os profissionais, foram

utilizados codinomes variados, cores, nomes de flores, entre outros, dependendo de cada grupo.

O/A participante Lilás, por exemplo, destaca que recebeu diversas demandas relacionadas ao pronunciamento do óbito. Segundo os “Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde”:

A equipe de saúde e/ou os empregadores, frente às condições de trabalho e/ou falta de conhecimento das competências dos assistentes sociais, têm historicamente requisitado a eles diversas ações que não são atribuições dos mesmos, a saber: [...] convocação do responsável para informar sobre alta e óbito; comunicação de óbitos [...]” (CFESS, 2010, p. 46-47).

Como o próprio documento ressalta, a comunicação de óbitos é uma demanda indevida que historicamente é posta aos profissionais de Serviço Social, e que, num contexto de crise como o da pandemia de Covid-19, aprofunda-se. O/A participante “Amor perfeito” destaca

A pandemia da Covid-19 reforça a nossa precarização no âmbito da atuação profissional, haja vista que personagens da gestão pública municipal impõem ações operacionais nas quais não condizem com nossas atribuições técnico-operativas. Tudo o que não sabem operacionalizar é imposto ao assistente social, que é tido como multifunções, entre outros percalços.

Outra requisição indevida que “explodiu” no contexto da pandemia foi, como destaca a/o participante Verde: “demandas relacionadas ao pronunciamento do quadro clínico”. É sabido que as/os assistentes sociais não possuem, em sua formação, nenhuma

disciplina que sequer sugira algum tipo de conhecimento sobre o estado de saúde de pacientes. O trabalho da/do assistente social inserida/o na política de saúde se concentra nos aspectos sociais e não clínicos.

Quando perguntamos: “Enquanto assistentes sociais atuantes na política de saúde, como estamos enfrentando a pandemia de Covid-19?”, obtivemos algumas respostas interessantes que demonstraram que, apesar de toda a pressão exercida nas instituições para a execução de demandas indevidas, os profissionais tinham nítida percepção a respeito do que precisavam fazer no contexto de crise.

O enfrentamento se dá pela prevenção com educação em saúde, trabalho intersetorial, encaminhamentos para acesso aos direitos sociais, criando estratégias que facilitem acesso às tecnologias e agendamentos *on-line* e compartilhando informações, e utilizando as redes sociais para cobrar do poder público, a garantia de vacina para todos (Tulipa).

Vale mencionar que a fala da(do) participante remonta a um contexto em que ainda não tínhamos a disponibilidade da vacina para o público em geral. O/A participante Anêmona também destaca uma estratégia importante para a consecução das atividades do Serviço Social, com o mínimo de qualidade em meio ao caos na saúde provocado pela pandemia: “estudando o atual cenário para ter uma análise crítica dessa realidade, para termos argumentos necessários para defendermos os direitos dos usuários e os nossos enquanto trabalhadores”. Esse elemento importantíssimo destacado pela/o participante é ressaltado por Iamamoto (2007, p. 31), quando se refere à necessidade de entendermos as mediações: “[...] não há uma identidade imediata entre a intencionalidade do projeto profissional e os resultados derivados da sua efetivação. Para decifrar esse processo, é necessário entender as mediações sociais que atravessam o campo de trabalho do assistente social”.

As mediações são extremamente necessárias para a consecução do exercício profissional. Elas são as responsáveis por possibilitar que a/o profissional consiga suspender a cotidianidade, e alcançar a dimensão da universalidade para compreender as macrodeterminações sociais e, a partir dessa reflexão, retornar à dimensão da singularidade, e optar pela melhor técnica e instrumental possível para intervir na demanda.

Para que o assistente social possa optar pelo uso de um instrumental adequado às demandas dos usuários, faz-se necessário que esse profissional conheça o seu objeto de trabalho, o relacione com a realidade social, para a partir da compreensão da demanda apresentada, projetar seu trabalho, fazendo uso da reflexividade, tendo por base as dimensões teórico-metodológica e ético-política, objetivando uma prática que possibilite resultados almejados e compromisso com os usuários (Paula, 2015, p. 9).

É importante mencionar que o instrumental por si só não revela o direcionamento e nem a capacidade do/a profissional. Os instrumentos não são autossuficientes, mas, sim, ferramentas que auxiliam na intervenção profissional, de modo que, quando a/o assistente social está imbuído/a de intencionalidade crítica no uso de recursos, pode gerar respostas profissionais consistentes, articuladas ao projeto ético-político da profissão.

Deve-se ter a clareza de que o instrumental não é autônomo, pois está inserido no projeto profissional como parte fundamental à objetivação das ações profissionais, sendo parte da direção teórico-política da prática profissional. Ao estar articulada ao movimento da sociedade, a dimensão técnico-operativa do Serviço Social é histórica, recebendo determinações da base sócio-organizacional e das respostas e projetos

profissionais que permeiam a categoria profissional (Paula, 2015, p. 9).

Outro elemento de suma importância no debate do exercício profissional é a reflexão sobre as atribuições e competências profissionais. Apesar de todo o material já produzido a respeito da temática, ainda hoje pode-se encontrar diversos profissionais que confundem os dois conceitos, ou até mesmo fazem “vista grossa” para tal diferenciação, principalmente aqueles/as que possuem vínculo empregatício fragilizado. Iamamoto (2012, p. 37) destaca:

[...] atribuição privativa é entendida como “prerrogativas exclusivas” da prática profissional dos assistentes sociais. Já competência é compreendida como “capacidade para apreciar ou dar resolutividade a determinado assunto, não sendo exclusivas de uma única especialidade profissional, mas a ela concernentes em função da capacitação dos sujeitos profissionais [...].

Se olharmos para a lei de regulamentação da profissão, Lei 8.662/1993, evidencia-se que as atribuições estão vinculadas às expressões: matéria, área e unidade de Serviço Social. Todas demarcam que a atividade desenvolvida é de capacidade exclusiva da/o assistente social. Já as competências se apresentam com termos mais genéricos que não fazem referência a um conhecimento exclusivo da área de Serviço Social (Guerra *et al.*, 2015).

Apesar dessa diferenciação etimológica e de conceitos jurídicos, Iamamoto (2012) destaca que a interpretação desses conceitos é também política, e cabe ao conjunto da categoria profissional, bem como às entidades representativas, reafirmar esse caráter constantemente. É dessa forma que os limites entre as atribuições privativas e as competências profissionais se vinculam ao projeto

profissional crítico do Serviço Social em curso, havendo necessidade de se observar tais características em dois níveis:

[...] O primeiro é considerar o contexto macrosocietário adverso e, o segundo, consiste nas respostas técnico-operativas e ético-políticas dadas pelo conjunto da categoria profissional a essas mudanças no cenário social. O desafio, neste contexto adverso, é viabilizar a efetivação do projeto ético-político. E, para isso, é fundamentalmente importante a análise da realidade em que se dá o exercício profissional (Guerra *et al.*, 2015, p. 5).

Como já destacamos anteriormente, o período de crise na saúde causada pela pandemia de Covid-19 acabou por promover uma espécie de flexibilização das atribuições e competências profissionais. Assim, em meio a um contexto de extrema precarização do trabalho, muitos profissionais não encontraram alternativas, situação que provocou, inclusive, adoecimento. A avalanche de demandas que surgiram nessa conjuntura foi primordial para a “derrota” da defesa das prerrogativas do exercício profissional por parte de diversos profissionais.

Estamos em um cenário bem difícil, onde a maioria dos vínculos são frágeis e não temos forças para bater de frente com algumas ordens. Sabemos das nossas atribuições e sabemos principalmente o que não fazer, mas, em meio ao caos instaurado, gastamos nosso tempo mais em demandas que não são nossas do que nas nossas reais atribuições. Precisamos ter mais voz ativa, até tentamos, mas somos sufocadas pelas demandas impostas que são cada dia mais reforçadas (Margarida).

Apesar da imensa dificuldade para garantir o direcionamento crítico em suas ações, alguns/as profissionais reconhecem o esforço despendido por parte das entidades representativas da categoria em nível nacional e local, e o fato de como o conjunto da categoria profissional precisou se reinventar para sobreviver física e psicologicamente à pandemia de Covid-19.

Compreendo que o processo de trabalho de todos os profissionais da saúde, mas não apenas destes, desde o surgimento da Covid-19, teve que se (re)inventar. Então, na minha opinião, nossa categoria profissional tem buscado responder às demandas considerando o que determina o nosso Projeto Ético-Político, a Lei que Regulamenta a Profissão, os Parâmetros de Atuação de Assistentes Sociais na Saúde, assim como as normativas do Conjunto CFESS e CRESS/PB. E, para além destas questões, compreendo ainda que, para atender de forma satisfatória a população usuária, precisamos estar implicados em alguns casos, provocar a necessidade de refletir sobre as “exceções”, aqui, leia-se: discutir sobre a individualidade de casos que merecem atenção direcionada. Desta forma, acredito que estamos buscando enfrentar a pandemia com responsabilidade, ética, profissionalismo e empatia (Beijo-Pintado).

Dessa forma, entendemos que, para promover uma intervenção profissional qualificada, é preciso nos apropriarmos de todo o conhecimento teórico possível sobre a sociedade capitalista e de como a profissão se insere nela. Quais os valores que a ordem burguesa reproduz e de que forma o Serviço Social alimenta a sua dimensão ético-política? De que forma utilizar as técnicas e os instrumentos historicamente desenvolvidos pela profissão? É só a partir de todo esse acúmulo, que vai desde saber identificar o que é uma demanda, passando pela reflexão, até chegar à objetivação



de uma resposta profissional crítica, que vamos atuar com base no projeto ético-político.

Na próxima seção, socializaremos a experiência do projeto no que tange à análise dos planos de trabalho que se configuram como produto do projeto “Educação Permanente para as/os assistentes sociais atuantes no âmbito da saúde no contexto da pandemia e pós-pandemia da Covid-19 na Paraíba”, na particularidade da mesorregião Brejo, Agreste e Cariri paraibanos.

### **Os planos de trabalho construídos pelos/as profissionais: desafios e avanços**

Na última fase do projeto “Educação Permanente para as/os assistentes sociais atuantes no âmbito da saúde no contexto da pandemia e pós-pandemia da Covid-19 na Paraíba”, foi proposto às/aos profissionais participantes que atuavam na área de saúde no período pandêmico o desafio de construir um plano de trabalho, advindo da realidade empírica de cada subgrupo, como critério para a certificação de conclusão do curso.

De acordo com a Lei Federal nº 8.662/1993, uma das atribuições privativas das/os assistentes sociais consiste em planejar ações profissionais na área do Serviço Social, sendo essa uma profissão reconhecida legalmente entre as/os profissionais inseridos na política de saúde, inscrita na divisão sociotécnica do trabalho. Cabe às/aos assistentes sociais o planejamento da sua prática profissional, que exige deles/as um saber específico e particularizado, com o objetivo de alcançar sua intervenção no sentido de atender as reais demandas das/os usuárias/os, conforme compromisso firmado com a classe trabalhadora no arcabouço legal da profissão.

Bertollo (2016) destaca que fica claro no Código de Ética da profissão que o planejamento faz parte das atribuições das/os assistentes sociais nos diferentes espaços sócio-ocupacionais em que atuam:

[...] fica claro que o planejamento foi reconhecido e assumido legal e normativamente como uma das atribuições do assistente social nas diferentes esferas de atuação, seja pública, privada ou terceiro setor. Compreendemos que tal posição deve-se ao reconhecimento do planejamento e de seus instrumentos enquanto possibilidades de tensionar e “alargar” a esfera política de luta e defesa dos direitos sociais, bem como a sua operacionalização junto aos indivíduos (Bertollo, 2016, p. 344).

Para Carvalho (1991), o ato de planejar as ações no âmbito do Serviço Social, refere-se à gestão das demandas e necessidades dos usuários:

Quando falamos em gestão social estamos nos referindo à gestão das ações sociais públicas. A gestão do social é, em realidade, a gestão das demandas e necessidades dos cidadãos. A política social, os programas sociais, os projetos são canais e respostas a estas necessidades e demandas (Carvalho, 1991, p. 19).

Dessa forma, o planejamento é uma ferramenta essencial para a sistematização da atividade profissional, no sentido de qualificar as respostas às necessidades apresentadas às/aos usuários no cotidiano profissional.

Para alcançar o objetivo final do projeto, a comissão organizadora agrupou as/os participantes e distribuiu-as/os em oito subgrupos, alinhados, conforme o nível de atenção à saúde em que seus membros atuavam, da seguinte forma: dois grupos de atenção primária (Estratégia Saúde da Família e NASF); três grupos de atenção secundária (Centro Especializado Regionalizado, CAPS I e CAPS III); e, por último, três grupos de atenção terciária (UPAS, maternidade e hospitais).

Para a orientação quanto à construção dos planos de trabalho, cada grupo contou com dois mediadores, membros da comissão organizadora, composta por profissionais da categoria, professores/as e alunos/as da extensão.

Diante da impossibilidade de encontros presenciais, devido ao período de isolamento imposto pela conjuntura pandêmica, a estratégia metodológica utilizada para os encontros com as/os participantes foi a seguinte: criação de grupos de WhatsApp e reuniões em salas virtuais para cada subgrupo. A princípio, cada grupo deveria se articular para definir data, horário e quantidade de encontros, sendo os/as mediadores/as apenas ouvintes que somente deveriam intervir caso fosse necessário. O prazo estipulado para a elaboração e apresentação dos planos de trabalho foi de trinta dias.

No entanto, o primeiro desafio foi a falta de articulação dos grupos para marcar os encontros, sendo necessárias reuniões extras da comissão organizadora para elaborar estratégias de como estimular as/os participantes a iniciar os encontros e pactuar responsabilidades.

Após essa intervenção, o segundo desafio foi a escolha do objeto de intervenção a ser trabalhado nos planos de trabalho. Alguns grupos eram compostos por membros da mesma instituição, contudo, em sua maioria, os participantes eram mistos, provenientes de diversas instituições e localidades, o que dificultou ainda mais tal escolha. Outro ponto observado foi a dificuldade em materializar o planejamento, demarcar o que é Serviço Social, qual demanda requer intervenção profissional e de que forma essa intervenção irá responder às necessidades sociais que surgem na realidade do cotidiano profissional.

Essa dificuldade não é exclusiva dos profissionais do estado da Paraíba ou do grupo de participantes do projeto. Bertollo (2016), por exemplo, já apontava que esse era um dos grandes desafios da profissão, que deveria ter um cuidado peculiar para não se deixar levar pelo imediatismo e/ou o praticismo:

O desafio que se põe ao profissional é o movimento de reconstrução do objeto de intervenção, não se deixar sucumbir ao imediatismo e ao praticismo que a instituição por vezes mantém e requer; mas em elaborar, juntamente com a população usuária e com a instituição ofertante dos serviços, o enfrentamento e a busca pela superação das mais variadas expressões da “questão social”, contribuindo neste movimento de desvelamento do real a partir da dimensão ético-política assumida pelo Serviço Social [...] trata-se de reestruturar essa demanda, mediando interesses diversos, numa determinada direção (Bertollo, 2016, p. 349-350).

Contudo, a grande maioria conseguiu alcançar o objetivo final, com a disponibilização de materiais de textos complementares por parte dos/as mediadores. Apenas um dos planos foi apresentado ainda com estrutura de relatório. O processo de elaboração e implementação do plano ofereceu oportunidades para a formação profissional, aprimorando no/as participantes habilidades de planejamento, análise e intervenção.

Os planos de trabalho apresentados foram compostos de itens diversos, contendo predominantemente os seguintes: apresentação; justificativa; objetivos; metodologia e cronograma. Quanto à elaboração escrita dos planos, os desafios encontrados foram o embasamento teórico-metodológico, bem como a própria estrutura do texto, verificando-se ausência de descrição de mecanismos de avaliação e monitoramento, podendo ser um dificultador de identificação de problemas, de avaliação do impacto real das ações implementadas e, por fim, de realização de ajustes necessários.

O plano de trabalho se constitui como um instrumento, uma projeção do trabalho profissional, que precisa ser requalificado para mudar ações e objetivos, se necessário. Assim concordamos com a opinião de Matos (2013) de que a discussão, a avaliação e a

revisão periódicas do plano de trabalho do Serviço Social são tarefas importantes para a qualidade da intervenção profissional.

Também não visualizamos nos planos a abordagem de questões de gênero, raça, etnia, orientação sexual e outras formas de diversidade, podendo, assim, reproduzir desigualdades existentes na sociedade. É importante que os planos de trabalho se aproximem dos importantes debates das temáticas discutidas pela profissão, através das entidades representativas da categoria.

Os planos de trabalho apresentaram diversos aspectos positivos, tais como: a contextualização complexa e desafiante da conjuntura pandêmica; respostas profissionais às novas demandas que surgiram; visão coletiva do trabalho com outras categorias profissionais; articulação com as demais políticas sociais; e metas claras e mensuráveis a serem alcançadas.

Enfim, a atividade proposta foi avaliada como positiva por parte tanto da comissão quanto dos/as participantes do projeto. As/Os participantes conseguiram visualizar que é possível a materialização do planejamento; e que o Serviço Social pode elaborar e executar muito mais que apenas as requisições das instituições.

O plano de trabalho é um importante instrumento para: delimitar o que compete ao Serviço Social no espaço sócio-ocupacional; trabalhar coletivamente com outras categorias profissionais; e demarcar o compromisso com a classe trabalhadora. Também pode ser usado como instrumento de negociação para a melhoria da qualidade dos serviços prestados, negar requisições indevidas e refutar políticas e práticas conservadoras.

## **Breves considerações**

Ao refletimos sobre a experiência das atividades realizadas no grupo do Brejo, Agreste e Cariri paraibanos, iniciamos por um elemento importante que foi o alcance de várias/os profissionais de diferentes localidades e serviços da política de saúde na Paraíba, como exposto na primeira seção deste trabalho. Reunimos em um

só espaço, no período de um ano, assistentes sociais dos três níveis de atenção à saúde dos mais diversos municípios das mesorregiões do Brejo, Agreste e Cariri paraibanos.

Considerando as atividades realizadas, podemos também destacar o alcance por parte desse grupo dos objetivos traçados pelo Projeto de Extensão. *A socialização e a discussão sobre as atribuições, competências e respostas profissionais* estiveram efetivamente presentes nas atividades internas realizadas com as/os participantes. Ainda que em alguns momentos os pontos negativos das dificuldades tecnológicas e de conexão tenham sido incidentes, não anularam a participação das/os profissionais. Podemos afirmar que houve uma boa partilha dos desafios e das estratégias que faziam parte da dinâmica do trabalho das/os membros do grupo, seja através de falas, das colocações no *chat* da plataforma de reunião utilizada ou mesmo dos instrumentos didáticos da plataforma Padlet que utilizamos para dinamizar o debate.

O bom envolvimento das/os participantes também permitiu o alcance da *socialização de experiências de planejamento* durante as atividades, ainda que essas experiências tenham sido tímidas, visto que uma minoria de participantes havia passado pelo processo de construção de um plano de trabalho em seu espaço sócio-ocupacional. Por outro lado, podemos apontar que o estímulo do registro de estratégias de planejamento foi alcançado, expressando-se no saldo dos nove planos de ação devidamente entregues e apresentados pelas/os participantes.

Outros elementos de suma importância dizem respeito às contribuições dessa experiência para a equipe coordenadora do grupo, de forma que a grande maioria que não se fazia atuante na política de saúde – com exceção apenas das assistentes sociais colaboradoras Rosiane Moreira e Mairan Agra – pôde se aproximar da complexa dinâmica de trabalho no cenário da crise sanitária e das particularidades das implicações para o trabalho da/o assistente social.

Essa aproximação foi importante especialmente para os/as estudantes colaboradores/as e futuros/as assistentes sociais, sendo um meio de informações concretas e objetivas que pôde mediar reflexões substantivas acerca da prática profissional, ampliando o horizonte de conhecimento para os/as envolvidos/as. E no caso das/os professoras(es) e da assistente social colaboradora e fiscal do CRESS, foi particularmente produtivo o estímulo à reflexão crítica e aprofundada sobre os desafios, dúvidas e colocações das/os participantes, acrescentando ganhos aos saberes e conhecimentos já acumulados.

Sendo assim, podemos finalizar apontando que, o Projeto de Extensão realizou um serviço útil para a ampliação do conhecimento, no sentido da qualificação, para todas/os as/os envolvidas(os): inscritas(os) e membros da equipe da coordenação.

## Referências

AMORIM, Andrêssa Gomes Carvalho de *et al.* **Necessidades e demandas sociais, demandas institucionalizadas e requisições profissionais:** o Serviço Social nas políticas de educação e agrária no Brasil. In: COLÓQUIO NACIONAL SOBRE TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL, 3., 2015, Maceió. **Anais** [...]. Disponível em: <https://coloquio3.files.wordpress.com/2015/03/necessidades-e-demandas-sociais.pdf>. Acesso em: 20 de julho de 2023.

BERTOLLO, Kathiúça. Planejamento em Serviço Social: tensões e desafios no exercício profissional. **Revista Temporalis**, Brasília, ano 16, n. 31, p. 333-356, jan./jun. 2016. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/temporalis/article/view/11943/10111>. Acesso em: 20 de julho de 2023.

BRASIL. **Lei Nº 8.662, de 7 de junho de 1993.** Dispõe sobre a profissão de Assistente Social e dá outras providências. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18662.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18662.htm). Acesso em: 29 ago. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução Nº 218, de 6 de março de 1997**. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/1997/res0218\\_06\\_03\\_1997.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/1997/res0218_06_03_1997.html). Acesso em: 29 ago. 2023.

CARVALHO, Maria Carmo B. Gestão social: alguns apontamentos. *In*: RICO, Elizabeth Melo; DEGENSZAJN, Raquel Raicheles (org.). **Gestão social: uma questão em debate**. São Paulo: EDUC, IEE, 1991.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CEFESS). **Resolução CFESS N.º 383/99 de 29 de março de 1999**. Caracteriza o assistente social como

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CEFESS). **Parâmetros para atuação de assistentes sociais na saúde: trabalho e projeto profissional nas políticas sociais**. Brasília: CEFESS, 2010.

GUERRA, Yolanda *et al.* Atribuições privativas e competências profissionais do/a assistente social: contribuições ao debate. *In*: COLÓQUIO NACIONAL SOBRE TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL, 3., 2015, Maceió. **Anais [...]**. Disponível em: <https://coloquio3.files.wordpress.com/2015/03/atribuic3a7c3b5es-privativas-e-competc3aancias-profissionais-do-a-assistente-social.pdf>. Acesso em: 20 de julho de 2023.

GUERRA, Yolanda. A dimensão técnico-operativa do exercício profissional. *In*: SANTOS, Cláudia Mônica dos; BACKX, Sheila; GUERRA, Yolanda (org). **A dimensão técnico-operativa do Serviço Social: desafios contemporâneos**. São Paulo: Cortez, 2017.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. Projeto profissional, espaços ocupacionais e trabalho do assistente social na atualidade. *In*: CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CEFESS). **Atribuições privativas do/a assistente social em questão**. Brasília: CFESS, 2012. p. 33-74.



IAMAMOTO, Marilda Vilela. **Renovação e Conservadorismo no Serviço Social**: ensaios críticos. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2000.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. **Serviço Social em tempo de capital fetiche**: capital financeiro, trabalho e questão social. São Paulo: Cortez, 2007.

MATOS, Maurilio Castro de. **Serviço Social, ética e saúde**: reflexões para o exercício profissional. São Paulo: Cortez, 2013.

PAULA, Luciana Gonçalves Pereira de. **A dimensão técnico-operativa do Serviço Social**: um debate sobre demandas e atribuições do assistente social. In: COLÓQUIO NACIONAL SOBRE TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL, 3., 2015, Maceió. **Anais** [...]. Disponível em: <https://coloquio3.files.wordpress.com/2015/03/a-dimensao-tecnico-operativa-do-servico-social.pdf>. Acesso em: 20 de julho de 2023.

profissional da saúde. Disponível em: [http://www.cfess.org.br/arquivos/resolucao\\_383\\_99.pdf](http://www.cfess.org.br/arquivos/resolucao_383_99.pdf). Acesso em: 29 ago. 2023.

SANTOS, Joseane Soares. **Neoconservadorismo pós-moderno e Serviço Social brasileiro**. São Paulo: Cortez, 2007. (Coleção questões da nossa época).

TRINDADE, Rosa Lúcia Prédes. Desvendando as determinações sócio-históricas do instrumental técnico-operativo do Serviço Social na articulação entre demandas sociais e projetos profissionais. **Revista Temporalis**, Rio de Janeiro, n. 4, 2001. Disponível em: <https://cressrn.org.br/files/arquivos/65N06Bp3L00eI373q8j6.pdf>. Acesso em: 29 ago. 2023.

# CAPÍTULO 17

## EDUCAÇÃO PERMANENTE PARA ASSISTENTES SOCIAIS NA MESORREGIÃO DO SERTÃO DA PARAÍBA

Paloma Rávylly de Miranda Lima<sup>1</sup>

Sandra Amélia Sampaio Silveira<sup>2</sup>

Anna Raquel Andrade Gonzaga<sup>3</sup>

Naedja Pereira Barroso<sup>4</sup>

Stefanny Beserra Nunes<sup>5</sup>

### Introdução

A realização das atividades voltadas especificamente ao grupo da Mesorregião do Sertão Paraibano objetivou possibilitar uma experiência formativa diversificada e interiorizada, pela qual as formas de enfrentamento particulares da pandemia pelas/os assistentes sociais dos diversos espaços ocupacionais no âmbito da saúde

---

1 Doutoranda pelo Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ); assistente social com graduação e mestrado em Serviço Social pela Universidade Estadual da Paraíba (UEPB).

2 Possui graduação em Serviço Social pela Universidade Estadual do Ceará (Uece) e mestrado em Serviço Social pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). É professora efetiva do Departamento de Serviço Social da UEPB.

3 Graduada e mestranda em Serviço Social pela UEPB.

4 Graduada em Serviço Social pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB), especialista em Saúde Pública pelas Faculdades Integradas de Patos (FIP) e mestra em Serviço Social pela UFPB. Atualmente é professora da Faculdade Santa Maria em Cajazeiras (PB), no Curso de Psicologia.

5 Graduada em Serviço Social pela UEPB.

pudessem ser recuperadas, ao tempo em que fosse possível direcionar a atuação profissional à luz do projeto profissional. Nesse sentido, foram realizadas sete atividades exclusivas para as/os participantes inscritas/os no referido local, com encontros *on-line* intercalados com as demais atividades do Projeto de Extensão ao longo do ano de 2021.<sup>6</sup>

Nesses encontros, preconizou-se enfatizar três pontos relevantes que envolvem o trabalho profissional: 1) o *conhecimento da realidade* a partir da identificação dos espaços sócio-ocupacionais, o perfil das/os profissionais, as requisições institucionais e as demandas profissionais; 2) a importância do *planejamento no trabalho* de assistentes sociais, com enfoque da sua discussão teórica e dos principais instrumentos técnicos para a sua realização; e 3) a assessoria ao desenvolvimento *do plano de trabalho do Serviço Social* nas instituições. Para tanto, nas três primeiras oficinas com as/os profissionais, priorizou-se a discussão do primeiro ponto, e, nas quatro últimas, realizou-se, de modo articulado, o debate do segundo e terceiro pontos.

Todos esses encontros com as/os profissionais se deram em forma de oficinas, nas quais foram privilegiados alguns recursos didático-metodológicos para melhor aproveitamento da discussão, como apresentações artístico-culturais na acolhida ou no encerramento das atividades, dinâmicas, questões norteadoras do debate, estudos de caso, indicação de leituras prévias, socialização de experiências e uso de ferramentas digitais como Padlet, Google Sala de Aula e o Jamboard. Para preservar o sigilo, em algumas atividades propôs-se o uso de codinomes enviados individualmente no WhatsApp de forma prévia pela equipe do projeto. As oficinas

---

6 A equipe responsável pelo desenvolvimento das atividades da referida mesorregião foi composta pelas professoras mestras Sandra Sampaio Silveira (NUPEPSS/DSS/UEPB) e Paloma Rávyylla Lima (CRESS-PB/ GEAPS/DSS/UEPB); pelas estudantes do Curso de Graduação em Serviço Social da UEPB Ana Raquel Andrade, Sandra Costa e Stefanny Beserra; pela assistente social Naedja Barroso (Tutora da Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva e docente da FSM); e pela agente fiscal do CRESS-PB (Seccional Campina Grande) Isadora Costa.

tiveram duração média de duas horas e meia e a participação média de 30 assistentes sociais. Todo o desenvolvimento da experiência aqui apresentado é uma síntese das relatorias realizadas em cada encontro.

## **O desenvolvimento da experiência do projeto de extensão na mesorregião do Sertão paraibano**

### *Contextualização do Sertão da Paraíba e do perfil das/os assistentes sociais participantes*

O estado da Paraíba está dividido em quatro mesorregiões de saúde: Agreste Paraibano, Borborema, Mata Paraibana e Sertão Paraibano. E possui 23 microrregiões de saúde: Brejo Paraibano, Cajazeiras, Campina Grande, Cariri Ocidental, Cariri Oriental, Catolé do Rocha, Curimataú Ocidental, Curimataú Oriental, Esperança, Guarabira, Itabaiana, Itaporanga, João Pessoa, Litoral Norte, Litoral Sul, Patos, Piancó, Sapé, Seridó Ocidental Paraibano, Seridó Oriental Paraibano, Serra do Teixeira, Sousa e Umbuzeiro).

A Mesorregião do Sertão Paraibano é composta por sete microrregiões, representadas por Cajazeiras, Catolé do Rocha, Itaporanga, Patos, Piancó, Serra do Teixeira e Sousa, totalizando 85 municípios, com uma população de aproximadamente 909.434 habitantes, de acordo com o IBGE (2012), o que representa cerca de 25% da população paraibana.

Os indicadores sociais de uma região representam significativos instrumentos para subsidiar a análise de uma localidade. Por meio deles, tem-se a possibilidade de estabelecer monitoramentos das questões problemáticas que uma realidade possui. Na concepção do autor Jannuzzi (2014), é fundamental que haja o alcance do desenvolvimento social de uma região a partir da exploração desses indicadores sociais, com a criação de políticas de enfrentamento das desigualdades da região. Esses indicadores são instrumentos que conduzem a operacionalização das demandas sociais,

sobretudo na formulação e/ou implementação de ações de respostas materializadas pelas políticas públicas (Jannuzzi, 2014).

O Sertão Paraibano tem características próprias, que o diferem das demais regiões do estado da Paraíba. É uma região cujas condições climáticas, afetada por longas estiagens e secas típicas do Semiárido, afetam sobremaneira a vida da população. Com um PIB que representa 16,09% do estado, composto principalmente pelas atividades da administração pública e de serviços, “a mesorregião possui 79.752 vínculos ativos de emprego (RAIS, 2018), os quais representam 12,47% do total do estado” (Brasil, 2020).

Na tentativa de identificação das realidades do estado, especialmente das políticas sociais da atuação profissional da/o assistente social, materializou-se o processo de interiorização das ações do Conselho Regional de Serviço Social da Paraíba (CRESS/PB), com o objetivo de operacionalizar articulações e processos organizativos da categoria das/os profissionais nas regiões do estado, juntamente com o conjunto formado pelo Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) e o CRESS.

As ações de interiorização do CRESS-PB estão norteadas pelas Diretrizes Nacionais e sintonizadas com o processo de mudanças nas políticas sociais e nas dimensões da atuação profissional, implementadas coletivamente desde os anos de 1980 até a atualidade, sobretudo, a partir dos princípios fundamentais que orientam o projeto ético-político do Serviço Social presentes no atual Código de Ética, aprovado em 1993 (CFESS, 2017).

Convém destacar que todo esse processo coletivo é construído em um contexto adverso, marcado pela supremacia do projeto do capital e da ideologia do neoliberalismo que objetiva a fragilidade das políticas sociais e das relações de trabalho dos servidores/as (CFESS, 2017).

A descentralização do CRESS-PB é realizada pelas ações de interiorização, enfocando a construção de uma práxis mobilizadora e comprometida com a defesa dos direitos sociais e fortalecimento da categoria profissional. Assim, essas ações envolveram também

o Projeto de Educação Permanente para Assistentes Sociais atuantes na área da saúde em tempos de pandemia e pós-pandemia de Covid-19 na Paraíba, realizado pelo Departamento de Serviço Social da UEPB, em parceria com o CRESS-PB.

O projeto envolveu assistentes sociais que atuam na política de saúde em três grupos de mesorregiões da Paraíba: João Pessoa e Região Metropolitana; Brejo, Agreste e Cariri; e Sertão, totalizando 120 profissionais inscritos/as. Diante disso, segue o perfil das/os participantes da Mesorregião do Sertão Paraibano.

Inicialmente, tivemos 43 inscritas/os no projeto, das/os quais 29 o finalizaram. A Mesorregião do Sertão Paraibano é composta por 85 municípios; o projeto envolveu assistentes sociais que atuam em 16 deles, nos seguintes municípios: Cajazeiras (7); Sousa (7); Patos (6); Catolé do Rocha (5); Pombal (3); Monte Horebe (1); Joca Claudino (1); Bonito de Santa Fé (1); Vista Serrana (1); Santa Inês (1); Conceição (1); São Domingos (1); Ibiara (1); Bernadinho Batista (1); Itaporanga (1); Mato Grosso (1).

No que se refere à idade das/os participantes, temos os seguintes resultados: 32,5% tinham de 31 a 36 anos; 20%, de 36 a 40 anos; 17,5%, de 26 a 30 anos; 17,5%, de 41 a 46 anos; 7,5%, de 46 a 50 anos; 2,5%, de 21 a 25 anos; e 2,5%, de 51 a 55 anos. Os dados demonstram a prevalência de participantes com idade de 36 a 40 anos. Com relação ao gênero, a mesorregião englobou um total de 41 mulheres e dois homens, seguindo o traço histórico da profissão de ser majoritariamente feminina.

No que se refere ao local onde as/os profissionais se graduaram em Serviço Social, os dados mostraram que as/os participantes advieram das seguintes Instituições de Ensino Superior (IES): Universidade Federal da Paraíba – UFPB (9); Universidade Estadual da Paraíba – UEPB (7); Faculdade Católica da Paraíba – Fafic (6); Universidade Federal de Campina Grande – UFCG (5); Faculdade Santa Maria – FSM (2); Universidade Norte do Paraná – Unopar (2); Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN (1); Universidade do Estado do Rio Grande do Norte – UERN

(1); Universidade Católica de Pernambuco – Unicap (1); Centro Universitário de Patos – Unifip (1); e Faculdade São Francisco – FSF (1).

Sendo assim, 26,4% cursaram a graduação em ensino privado e 74,6% em instituições públicas. Além disso, 90% dessas IES ofertam o curso de Serviço Social na modalidade presencial e 10% na modalidade de Ensino a Distância. Percebemos aqui a existência do quantitativo maior no ensino público, mas é importante ressaltar a quantidade de participantes vindos do ensino superior privado, especialmente em contexto de ampliação em larga escala desse nível de ensino. Corroboramos Lima (2019), ao referenciar o fortalecimento do setor privado na política de Educação Superior, traço da lógica privatizante que foi explicitado a partir do resultado do exame do Censo da Educação Superior de 2016. Do total de 2.407 IES, 296 eram públicas e 2.111 privadas (Inep, 2016).

Quanto ao questionamento a respeito da formação de nível de pós-graduação, 34 participantes afirmaram possuir pós-graduação, enquanto nove responderam possuir apenas graduação. Esse indicativo representa a busca pela realização da formação continuada, no entanto, é importante sinalizar a propaganda mercadológica em torno da capacitação profissional para o mercado de trabalho por meio da pós-graduação, que também pode indicar a competitividade desse mercado de trabalho e a crescente requisição por parte dos contratantes para as seleções públicas. Por outro lado, vale frisar também a importância da educação permanente entre essas/es profissionais, possibilitando, entre outros elementos, maiores chances de problematizar as modificações no cenário das legislações das políticas sociais, assim como nos instrumentos técnico-operativos da prática profissional, além de proporcionar intervenções profissionais mais qualificadas. A existência da pós-graduação corrobora a efetividade de uma formação continuada, generalista e crítica, buscando-se cada vez mais a renovação das habilidades e competências (Salvan; Lusa, 2023).

Quanto ao tempo de atuação profissional das/os participantes, apresentaram-se os seguintes resultados: 45% responderam

que têm entre 0 a 4 anos de atuação; 33% informaram atuar de 4 a 8 anos; 20% indicaram um período de 8 a 12 anos; e 3% revelaram que têm de 12 a 16 anos de atividade. A maior parte das/os profissionais dessa mesorregião ainda estão no início da sua atuação profissional. Esse indicativo pode representar as atuais particularidades do mercado de trabalho profissional de assistentes sociais como expressão das novas tendências que o mundo do trabalho vem assumindo na cena contemporânea, tendo como traços centrais, entre outros elementos, a fragilidade dos vínculos empregatícios e a alta rotatividade.

Quanto ao espaço sócio-ocupacional, temos os seguintes dados: 27,5% atuam em hospitais; 20%, em Núcleos de Apoio à Saúde da Família; 7,5%, em Secretárias de Saúde; 7,5%, em Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); 7,5%, em Gerências de Saúde; 5,0%, em Unidades de Pronto Atendimento (UPAs); 5,0%, em Unidades Básicas de Saúde; 5,0%, em Residências em Saúde Coletiva; 2,5%, em Planejamento; 2,5%, em Centros de Reabilitação (CERs); e 2,5%, em Serviços de Assistência Especializada em HIV/Aids e Centros de Testagem e Aconselhamento em ISTs (CTA/SAE). Já em relação ao tipo de vínculo empregatício, os dados revelaram o seguinte: 26 (65%) são servidores/as públicos/as; oito (20%), contratados/as temporariamente; três (7,5%), residentes em Saúde Coletiva; dois/duas (5%) ocupantes de cargos comissionados; e um/a (2,5%) é bolsista.

Apesar da presença maior de assistentes sociais que são servidoras/es públicas/os concursadas/os, ao analisar as informações obtidas, verifica-se ainda uma forte presença de uma inserção precarizada, através de vínculos frágeis de emprego na política de saúde, em seus diferentes serviços e níveis de complexidade, revelada pela manutenção de vínculos temporários e até ausência de vínculo formal. De maneira geral, para Raichelis (2018), o cotidiano profissional da/o assistente social vem sendo perpassado pelo aumento expressivo da precarização das suas relações e condições de trabalho no contexto de retirada de direitos, implicando em um mercado que enfrenta os efeitos da nova gestão laboral pautada na



ofensiva neoliberal, que tem colaborado para a deterioração das políticas sociais, especialmente da política de saúde.

A realidade da precarização dos vínculos acompanha a baixa remuneração. Em recente publicação do CFESS (2022), ao coletar dados sobre o rendimento bruto de assistentes sociais em âmbito nacional, o conselho destaca que quase 55% dos/as assistentes sociais analisados/as recebem remuneração entre R\$ 1 mil e R\$ 4 mil. No Nordeste, prevalecem as/os que recebem entre R\$ 1 mil e R\$ 2 mil – entre os estados nordestinos, destaca-se a Paraíba, com 64% dos/as profissionais com rendimento de até R\$ 1 mil. Somado a isso, foi constatado que a menor presença de servidores/as com vínculos estatutárias/os encontra-se na região Nordeste, com apenas 26,15%; além disso, no caso do vínculo por meio de contratos de prestação de serviço, destaca-se o estado da Paraíba, com 12,23% das/os assistentes sociais analisadas/os (CFESS, 2022).

Essa breve análise do perfil das/os participantes da Mesorregião do Sertão Paraibano expressa a intensa precarização do trabalho profissional, ao passo que revela o processo de rebaixamento e empobrecimento da categoria, que se insere no processo mais amplo de precarização e degradação das condições de vida das/os trabalhadoras/es (CFESS, 2022). É particularmente relevante a necessidade de aprofundar a análise das influências da dinâmica mais geral do mundo do trabalho sobre as condições de trabalho das/os assistentes sociais, para compreender o mercado de trabalho no qual tais profissionais estão inseridas/os.

Conhecidas as determinações mais gerais do perfil das/os participantes no projeto e da particularidade regional onde seus espaços sócio-ocupacionais estão inseridos, a seguir será exposta uma síntese da experiência de educação permanente voltada para esse público.

*Demandas e respostas profissionais e a importância do planejamento do trabalho do/a assistente social no Sertão Paraibano no contexto da pandemia de Covid-19*

O desenvolvimento das atividades de educação permanente em favor do grupo dessa mesorregião teve como ponto de partida a oficina com o tema *Conhecendo as/os assistentes sociais, as demandas, as atribuições e competências profissionais no contexto da pandemia*, com foco nas necessidades postas no cotidiano de trabalho no contexto da crise sanitária provocada pela Covid-19. Diante das demandas apresentadas pelas/os profissionais, destacou-se a importância da dimensão educativa do/a assistente social, uma vez que tal profissional está sendo solicitada/o a orientar e informar a população usuária sobre vários direitos e serviços, tais como: importância da vacinação, acesso a benefícios, normas e rotinas institucionais, e acolhimento de membros familiares de pacientes com Covid-19, entre outros.

Pode-se destacar que as demandas apresentadas foram, a partir dos níveis de atenção, as seguintes: no *nível primário*, “orientações para acesso à medicação e benefícios previdenciários” (Centro de Saúde), “orientações referentes à importância da vacina”, “saúde mental dos familiares”, “dificuldades financeiras; problemas emocionais”, “demandas que não são do perfil do Serviço Social”, “uma das maiores ‘demandas’ que chegavam ao NASF eram problemas mentais tanto para o CAPS infantil quanto para o adulto”, “orientações sobre a D.O.”, “solicitações sobre informações do Auxílio Emergencial”, “orientações para a obtenção de benefícios previdenciários e assistenciais”, “acesso a benefício eventual”, “ações em educação em saúde (NASF)”, “orientações aos usuários em situação de vulnerabilidade sobre a importância da biossegurança (UBS)”, e “gravidez na adolescência (UBS)”; no *nível secundário*, destacaram-se as seguintes respostas: “acolhimento após tentativa de suicídio”, e “abuso sexual/autismo (CAPS)”; já no *nível terciário*, destacaram-se as respostas: “dificuldade no acolhimento aos familiares”, “orientação à família sobre o procedimento funeral (hospital)”.

Entre as demandas, surgiram também: “orientações de normas e rotinas da instituição em tempo de pandemia”, “orientação aos familiares em relação à restrição de alguns direitos devido à pandemia”, “acolhimento de familiares de pacientes internos com Covid-19”. A *nível de gestão*: “ações de educação em saúde”, “serviço precário de referência de alta e média complexidade”, e “negligência com a pessoa idosa (Secretaria Municipal de Saúde)”.

No âmbito das demandas indevidas requisitadas às/aos profissionais e do assédio moral aos quais foram submetidas/os, em virtude especialmente dos precários vínculos trabalhistas, destacamos a fala de alguns/as participantes:

Sala de marcação de testes rápidos não é competência do assistente social, mas ajudo na marcação. Muita gente que trabalha de forma informal não está podendo se afastar, muitas vezes volta a trabalhar porque o empregador não respeita o prazo necessário que o trabalhador tem que aguardar para fazer o teste. O trabalhador corre o risco de perder o emprego.

Ainda nesse mesmo âmbito, uma outra profissional afirmou: “No início da pandemia (2020), fui colocada para as barreiras sanitárias”. E outra acrescentou: “Eu também participei da barreira sanitária, minha pior experiência e mais humilhante”<sup>7</sup>.

Por isso, debateu-se a importância da nitidez a respeito da atuação, levando em consideração as competências profissionais.

---

7 Outras demandas indevidas foram mencionadas no encontro posterior, no debate desenvolvido no *chat* da sala de reunião, onde se realizavam as oficinas. Os/as profissionais apontaram, por exemplo, requisições no âmbito do trabalho profissional nos hospitais de alta complexidade, como: solicitação e recebimento de material de higiene para pacientes hospitalizados; solicitação de colchão; regulação de vaga para pacientes no hospital ou de ambulâncias; repasse de informações sobre o quadro clínico dos/as pacientes internados/as em UTIs no momento da visita; e organização de filas para atendimento médico.

Além disso, enfatizou-se que o aumento expressivo de determinados tipos de demandas pode ser resultado do agravamento das desigualdades sociais, diante da crise sanitária vivenciada – de tal modo que se faz necessário o conhecimento profissional por parte dos direitos sociais e humanos, compreendendo tais demandas de acordo com sua origem vinculada à questão social e a importância da atuação em Serviço Social como parte da reversão desses processos.

Na oficina seguinte, teve-se como objetivo retomar a discussão que se deu no encontro anterior, salientando-se que tais demandas não surgem “do nada”, mas expressam as determinações macrosociais pelas quais se imprimem necessidades sociais cujos interesses são antagônicos. Nesse sentido, as demandas profissionais não necessariamente irão corresponder às requisições institucionais.

Assim, reforçou-se a importância de se construir ações profissionais de acordo com as necessidades da saúde da população, como, por exemplo, o direito à saúde nesse contexto de desmonte do SUS, sendo uma das estratégias, através da educação permanente, articular de forma integral as ações em saúde à rede de proteção social. Salientou-se ainda no debate que a maior parte das demandas envolveram alguns temas, como a saúde mental, mostrando que essa necessidade não está ligada totalmente a uma patologia, mas, sim, a determinações sociais que podem levar ao desencadeamento de enfermidades mentais. Ressaltou-se ainda a importância do necessário cuidado que as/os profissionais devem ter em não cair em uma visão que reforce as origens biológicas do processo de saúde e doença. Chamou-se a atenção também para o combate à moralização das demandas que envolvem questões como violência e negligência familiar.

Uma questão norteadora foi feita, a fim de que, após o debate sobre as demandas apresentadas, também fossem discutidas as respostas dadas pelas/os profissionais no referido contexto. Questionou-se: “Enquanto assistentes sociais atuantes na política de saúde, como estamos enfrentando a pandemia de Covid-19?”. Esse questionamento propiciou levantar elementos citados pelos

participantes, que recapitulamos em dois eixos: 1) dificuldades para construir respostas profissionais – demandas indevidas, aumento de demandas, ausência de EPIs, medo de contágio, falta de informações por parte da gestão, e cobranças; e 2) respostas profissionais – polivalência, informações aos usuários, orientações, acolhimento, encaminhamentos, e fortalecimento do trabalho em rede.

No nível da *atenção primária*, foram apresentadas as seguintes respostas profissionais: acerca das demandas de assistência social e saúde mental, foram realizadas orientações iniciais, encaminhamentos e contrarreferências (NASF); a forma de enfrentamento não tem sido diferenciada dos tempos considerados “normais” (NASF); direitos previdenciários (NASF); encaminhamentos para serviços especializados (NASF); informações aos usuários sobre formas de prevenção, fazendo escutas e dando orientações referentes a outros serviços (NASF); demandas socioeconômicas de pacientes crônicos; educação em saúde e qualificação da equipe profissional com vídeos educativos; participação em rádios para sensibilizar a população sobre a prevenção e explicar sobre a importância das vacinas; atendimentos individuais e demandas espontâneas (UBS).

Na *atenção secundária*, foram apontados: encaminhamentos realizados de forma *on-line* para evitar deslocamento do/a usuário/a; realização de triagens nas visitas domiciliares quando havia necessidade; distribuição de máscaras para usuários/as; utilização da sala de espera para falar da importância do cuidado com o vírus e dos riscos do não cuidado (CAPS); reabilitação do serviço especializado com a maioria das instruções partindo do Serviço Social da instituição; atendimento de forma híbrida; contato com os/as usuários/as para informar como está o funcionamento da instituição e analisar os aspectos sociais que dificultam o acesso do público no retorno dos atendimentos (Centro de Reabilitação); maior articulação com a rede; e reforço das orientações do Ministério da Saúde acerca dos cuidados, prevenção e vacina no momento de Pandemia (Centro de Especialidades).

Em *nível de gestão*, destacaram-se as seguintes respostas profissionais: conscientização dos/as trabalhadores/as de saúde e usuários/as sobre a importância dos cuidados; leitura das legislações com os/as demais trabalhadores/as, principalmente membros da equipe do NASF, e busca por reuniões com outros órgãos para obter resolutividade de demandas (Secretaria de Saúde); construção de instrumentos de planejamento da saúde que pudessem refletir as necessidades reais dos territórios; fortalecimento da atuação em rede; melhoria dos serviços no sentido de garantir o atendimento de outras demandas que não eram da Covid-19 (Gerência Regional de Saúde).

Na terceira oficina, a discussão realizada foi norteadada pelo estudo de caso de duas situações hipotéticas, para que se pudesse, coletivamente, avaliar as respostas profissionais apontadas e se pensar em outras estratégias, levando-se em conta a realidade vivenciada pelas/os profissionais nos seus espaços sócio-ocupacionais no Sertão Paraibano. Nesse sentido, foi apontada a necessidade de se priorizar a intersectorialidade da rede de saúde com a rede socioassistencial para se responder às demandas dos/as usuários/as, sendo fundamental conhecer os serviços disponíveis e as políticas de saúde. Evidenciou-se também a importância de se encaminhar o/a usuário/a buscando sempre uma contrarreferência, pois, no trabalho da/o assistente social, independentemente do nível de atenção em que atue, não há respostas prontas; além das possibilidades de se envolver todos/as os/as profissionais considerando-se a importância do trabalho interprofissional na política de saúde e nas demais políticas.

As discussões realizadas nos diversos encontros anteriores contribuíram para avançar na compreensão da realidade, das determinações e necessidades sociais, das demandas e requisições postas ao Serviço Social, e na obtenção de respostas construídas no cotidiano do trabalho profissional, nas várias instituições onde as/os participantes do Projeto de Extensão estão inseridas/os, levando-se em conta especialmente o período da pandemia.

Os desafios presentes nesse contexto requeriam: a identificação das condições objetivas e subjetivas de que se dispõe; clareza e definição dos objetivos profissionais, para que se pudesse mobilizar competências e habilidades; bem como definir meios para se construir as respostas profissionais e, assim, viabilizar as finalidades traçadas para o trabalho da/o assistente social. Afinal, o Serviço Social é uma profissão inserida na divisão social e técnica do trabalho e, como tal, voltada à uma intervenção na realidade, tendo como particularidade a atuação no enfrentamento da questão social, pela mediação das políticas sociais. Vale destacar que:

O reconhecimento do caráter interventivo do Assistente Social supõe uma capacitação crítico-analítica que possibilite a construção de seus objetos de ação, em suas particularidades socioinstitucionais, para a elaboração criativa de estratégias de intervenção comprometidas com as proposições ético-políticas do projeto profissional. (ABESS; CEDEPSS, 1997, p. 67).

Nesse sentido, o grupo da Mesorregião do Sertão destinou as quatro últimas oficinas para a discussão das temáticas da instrumentalidade profissional, do planejamento e do plano de trabalho, como importantes estratégias para o enfrentamento dos desafios no cotidiano de atuação e para se construir respostas qualificadas para as demandas que são postas às/aos assistentes sociais.

Na quarta oficina, o Projeto de extensão contou com a contribuição da professora Thereza Karla de Souza Melo (UEPB), que tratou do tema *Instrumentalidade do Serviço Social e o planejamento na atuação do/a assistente social*. Logo após a exposição, ocorreu o debate, no qual as/os participantes reconheceram a importância e a necessidade do planejamento e da elaboração do plano de trabalho, mas destacaram alguns obstáculos para realizá-los, tais como “dificuldade da rede e engavetamento de projetos desenvolvidos”.

Além das dificuldades apontadas pelas/os participantes, também devem ser considerados como aspectos que dificultam o ato de planejar (Matos, 2017): a sobrecarga de trabalho; a precarização das condições de atuação e dos vínculos contratuais; o aprofundamento da “plantonização”; a persistência do modelo médico-assistencial, com ênfase em ações curativas, o que põe a centralidade no labor médico e desprivilegia as outras profissões que compõem as equipes que desenvolvem o atendimento coletivo em saúde; e parcelamento ou fragmentação do trabalho.

Contudo, justamente em virtude de tais dificuldades, o planejamento e a construção do plano de trabalho se tornam ainda mais necessários, desafiando a profissão à reflexão crítica e à busca de alternativas que qualifiquem as respostas profissionais, como forma de redefinir e propor ações para além da burocracia institucional ou da imediaticidade das respostas cotidianas às demandas. Ademais, é uma possibilidade de construir novos espaços e novas legitimidades no trabalho coletivo em saúde, bem como melhores possibilidades de intervenção, considerando as condições existentes.

Dessa forma, na quinta oficina realizada na Mesorregião do Sertão, foi discutida a proposta de elaboração de planos de trabalho pelas/os participantes do projeto de extensão, contemplando os seguintes itens: apresentação/justificativa/diagnóstico; objetivos; metodologia; recursos; resultados esperados; avaliação; e cronograma. Em seguida, foram formados sete grupos (com uma média de cinco integrantes cada um), utilizando-se como critério de agrupamento os espaços sócio-ocupacionais por níveis de atenção à saúde e tipos de serviços; além disso, foram criados subgrupos no WhatsApp para fins de comunicação e organização de cada equipe. Também, foram destinados no mínimo dois membros da comissão organizadora para assessorar cada grupo no processo de construção dos planos.

Na discussão inicial realizada pelos grupos, durante a quinta oficina, foi orientado que se escolhesse um tema relacionado com as necessidades sociais e demandas comuns identificadas pelas/os



profissionais, considerando a realidade de cada serviço e o trabalho coletivo em saúde, pois, como afirma Matos (2017, p. 123):

[...] ao escrever para planejar o que fazer, a equipe está apurando ideias, sugestões, intenções e transformando-as em propostas. Mesmo que muitas não sejam cumpridas e outras sofram alterações diversas, é esse planejamento escrito que dá subsídios para se pensar e avaliar o porquê. E é esse porquê, com seu grau de novidade, que contribui para a reflexão crítica na reestruturação da intervenção, com vistas a efetivar um trabalho que, de fato, vá ao encontro das necessidades apresentadas pelos usuários.

No desenvolvimento dessa atividade, após a referida oficina, alguns grupos tiveram reuniões através da plataforma Google Meet, para discutir dúvidas e encaminhamentos com as assessoras, e outros apenas enviaram a versão inicial por *e-mail*, para apreciação das assessoras. Os sete grupos encaminharam previamente seus planos para que as integrantes da comissão organizadora fizessem a leitura e as sugestões que julgassem necessárias, antes das apresentações nas duas oficinas subsequentes.

Quanto à composição de cada grupo, vale salientar que o de número 1 (com seis assistentes sociais) e o 2 (com cinco integrantes) foram constituídos por profissionais que atuam na atenção básica (principalmente no NASF). O grupo 3 foi composto por assistentes sociais que trabalham em CAPS (cinco integrantes). O grupo 4 reuniu profissionais das atenções secundária e terciária (cinco componentes). O grupo 5 contou com profissionais que atuam nos hospitais regionais de quatro municípios diferentes (seis integrantes). O grupo 6 contou com cinco assistentes sociais ligadas/os à Residência em Saúde Coletiva e hospitais regionais e universitário (HU Júlio Bandeira), e o grupo 7 foi constituído por profissionais vinculados à gestão (com cinco integrantes).

Em relação aos temas<sup>8</sup> tratados nos planos de trabalho, identificamos que os sete grupos desenvolveram propostas em torno de três eixos: 1) estruturação de ações e de rede de apoio às/aos usuáries/as, familiares destes/as e/ou cuidadores/as, relacionadas à saúde mental e à violência contra a mulher; 2) organização dos serviços, em termos de definição de fluxos setoriais e interseoriais, visando assegurar o acesso aos direitos das/os usuáries/os; e 3) educação em saúde voltada ao combate à desinformação sobre a Covid-19 e ao enfrentamento das *fake news* contra as vacinas. Esses eixos temáticos expressam que as/os assistentes sociais que participaram do projeto estavam atentas/os e comprometidas/os com a busca de estratégias para enfrentar os desafios impostos pela pandemia.

Os planos de trabalho foram apresentados por cada grupo e discutidos pelos/as demais participantes na sexta e sétima oficinas. Foram momentos não só de debater sobre os planos, mas também de socializar saberes e experiências vivenciadas no trabalho no âmbito da saúde, com foco no contexto da pandemia. Nas discussões, foram destacadas a pertinência dos temas propostos, a importância de implementá-los e de estabelecer uma cultura de planejamento e avaliação do trabalho no cotidiano profissional. Afinal, o plano de trabalho é um instrumento não apenas de orientação das ações, mas de negociação, a partir do qual o Serviço Social pode dizer o que tem a oferecer, rompendo com práticas imediatistas (Couto, 2009).

De um modo geral, a construção do plano de trabalho foi uma experiência exitosa, que exigiu a articulação de profissionais de diferentes instituições e municípios, em meio ao momento de

---

8 Os temas tratados por cada grupo foram: grupo 1 – O cuidado com o/a cuidador/a de pessoas com deficiência física e mental; grupo 2 – Retomada das ações na atenção básica suspensas em decorrência da Covid-19; grupo 3 – A inserção da família no cuidado com os/as usuáries/as do CAPS; grupo 4 – Fortalecimento do acesso dos/as usuáries/as aos serviços de saúde; grupo 5 – Acolhimento e atendimento humanizado para mulheres vítimas de violência; grupo 6 – Estratificação de risco familiar; grupo 7 – Combate à desinformação sobre a vacinação contra a Covid-19.

distanciamento social e de enormes desafios postos pela pandemia. Consideramos que a elaboração dos planos foi um momento de extrema importância na realização do projeto de educação permanente realizado, pois contribuiu para despertar o interesse em melhor organizar e sistematizar as propostas de trabalho, como estratégia para romper com ações cotidianas imediatistas e dar visibilidade ao trabalho do Serviço Social, combatendo as requisições institucionais indevidas.

### **Considerações finais**

A pandemia de Covid-19 teve impactos sociais até então difíceis de mensurar, especialmente considerando o grau de desigualdade para o seu enfrentamento nos diversos países com inserção assimétrica na divisão internacional do trabalho capitalista. As determinações da crise capitalista, quando somadas à crise sanitária, geraram consequências socioeconômicas regressivas pelas quais a exponenciação das expressões da “questão social” se visualizou de modo retumbante.

No Brasil, além de todas as inflexões mais gerais da mortalidade populacional, a população sofreu também com os impactos de um governo negacionista durante o auge da crise, cujas resultantes proporcionaram um adensamento das desigualdades socioeconômicas, expressas na fome, na pobreza, no desemprego e subemprego, na ultraprecarização dos serviços públicos e na intensificação de outras doenças, a exemplo das enfermidades crônicas e psicossomáticas, que até então têm sido visualizadas no contexto pós-pandêmico com bastante força.

Essas configurações determinaram fundamentalmente a forma como se realizou o trabalho de assistentes sociais nos mais diversos espaços sócio-ocupacionais, ao mesmo tempo em que tais profissionais também puderam, com o seu saber especializado, contribuir para o enfrentamento de um momento tão desafiador. Nesse sentido, a abordagem da experiência do projeto de extensão

apresentado no presente capítulo **pôde** materializar um registro de um importante momento histórico ao recuperar as ações de uma das categorias profissionais que estiveram na “linha de frente”, com suas contradições, limites e possibilidades. A sua realização realçou a importância de se coletivizar as estratégias utilizadas no desenvolvimento do trabalho para se construir respostas profissionais respaldadas por um projeto mais amplo, que fortalecesse as articulações socioprofissionais e políticas de enfrentamento das problemáticas postas na realidade com vistas à construção de um novo horizonte societário pautado na emancipação humana.

Desse modo, no intuito de fortalecer o princípio ético do “compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população e com o aprimoramento intelectual, na perspectiva da competência profissional” (CFESS, 2012, p. 24), o projeto de extensão não apenas possibilitou uma educação permanente para os/as profissionais, como também oportunizou que o conselho regional e a universidade pública possibilitassem uma direção ético-política e crítica do enfrentamento da pandemia, revestida nos princípios que orientam o projeto profissional.

Assim, como resultados diretos dessa iniciativa, pôde-se realizar um mapeamento mais amplo dos espaços sócio-ocupacionais dentro do estado da Paraíba, a **elaboração de documentos com orientações técnicas** para as instituições empregadoras e as orientações quanto às notificações e denúncias. De ordem diversa foram os desafios para a sua execução, especialmente aqueles próprios do ambiente limitado das plataformas *on-line*, como os problemas com: quedas de conexão, câmeras desligadas por parte das/os participantes, além da dificuldade de sabermos se o ambiente era totalmente seguro para exporem realidades problemáticas.

Também se ressaltou que a experiência foi importante no sentido de aprimorar a formação profissional, haja vista que, em vários momentos do debate, não foi incomum alguns/as profissionais terem uma certa incompreensão ou dificuldade em saber quais seriam as atribuições privativas e as competências profissionais de assistentes sociais. Então, conseqüentemente, houve dificuldade

em explicarem se as demandas e requisições que lhes chegavam eram ou não indevidas. Assim, a partir dos diversos temas discutidos, pôde-se qualificar esse debate coletivamente, aumentando as possibilidades de estratégias e respostas profissionais.

Compreende-se o desafio que existe, numa breve síntese, em recuperar toda a experiência em si. Mesmo assim, enfatiza-se que as possibilidades criadas, mesmo que limitadas por diversas questões, de reunir um público tão diverso e heterogêneo – ainda que atuante numa mesma política social – e geograficamente distante dos grandes centros metropolitanos, como é o caso do Sertão Paraibano, proporcionaram uma rica troca de experiências, o conhecimento da realidade, a orientação técnico-profissional, o aumento da legitimidade e reconhecimento das entidades representativas da profissão e da universidade pública e a construção de uma rede de profissionais articulada regionalmente que ultrapassa de imediato o contexto da pandemia.

## Referências

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ESCOLAS DE SERVIÇO SOCIAL (ABESS); CENTRO DE DOCUMENTAÇÃO E PESQUISA EM POLÍTICAS SOCIAIS E SERVIÇO SOCIAL (CEDEPSS). Diretrizes Gerais para o Curso de Serviço Social. **Cadernos ABESS**, São Paulo, n. 7, 1997.

BRASIL. Ministério da Educação (MEC). **Mapa de demanda por educação profissional**. Brasília: MEC, 2020. Disponível em: [https://novoscaminhos.mec.gov.br/images/arquivos\\_mapa/paraiba/pb\\_relatorio\\_final.pdf](https://novoscaminhos.mec.gov.br/images/arquivos_mapa/paraiba/pb_relatorio_final.pdf). Acesso em: 20 set. 2023.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). **Perfil de assistentes sociais no Brasil: formação, condições de trabalho e exercício profissional**. Brasília: CFESS, 2022.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). **Diretrizes Nacionais acerca da Interiorização das Ações Políticas dos**

**CRESS.** Brasília: CFESS, 2017. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/DiretrizesInteriorizacao2017.pdf>. Acesso em: 3 de jul. 2023.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). **Código de ética do/a assistente social:** Lei 8.662/93 de regulamentação da profissão. 10. ed. rev. e atual. Brasília: CFESS, 2012. Disponível em: [https://www.cfess.org.br/arquivos/CEP\\_CFESS-SITE.pdf](https://www.cfess.org.br/arquivos/CEP_CFESS-SITE.pdf). Acesso em 29 jul. 2023.

COUTO, Berenice Rojas. Formulação de projeto de trabalho profissional. *In:* CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS); ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ESCOLAS DE SERVIÇO SOCIAL (ABEPSS). **Serviço Social:** direitos e competências profissionais. Brasília: CFESS; ABEPSS, 2009.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo Brasileiro de 2010.** Rio de Janeiro: IBGE, 2012.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTUDOS E PESQUISAS EDUCACIONAIS ANÍSIO TEIXEIRA (INEP). **Censo da Educação Superior 2016:** notas estatísticas. Brasília: Inep, 2016. Disponível em: [http://download.inep.gov.br/educacao\\_superior/censo\\_superior/documentos/2016/notas\\_sobre\\_o\\_censo\\_da\\_educacao\\_superior\\_2016.pdf](http://download.inep.gov.br/educacao_superior/censo_superior/documentos/2016/notas_sobre_o_censo_da_educacao_superior_2016.pdf). Acesso em: 3 jul. 2023.

JANNUZZI, Paulo de Martino. **Indicadores socioeconômicos na gestão pública.** 3. ed. rev. atual. Brasília: Capes; UAB, 2014.

LIMA, Kátia Regina de Souza. Educação superior em tempos de ajustes neoliberais e regressão de direitos. **Revista Katálisis,** Florianópolis, v. 22, p. 525-535, 2019.

MATOS, Maurílio Castro de. **Serviço Social, Ética e Saúde:** reflexões para o exercício profissional. São Paulo: Cortez, 2017.

RAICHELIS Raquel. Serviço Social: trabalho e profissão na trama do capitalismo contemporâneo. *In*: RAICHELIS, Raquel; VICENTE, Damares.; ALBUQUERQUE, Valéria. (org.). **A nova morfologia do trabalho no Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 2018.

SALVAN, João Vitor; LUSA, Mailiz Garibotti. O perfil generalista do Serviço Social: da especialização à criticidade. *In*: ENCONTRO INTERNACIONAL DE POLÍTICA SOCIAL, 9., ENCONTRO NACIONAL DE POLÍTICA SOCIAL, 16., 2023, Vitória (ES). **Anais [...]**. Vitória (ES): UFES, v. 1, n. 1, 2023.

SCHMIDT FILHO, Ricardo *et al.* Vulnerabilidade social na Paraíba: e suas disparidades espaciais a partir do IVS. **Revista de Economia Regional, Urbana e do Trabalho**, [S. l.], v. 7, n. 1, p. 83-105, 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/rerut/article/view/16710>. Acesso em: 22 out. 2023.

## **SOBRE OS/AS AUTORES/AS**

### **ADEMIR VILARONGA RIOS JÚNIOR**

Graduado em Serviço Social pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE); mestre em Serviço Social pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB) e doutor em Serviço Social pela UFPE. Conselheiro-Presidente do Conselho Regional de Serviço Social da 13ª Região/Paraíba (CRESS/PB) de 2020 a 2022. Professor adjunto do Curso de Serviço Social da Universidade Federal do Amazonas (UFAM). Áreas de interesse: trabalho e infância; trabalho e Serviço Social; criança e adolescente e políticas sociais.

### **ALESSANDRA XIMENES DA SILVA**

Doutora em Serviço Social pela Universidade Federal de Pernambuco. Professora associada do Departamento de Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB). Coordenadora do Núcleo de Pesquisas em Política de Saúde e Serviço Social (NUPEPSS). Coordenadora da Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba. Integrante do Grupo Temático de Pesquisa (GTP) em Serviço Social e Política Social da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social, desde 2019. Tem experiência na área de Políticas Sociais com ênfase na política de saúde, Estado, crise capitalista, contrarreformas e aparelhos multilaterais de hegemonia.



## **ANDERSON NAYAN SOARES DE FREITAS**

Assistente Social da Universidade Federal do Cariri (UFCA). Mestre em Serviço Social, Trabalho e Questão Social pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Graduado em Serviço Social pelo Instituto Federal de Ciência, Educação e Tecnologia do Ceará (IFCE). Membro do Grupo de Estudo sobre Trabalho e Proteção Social (GETRAPS) da UEPB. Seus estudos têm ênfase nas temáticas: Serviço Social, formação profissional e movimentos sociais. Possui experiência na área de docência.

## **ANGELY DIAS DA CUNHA**

Assistente Social na Unidade de Pronto-Atendimento de Parnamirim (UPA) e no Instituto Técnico-Científico de Perícia do Rio Grande do Norte (ITEP-RN). Doutoranda em Serviço Social na Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ). Mestre em Serviço Social pela Universidade Federal da Paraíba. Especialista em História das Revoluções e Movimentos Sociais pela Universidade Estadual de Maringá (UEM). Especialista em Instrumentalidade do Serviço Social pela Faculdade Ademar Rosado (FAR) e em Impactos da Violência na Saúde pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Conselheira-presidenta na Gestão “Da luta não me retiro, enfrento e resisto” (2020-2023). Membro do Grupo de Pesquisa Questão Social, Política Social e Serviço Social na Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) desde 2016.

## **ANNA RAQUEL ANDRADE GONZAGA**

Mestranda pelo Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da UEPB. Graduada em Serviço Social pela UEPB. Integra o Grupo de Estudos e Pesquisas sobre Trabalho e Proteção Social (GETRAPS) da UEPB. Realiza estudos e pesquisas sobre trabalho, trabalho profissional e Serviço Social.

## **ELAINE JUNGER PELAEZ**

Mestra em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP) da Fiocruz. Especialista em Avaliação em Saúde pela ENSP da Fiocruz. Servidora pública federal, desde 2010, no Ministério da Saúde. Trabalha como assistente social no Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia (INTO). Tem estudado principalmente os seguintes temas: política de saúde, Sistema Único de Saúde, políticas sociais, seguridade social, controle social, conselhos de saúde, conferências de saúde e Serviço Social.

## **ERLENIA SOBRAL DO VALE**

Professora adjunta da Universidade Estadual do Ceará. Tem pós-doutorado em Serviço Social pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Doutora em Serviço Social pela Universidade Federal de Pernambuco. Mestra em Educação pela Universidade Federal do Ceará. Coordenadora do Centro de Estudos do Trabalho e Ontologia do Ser Social (CETROS). Presidenta da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS) na gestão 2023-2024. Atua em pesquisas principalmente sobre os seguintes temas: Serviço Social, trabalho, educação, instrumentalidade, universidade e trabalho docente.

## **FERNANDA LUMA GUILHERME BARBOZA**

Doutora em Serviço Social pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Mestra em Serviço Social pela Universidade Federal de Pernambuco. Graduada em Serviço Social pela UFPE. Especialista em Saúde Mental pela Uninter. Coordenadora do Projeto sobre Suicídio e tutora do Programa Saúde com Agente da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Tem experiência na área de docência, Serviço Social e gestão, com ênfase em saúde mental,

atuando principalmente nos seguintes temas: envelhecimento, trabalho, saúde mental e suicídio.

### **FERNANDA MARQUES DE SOUSA**

Assistente Social da Política de Saúde e Assistência Social. Mestre em Serviço Social pela Universidade Federal da Paraíba. Especialista em Gestão de Políticas de Saúde Informadas por Evidência pelo Hospital Sírio-Libanês e Ministério da Saúde. Especialista-Residente em Atenção ao Paciente Crítico pelo Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Hospitalar (Rimush) da UFPB. Assistente Social formada pela UFPB, com experiência profissional na área de saúde, terceiro setor e Assistência Social.

### **FRANCIELE DA SILVA SANTOS**

Doutoranda em Serviço Social pelo Programa de Pós-Graduação da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Graduada e mestra em Serviço Social pela Universidade Estadual da Paraíba. Especialista em Atenção Básica e Saúde da Família, na modalidade de residência multiprofissional. Possui experiência nas áreas de Serviço Social, gênero, políticas públicas, trabalho e meio ambiente. Atua em pesquisas sobre os temas: Saúde da Família, saúde pública, educação popular, violência contra a mulher; raça/etnia e direitos das mulheres.

### **GISELE CARDOSO DA SILVA**

Graduada em Serviço Social pela Universidade Estadual da Paraíba, extensionista do Projeto de Extensão Educação Permanente para os(as) Assistentes Sociais Atuantes na Área da Saúde no Contexto da Pandemia e Pós-pandemia de Covid-19 na Paraíba.

## **GLAUCE SUASSUNA FIGUEIREDO**

Graduada em Serviço Social pela Universidade Estadual da Paraíba, extensionista do Projeto de Extensão Educação Permanente para os(as) Assistentes Sociais Atuantes na Área da Saúde no Contexto da Pandemia e Pós-pandemia de Covid-19 na Paraíba.

## **GLÁUCIA BARBOSA DE NEGREIROS**

Graduada em Serviço Social e Letras/Espanhol pela Universidade Estadual da Paraíba. Especialista em Gestão de Políticas Públicas em Gênero e Raça pela Universidade Federal da Paraíba, extensionista do Projeto de Extensão Educação Permanente para os(as) Assistentes Sociais Atuantes na Área da Saúde no Contexto da Pandemia e Pós-pandemia de Covid-19 na Paraíba.

## **GLAUCINETH CAVALCANTE DE ALBUQUERQUE LIMA**

Graduada em Serviço Social pela Universidade Estadual da Paraíba. Especialista em Saúde Pública, na área de Ciências da Saúde, pela Faculdade de Ciências Sociais Aplicadas (FACISA). Mestra em Serviço Social pela UEPB na área de concentração Fundamentação Teórico-Prática do Serviço Social. Tem experiência na área de docência, tendo lecionado as disciplinas: Estado e Política Social, e Fundamentos Históricos, Teóricos e Metodológicos do Serviço Social II. Coordenadora da Seccional de Campina Grande do CRESS-PB.

## **HERIVÂNIA DE MELO FERREIRA E OLIVEIRA**

Mestra em Serviço Social pela Universidade Federal da Paraíba. Especialista em Saúde Pública pela IESP Faculdades. Graduada em Serviço Social pela Universidade Federal da Paraíba. Tem experiência na área de Serviço Social, com ênfase em fundamentos do trabalho profissional, política social da saúde e saúde coletiva, atuando principalmente com os seguintes temas: Serviço Social, exercício profissional, instrumentalidade, política de saúde, Sistema Único de Saúde, família, crianças e adolescentes, envelhecimento, HIV/Aids e drogas.

## **ISADORA SILVEIRA COSTA**

Assistente Social. Agente Fiscal do CRESS-PB. Graduada em Serviço Social pela Universidade Estadual do Ceará. Especialista em Serviço Social, Seguridade Social e Legislação Previdenciária pela Faculdade Ratio.

## **JACIARA DOS SANTOS SILVA**

Assistente Social do Centro Regional de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest) da Regional de João Pessoa. Docente Multiplicadora do Curso Básico de Vigilância em Saúde do(a) Trabalhador(a) de abrangência nacional (Cerest, ENSP, Fiocruz e Ministério da Saúde). Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Sociologia da Universidade Federal da Paraíba. Pesquisadora do Grupo de Estudos e Pesquisas em Análise de Conjuntura e Políticas Sociais (GEPACOPS) do PPGSS da UFPB. Participante do Laboratório de Estudos e Pesquisas em Políticas Públicas e Trabalho (LAEPT) do PPGS da UFPB e do Núcleo Interdisciplinar de Pesquisa e Extensão sobre Trabalho (LABORES) da UFPB. Possui experiência na área da Docência em Serviço Social, atuando principalmente nos seguintes

temas: fundamentos do Serviço Social, trabalho, saúde, pesquisa e avaliação de políticas sociais.

### **JAPSON GONÇALVES SANTOS SILVA**

Professor adjunto do Curso de Serviço Social da Universidade Federal de Alagoas (UFAL), no *Campus* A. C. Simões. Doutor em Serviço Social pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Vice-coordenador do Grupo de Pesquisa e Extensão Serviço Social, Trabalho, Profissão e Políticas Sociais. Tem experiência profissional na área de Serviço Social, na política de Assistência Social e na política de saúde. Atua principalmente nos seguintes temas: fundamentos do Serviço Social e trabalho profissional.

### **JULIANA SOUZA BRAVO DE MENEZES**

Graduada em Serviço Social pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Especialista em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fiocruz. Mestra em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fiocruz. Doutora em Serviço Social pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Integra a equipe técnica do Projeto de Ensino, Pesquisa e Extensão - Políticas Públicas de Saúde (Pela Saúde) da Faculdade de Serviço Social da UERJ. Também trabalha como assistente social no Hospital Federal de Bonsucesso (Ministério da Saúde). Tem atuado principalmente nos seguintes temas: políticas sociais, Seguridade Social, saúde, controle social e Serviço Social.

### **JUSSARA FRANCISCA DE ASSIS DOS SANTOS**

Doutora em Serviço Social pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. Mestra em Serviço Social pela Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-Rio). Especialista em Serviço Social

e Saúde pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Bacharela em Serviço Social pela PUC-Rio. Tem atuação profissional, acadêmica e política voltada para as seguintes temáticas: Serviço Social e formação profissional antirracista; Serviço Social e relações étnico-raciais, políticas de saúde, saúde da população negra, violência obstétrica e mulheres negras.

### **KATHLEEN ELANE LEAL VASCONCELOS**

Graduada em Serviço Social pela Universidade Federal da Paraíba. Mestre em Sociologia pela UFPB. Doutora em Serviço Social pela Universidade Federal de Pernambuco. É professora associada da Universidade Estadual da Paraíba. É membro do Núcleo de Pesquisas em Política de Saúde e Serviço Social (NUPEPSS). Possui experiência na área de Serviço Social. Atualmente tem se voltado para o estudo de questões relacionadas à promoção da saúde e interprofissionalidade. Vem desenvolvendo projetos de extensão visando contribuir para a atenção integral à saúde de gestantes e recém-mães, em Campina Grande, através do Programa Rede Materna.

### **LYZANDRA TEIXEIRA DA SILVA**

Graduada em Serviço Social pela Universidade Estadual da Paraíba. Extensionista do Projeto de Extensão Educação Permanente para os(as) Assistentes Sociais Atuantes na Área da Saúde no Contexto da Pandemia e Pós-pandemia de Covid-19 na Paraíba.

### **MAIRAN RANGEL AGRA**

Graduada em Comunicação Social e em Serviço Social pela Universidade Estadual da Paraíba. Especialista em Saúde pública

pela Unipê. Mestra em Serviço Social pela UEPB. Atua como Assistente Social do Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes (HETDLGF). Compõe também a equipe multidisciplinar do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) do HETDLGF. Tem experiência na área de Serviço Social, com ênfase em Serviço Social na saúde.

### **MARIA ALCINA TERTO LINS**

Professora Adjunta na Faculdade de Serviço Social da UFAL. Doutora em Serviço Social pela UFPE. Mestra em Serviço Social pela UFAL. Líder do Grupo de Pesquisa Serviço Social, Trabalho, Profissão e Políticas Sociais (UFAL). Atuou na diretoria do Sindicato dos(as) assistentes sociais do estado de Alagoas. Principais áreas de interesse: Serviço Social, trabalho, políticas sociais e Tecnologias da Informação e Comunicação. Desenvolve pesquisas nos seguintes temas: formação e trabalho profissional do serviço social, políticas sociais e trabalho.

### **MARIA APARECIDA NUNES DOS SANTOS**

Graduada em Serviço Social pela Universidade Estadual da Paraíba. Mestra em Serviço Social pela Universidade Federal da Paraíba. Atualmente é professora do Curso de Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba. Integrante do GEAPS. Foi coordenadora de graduação da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS - Nordeste - Gestão 2015-2016). Conselheira do CRESS-PB - Seccional Campina Grande (Gestão 2020-2023).



## **MARIA DANÚBIA DANTAS DE CARVALHO**

Assistente Social atuante na área da saúde. Bacharela em Serviço Social pela Universidade Estadual do Ceará. Mestra em Serviço Social pela Universidade Estadual da Paraíba. Especialista em Saúde da Família e Comunidade, com residência pela Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP). Especialista em Serviço Social, Política Social e Seguridade Social pela Faculdade Ratio (Fortaleza). Integrante do grupo Flor e Flor (estudos de gênero e sexualidade). Desenvolve estudos e pesquisas sobre adolescência, maternidade, raça, classe e políticas públicas.

## **MÔNICA BARROS DA NÓBREGA**

Bacharela em Serviço Social pela Universidade Federal da Paraíba. Mestra em Sociologia pela UFPB. Doutora em Serviço Social pela Universidade Federal de Pernambuco. Professora Associada da Universidade Estadual da Paraíba, vinculada ao Curso de Serviço Social e ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social. Integrante do Grupo de Estudos e Pesquisas sobre Trabalho e Proteção Social (GETRAPS) da UEPB.

## **NAEDJA PEREIRA BARROSO**

Graduada em Serviço Social pela Universidade Federal da Paraíba. Especialista em Saúde Pública pelas Faculdades Integradas de Patos (FIP). Mestra em Serviço Social pela Universidade Federal da Paraíba. Atualmente é docente da Faculdade Santa Maria em Cajazeiras (PB), no curso de Psicologia. Tutora da Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva SES-PB CEFOR/PB FSM. Coordenadora dos Trabalhos de Conclusão de Curso (TCC) da FSM. Docente da Faculdade do Oeste Potiguar (São Miguel, RN), no Curso de Serviço Social. Atuou como docente na Faculdade de Filosofia, Ciência e Letras (FAFIC) de Cajazeiras e no Centro Universitário

Dr. Leão Sampaio em Juazeiro do Norte (CE). Tem experiência nas áreas de saúde pública e saúde coletiva.

### **NATALY ISABELLE PESSOA DA SILVA PINTO**

Mestranda pelo Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba. Graduada em Serviço Social pela UEPB. Pesquisadora do Núcleo de Estudos, Pesquisa e Extensão Comunitária Infanto-Juvenil (NUPECIJ) e do Núcleo de Pesquisas em Política de Saúde e Serviço Social (NUPEPSS) da UEPB.

### **NATHALLYA LETHIERRY DE GOUVEIA NEVES**

Graduada em Serviço Social pela Universidade Estadual da Paraíba. Extensionista do Projeto de Extensão Educação Permanente para os(as) Assistentes Sociais Atuantes na Área da Saúde no Contexto da Pandemia e Pós-pandemia de Covid-19 na Paraíba.

### **PALOMA RÁVYLLA DE MIRANDA LIMA**

Graduada em Serviço Social pela Universidade Estadual da Paraíba, onde integra o Grupo de Estudos, Pesquisas e Assessoria em Políticas Sociais (GEAPS) desde 2012. Mestra em Serviço Social pelo Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da UEPB. Doutoranda pelo Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, onde integra o Grupo de Estudos e Pesquisas do Orçamento Público e da Seguridade Social (GOPSS). É assistente social no Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia da Paraíba (IFPB).

## **ROSIANE DE SOUZA MOREIRA**

Assistente Social da Estratégia Saúde da Família da cidade de Campina Grande (PB). Graduada em Serviço Social pela Universidade Estadual da Paraíba. Colaboradora do Projeto de Extensão Educação Permanente para os(as) Assistentes Sociais Atuantes na Área da Saúde no Contexto da Pandemia e Pós-pandemia de Covid-19 na Paraíba.

## **SANDRA AMÉLIA SAMPAIO SILVEIRA**

Graduada em Serviço Social pela Universidade Estadual do Ceará. Mestra em Serviço Social pela Universidade Federal de Pernambuco. Professora efetiva do Departamento de Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba. Pesquisadora do Núcleo de Pesquisas em Política de Saúde e Serviço Social (NUPEPSS) e do Grupo de Estudos e Pesquisas sobre Trabalho e Proteção Social (GETRAPS).

## **SILVANA MARA DE MORAIS DOS SANTOS**

Docente dos Cursos de Graduação e Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. É Professora Associada do Departamento de Serviço Social da UFRN. Graduada em Serviço Social pela Universidade Estadual do Ceará. Mestra e Doutora em Serviço Social pela Universidade Federal de Pernambuco. Coordena o Grupo de Estudos e Pesquisa - Trabalho, Ética e Direitos (GEPTED) da UFRN.

## **STEFANNY BESERRA NUNES**

Graduada em Serviço Social pela Universidade Estadual da Paraíba. Extensionista do Projeto de Extensão Educação

Permanente para os(as) Assistentes Sociais Atuantes na Área da Saúde no Contexto da Pandemia e Pós-pandemia de Covid-19 na Paraíba.

### **TEREZA CRISTINA RIBEIRO DA COSTA**

Professora Adjunta IV do Departamento de Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba e assistente social do CAPS Espaço Livremente da Prefeitura da Cidade do Recife. Graduada, mestra e doutora em Serviço Social pela Universidade Federal de Pernambuco. Tem experiência na área de Serviço Social, com ênfase em Serviço Social da saúde, atuando principalmente nos seguintes temas: políticas sociais, saúde mental, políticas públicas, saúde pública e saúde mental na atenção básica. Tem desenvolvido pesquisas sobre a política de saúde mental na atualidade.

### **THAISA VANESSA COSTA OLIVEIRA**

Graduada em Serviço Social pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Mestre em Serviço Social e Direitos Sociais pela Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN). Atualmente é assistente social do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS). Tem experiência na área de Serviço Social com atuação nas políticas de assistência e previdência social. Conselheira do CRESS-PB na gestão “Tempos de resistir, tempos de não se calar”, no triênio 2020-2023, e na atual gestão “Sem medo de lutar, cabe a nós resistir: Luciana, presente!”, no triênio 2024-2026.

### **THEREZA KARLA DE SOUZA MELO**

Graduada e mestra em Serviço Social pela Universidade Federal da Paraíba. Professora efetiva do Curso de Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba, com experiência nas seguintes

áreas: infância e juventude, Serviço Social no campo sociojurídico e instrumentalidade do Serviço Social.

### **WIGNE NADJARE VIEIRA DA SILVA**

Bacharel em Direito pelo Centro Universitário de João Pessoa. Advogado. Possui Curso de Extensão e Especialização em Formação Política para Cristãos Leigos e Leigas pela Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, em parceria com o Centro Nacional de Fé e Política (CEFEP). Procurador Autárquico do CRESS-PB. Coordenador do Fórum Institucional pelo Direito à Comunicação (FINDAC), com atuação sobre as violações de Direitos Humanos na mídia. Advogado da Casa Pequeno Davi, com atuação no Programa de Proteção a Crianças e Adolescentes em situação de Ameaça de Morte no Estado da Paraíba (PPCAAM/PB).

## **Sobre o livro**

**Projeto Gráfico, Editoração** Leonardo Araújo

**Formato** 15 x 21 cm

**Mancha Gráfica** 11 x 16,8 cm

**Tipologias utilizadas** Caladea 11 pt

Este livro resulta da análise do Projeto de Extensão *Educação Permanente para os/as Assistentes Sociais Atuantes na Área da Saúde no Contexto da Pandemia e Pós-Pandemia de Covid-19 na Paraíba*, desenvolvido no período 2021-2023. O projeto foi uma resposta à demanda apresentada ao Departamento de Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB) pelo Conselho Regional de Serviço Social da 13ª Região, devida à necessidade de ações do Serviço Social no enfrentamento da pandemia, numa conjuntura adversa, uma vez que o país se encontrava sob a ofensiva ultraneoliberal do Governo Bolsonaro e enfrentava implicações sobre os direitos e políticas sociais.