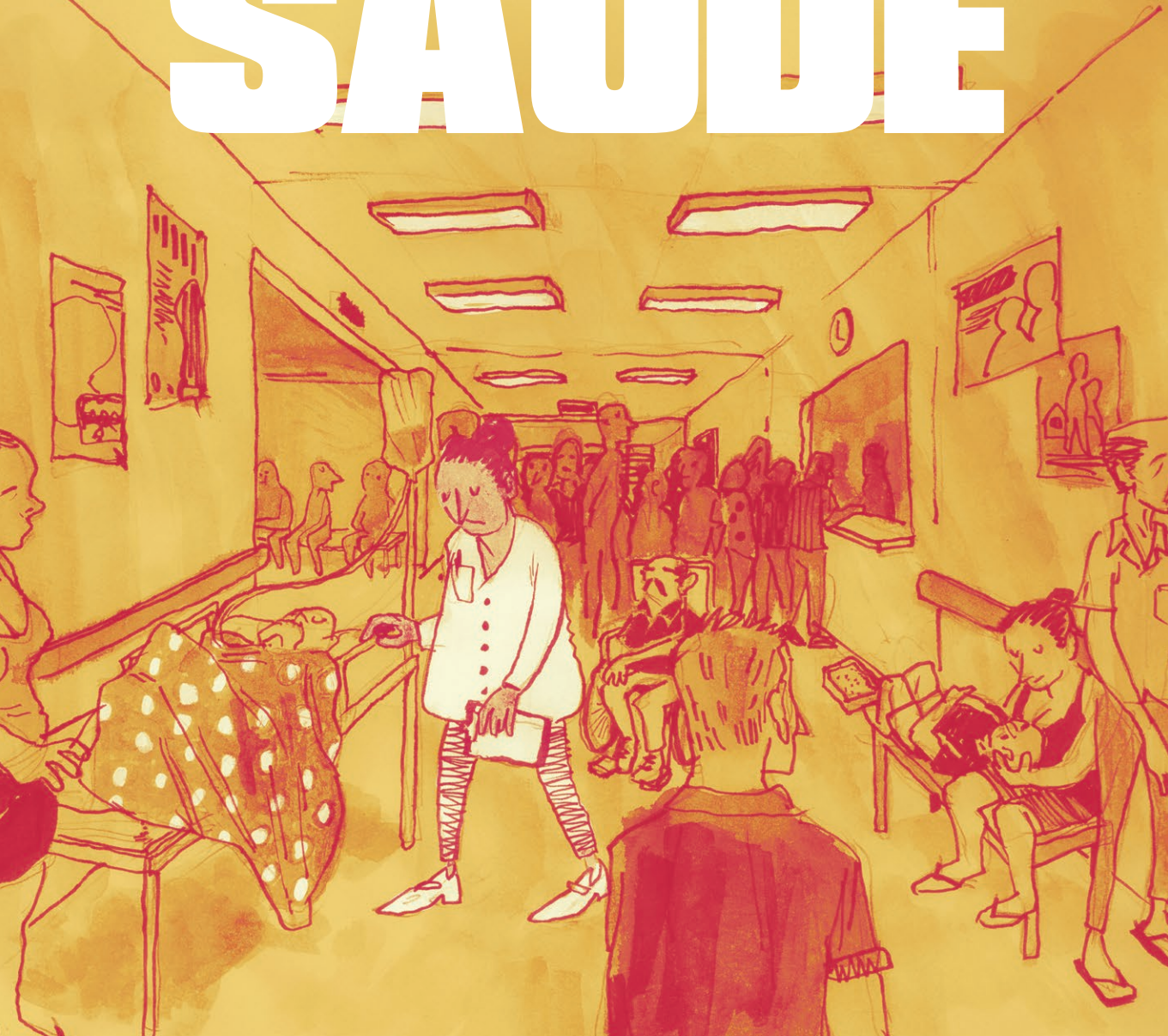


CONDIÇÕES DO EXERCÍCIO PROFISSIONAL DAS/OS ASSISTENTES SOCIAIS NA ÁREA DA SAÚDE



CONDICÇÕES DO
EXERCÍCIO PROFISSIONAL
DAS/OS ASSISTENTES
SOCIAIS NA ÁREA DA
SAÚDE

EXPEDIENTE

CRESS-SP - Conselho Regional de Serviço Social do Estado de São Paulo – CRESS-SP. 9ª. Região
Coordenação do Levantamento - Gestão AmpliAçõesSS - Valorizar a Profissão, defendendo direitos e políticas públicas - 2008/2011
Andresa Lopes dos Santos, Kátia Cilene Barbosa e Mônica Fernandes de Albuquerque

Coordenação do Levantamento - Gestão AmpliAçõesSS - Unindo Forças e Ousando na Luta - 2011/2014
Andresa Lopes dos Santos e Maria de Jesus Assis Ribeiro

Assessoria Técnica

Maria Lúcia Garcia Mira

Colaboradores da Assessoria Técnica

Alessandra Barbosa Paulo, Andreia Ceribino, Fábio Garcia Mira, Fernanda Cristina Hitos Vieira e Laila da Silva Dahrouge

Grupo de Trabalho - Acompanhamento técnico do levantamento das visitas de rotina, Organização e Publicação da pesquisa

Maria de Jesus Assis Ribeiro, Andresa Lopes dos Santos, Mauricléia Soares dos Santos, Tiago Barbosa dos Santos, Vinícius Figueira Boim, Neide Aparecida Fernandes, Marluce Gomes da Silva, Tatiana de Oliveira Lima e Thiago Loreto de Oliveira

Setor de Fiscalização

Coordenação de Setor: Neide Aparecida Fernandes

Agentes Fiscais: Eliane de Cássia Rosa Oliveira, Márcia Batista, Marluce Gomes da Silva, Marta Rosana de Souza, Paula Fernandes Pirinete, Regina Primi e Tatiana Ferreira Alves

Gestão 2008/2011

Membros Efetivos

Conselho Diretor

Presidente: Aurea Satomi Fuziwaru – CRESS Nº 25.969

Vice-Presidente: Eloísa Gabriel Dos Santos – CRESS Nº 34.143

1º Secretário: Wagner Hosokawa – CRESS Nº 35.452

2ª Secretária: Marlene Merisse – CRESS Nº 41.870

1ª Tesoureira: Katia Cilene Barbosa – CRESS Nº 26.791

2º Tesoureiro: Edson Maurício Cabral – CRESS Nº 22.387

Conselho Fiscal

Leomir Viana dos Santos – CRESS Nº 26.327

Renata Maria de Souza – CRESS Nº 25.439

Terezinha de Fátima Rodrigues – CRESS Nº 25.188

Membros Suplentes

Ivani Bragato Canossa – CRESS Nº 12.071

Luciano Alves – CRESS Nº 31.783

Maria Antunes dos Santos Castilho – CRESS Nº 19.835

Sonia Helena Martinhon – CRESS Nº 6.296

Eliana Bolorino Canteiro Martins – CRESS Nº 16.118

Milka Sayuri Nakayama Ohya – CRESS Nº 30.630

Vanice Aparecida Alves – CRESS Nº 32.850

Andresa Lopes dos Santos – CRESS Nº 31.232

Mônica Fernandes de Albuquerque – CRESS Nº 33.440

Gestão 2011/2014

Membros Efetivos

Conselho Diretor

Presidente: Eloísa Gabriel dos Santos – CRESS Nº 34.143

Vice-Presidente: Marcos Valdir Silva – CRESS Nº 30.074

1ª Secretária: Mauricléia Soares dos Santos – CRESS Nº 29.417

2º Secretário: Vinicius Figueira Boim – CRESS Nº 39.916

1ª Tesoureira: Ivani Bragato – CRESS Nº 12.071

2ª Tesoureira: Andresa Lopes dos Santos – CRESS Nº 31.232

Conselho Fiscal

Leomir Viana dos Santos – CRESS Nº 26.327

Andréa Almeida Torres – CRESS Nº 27.142

Núria Pardillos Vieira – CRESS Nº 18.066

Membros Suplentes

Vanice Aparecida Alves – CRESS Nº 32.850

Maria de Jesus de Assis Ribeiro – CRESS Nº 29.560

Tiago Barbosa dos Santos – CRESS Nº 38.982

Nilva Regina Galletti – CRESS Nº 17.319

Marcelo Gallo – CRESS Nº 37.297

Aparecida Mineiro do Nascimento Santos – CRESS Nº 15.204

Milena Aparecida Videira – CRESS Nº 36.446

Elizabeth Terezinha Silva Rosa – CRESS Nº 15.892

Dulcinéa Pastrello – CRESS Nº 26.197

Gestão 2014/2017

Membros Efetivos

Conselho Diretor

Presidente: Mauricleia Soares dos Santos – CRESS Nº 29.417

Vice-Presidente: Marcelo Gallo – CRESS Nº 37.297

1º Secretário: Luciano Alves – CRESS Nº 31.783

2ª Secretária: Sandra Regina Vaz da Silva – CRESS Nº 33.954

1ª Tesoureira: Laressa de Lima Rocha – CRESS Nº 48.137

2ª Tesoureira: Rosineide Pereira da Silva – CRESS Nº 44.689

Conselho Fiscal

Carla da Silva Germano – CRESS Nº 38.850

Kelly Rodrigues Melatti – CRESS Nº 38.179

Matsuel Martins da Silva – CRESS Nº 08.471

Membros Suplentes

Adriana Brito da Silva – CRESS Nº 41.642

Aparecida Mineiro do Nascimento Santos – CRESS Nº 15.204

Fabio Rodrigues – CRESS Nº 32.339

Katia Isis Cuccovia – CRESS Nº 47.794

Julio Cezar de Andrade – CRESS Nº 45.463

Marcia Heloisa de Oliveira – CRESS Nº 12.971

Maria Auxiliadora Pereira da Silva – CRESS Nº 27.540

Patrícia da Silva Paulino – CRESS Nº 48.178

Soraia Costa – CRESS Nº 49.278

Ficha Catalográfica elaborada pela Bibliotecária
Carmem Fernanda Pedro Teixeira. CRB/8ª n.3712

Condições do exercício profissional das/os
assistentes sociais na área da saúde.
São Paulo : CRESS/SP. 9ª Região – Conselho
Regional de Serviço Social do Estado de
São Paulo, maio 2015. (Cadernos CRESS-SP ; 5)

Vários colaboradores.
ISBN 978-85-65580-03-8
Direção do CRESS/SP. – Gestão 2008/2011;
Gestão 2011/2014 e Gestão 2014/2017.

1. Assistentes Sociais – São Paulo (Estado)
2. Política de Saúde. 3. Assistentes Sociais –
Prática Profissional na saúde. 4. Serviço Social como
profissão. 5. Saúde Pública. I. Série. II. Título.

CDD 362.10981

Índices para Catálogo sistemático:

1. São Paulo : Estado : Assistentes Sociais na área da saúde :
Condições do exercício profissional : Pesquisa 362.10981

**Projeto Gráfico, Revisão
e Ilustração de Capa**
RS Press Editora

1ª Edição
Maio/2015

APRESENTAÇÃO07

PESQUISA..... 11

Os municípios e sua inserção na gestão do SUS 14

As instituições, sua inserção na rede de atenção
do SUS e o trabalho dos/as assistentes sociais..... 17

Delineamento do perfil profissional dos/as assistentes
sociais na área da saúde no estado de São Paulo..... 44

**CONSIDERAÇÕES DA DIREÇÃO ESTADUAL DO CRESS-SP À LUZ
DA DEFESA DA SAÚDE PÚBLICA NO ESTADO DE SÃO PAULO 70**

ANEXOS 75

Projeto Básico..... 76

Questionários/Formulários..... 88

APRESENTAÇÃO

O Conselho Regional de Serviço Social de São Paulo 9ª Região – CRESS-SP, alinhado à Política Nacional de Fiscalização do Conjunto CFESS/CRESS, prevê:

“Realizar, quando possível, em conjunto com outras comissões, núcleos temáticos, núcleos regionais ou grupos de trabalhos do CRESS, discussões, seminários, reuniões e debates sobre temas específicos do Serviço Social, de forma a subsidiar a atuação dos profissionais e identificar questões e implicações ético-políticas no exercício profissional” – Art. 11 – Item II da Política Nacional de Fiscalização – CFESS/2007

E, somado às estratégias de efetivação de modalidades de visita a serem realizadas pela Comissão de Fiscalização (COFI), sendo elas de averiguação, prevenção, rotina (por segmento) e orientação/esclarecimento, organiza o CADERNO 5, que integra uma série de publicações editadas desde 2002 com o objetivo de publicizar as condições do exercício profissional do/a assistente social em diferentes espaços sócio-ocupacionais.

O CADERNO 5 apresenta a análise das condições do exercício profissional do/a assistente social na área da saúde, elegida para a realização das visitas de rotina na Gestão do CRESS-SP AmpliaçãoSS – *Compromisso com a Efetivação dos Direitos e Políticas Públicas*, tendo como objetivo o levantamento das demandas advindas dos/as próprios/as profissionais que denunciavam as precárias condições de trabalho, falta de estrutura adequada para o atendimento digno aos/às usuários/as e falta de espaços de escuta protegidos para viabilizar o sigilo profissional, conforme prevê a Resolução 493/2006.

Outros elementos importantes foram considerados no levantamento dessa pesquisa, como questões relacionadas diretamente às dimensões trabalhistas dos/as assistentes sociais expressas na falta de articulação/mobilização, arrocho salarial e modelos de gestão arcaicos pautados no clientelismo e patrimonialismo que interferem no cotidiano do exercício profissional. Questões essas que propiciaram a articulação do Núcleo de Saúde na perspectiva da organização sindical visando subsidiar os/as profissionais na defesa das condições de trabalho e do exercício profissional.

Outro aspecto que favoreceu a mobilização da categoria para estudar/analisar essa realidade no estado de São Paulo foram as plenárias, que anteciparam a elaboração do documento *Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde (CFESS-2010)*.

Essas plenárias foram realizadas em diversos municípios de São Paulo no ano de 2009 - São Paulo, Araçatuba, Presidente Prudente, São José dos Campos, Bauru, Campinas, São José do Rio Preto, Marília e Santos – (CFESS/2010, pág. 13), que além do importante debate sobre as atribuições do/a assistente social na área da saúde, foram um espaço que propiciou ampliar a discussão sobre a realidade do estado de São Paulo e as condições de trabalho e a importância da articulação/mobilização da categoria.

A Comissão de Orientação e Fiscalização Profissional do CRESS-SP, conjuntamente com o Núcleo de Saúde, apontaram questões norteadoras a serem abordadas junto à categoria visando subsidiar uma análise quantitativa e qualitativa do levantamento a ser realizado através do Setor de Fiscalização.

As visitas de rotina foram realizadas no estado de São Paulo em equipamentos de saúde abrangendo os quatro níveis de saúde, fazendo-se necessário destacar que o levantamento não se trata de uma pesquisa científica, pois seus objetivos são bastante específicos e em conformidade com a proposta da Política de Fiscalização (Resolução CFESS nº 512/2007, que substitui a Resolução CFESS nº 382/99).

A atual gestão do CRESS-SP, *AmpliAçõesSS – Unindo Forças e Ousando na Luta* (2011/2014), assume o compromisso de dar continuidade às visitas de rotina e análise do levantamento realizado pelo Setor de Fiscalização, de acordo com o projeto iniciado pela gestão que a antecedeu - para tanto, amplia a leitura dos trabalhos, formando um Grupo de Trabalho com a participação de direção e base, membros da Comissão de Orientação e Fiscalização (COFI), Setor de Fiscalização, Núcleo de Saúde e Comissão Estadual de Seguridade Social (COSS).

A atual gestão repactuou prazos junto à assessoria técnica e assume os trabalhos engajados com o projeto ético-político e defesa da Seguridade Social pública, estatal, laica e de qualidade, na perspectiva da garantia de todos os direitos sociais previstos na Constituição brasileira, voltados à classe trabalhadora (saúde, educação, habitação, assistência social), ancorados na discussão acumulada no conjunto CFESS/CRESS – Carta de Maceió/2000

A conclusão desse levantamento das condições de trabalho realizado pela assistente social/pesquisadora Maria Lúcia Garcia Mira contou com inúmeros imprevistos de ordem pessoal e institucional para ambas as partes, porém, o sentimento é de satisfação em publicar a análise dos dados e as informações relevantes para a categoria dos/as assistentes da saúde e outros/as interessados/as na temática.

Não se pretende aqui esgotar as questões trazidas pelo conjunto dos/as profissionais, entendendo que outras possibilidades de análises podem surgir a partir desse trabalho, e servir de instrumento e subsídio para a categoria na defesa do projeto ético-político profissional.

Boa Leitura!

CRESS-SP / Gestão 2011/2014

AmpliAçõesSS – Unindo Forças e Ousando na Luta

A Gestão do CRESS-SP (2014-2017) *Ampliações – Das Lutas Coletivas à Emancipação* ratifica a importância deste material e reafirma o compromisso em defesa de um Sistema Único de Saúde (SUS) de qualidade, público, laico e efetivo. Um sistema de saúde que caminhe na perspectiva de ampliação da cidadania e valorize os/as trabalhadores/as. Nesse sentido, a publicação *Condições do Exercício Profissional dos/as Assistentes Sociais na Área da Saúde* vem para servir como subsídio nas análises da categoria em busca da efetivação de uma agenda de luta pautada na defesa intransigente dos direitos humanos e nos interesses da classe trabalhadora.

CRESS-SP / Gestão 2014/2017

Ampliações – Das Lutas Coletivas à Emancipação

CONDIÇÕES DO EXERCÍCIO PROFISSIONAL DOS/AS ASSISTENTES SOCIAIS NA ÁREA DA SAÚDE¹

¹ Texto produzido pela assistente social Maria Lúcia Garcia Mira, com a colaboração de Fábio Garcia Mira, bacharel em sistemas de informação, na organização dos dados; colaboração na digitação dos dados manuscritos pelas assistentes sociais, quando ainda estudantes de graduação em Serviço Social, Laila Dahrouge, Fernanda Hitos, Alessandra Barbosa e Andreia Ceribino; colaboração para revisão de formulários manuscritos da assistente social e agente fiscal do CRESS-SP Marluce Gomes da Silva, a partir da coleta de dados do Setor de Fiscalização do CRESS-SP e seus/suas agentes. Este estudo contou com a participação direta das assistentes sociais Mônica Albuquerque e Kátia Cilene, da direção do CRESS-SP, na gestão 2008-2010.

INTRODUÇÃO

A Comissão de Orientação e Fiscalização (Cofi), do Conselho Regional de Serviço Social de São Paulo 9ª Região (CRESS-SP), ao dar continuidade à aproximação que tem feito, através de publicações com a sistematização de dados sobre o exercício profissional de assistentes sociais em diferentes políticas e com diferenciados segmentos populacionais, voltou-se em 2010 para a área da saúde, no estado de São Paulo.

Este trabalho resulta, portanto, como sistematização de subsídios levantados pelos/as agentes fiscais durante as visitas de rotina realizadas para suas próprias ações, obedecendo à normatização, mas também buscando ações de formação e asseveração de princípios éticos e políticos firmados nas últimas décadas pela profissão dos/as assistentes sociais no Brasil.

A partir dos instrumentos de fiscalização, as informações buscadas foram ampliadas, de forma que passaram a se constituir em dois formulários, com questões abertas e fechadas. A eles foram adicionados dados sobre o exercício profissional; suas condições objetivas e éticas de realização; elementos de delineamento do perfil dos/as profissionais; condições institucionais para o exercício profissional; bem como as representações dos/as profissionais a respeito de suas condições de trabalho.

Os instrumentos foram desenvolvidos a partir de um projeto preliminar, voltando o estudo para a abrangência dos níveis primário, secundário, terciário e quaternário, previstos na organização hierarquizada do Sistema Único de Saúde (SUS)². Procurava, portanto, observar os condicionantes do exercício profissional, entre eles o próprio campo de atuação, na área da saúde.

A área requisitou historicamente no Brasil, até recentemente, o maior contingente de profissionais do Serviço Social (Marsiglia, 2001; CFESS, 2006³; CFESS, 2009⁴). A implantação e operacionalização do SUS, observando-se a descentralização administrativa, fixou a responsabilidade nos municípios sobre a execução final da política, contribuindo para a ampliação da contratação dos/as assistentes sociais nesse nível.

Os/As profissionais foram contratados/as por municípios de diferentes portes, contribuindo, segundo os recursos, nas respostas às necessidades de saúde da população. Os/As agentes fiscais do CRESS-SP aproximaram-se deles/as obedecendo à divisão administrativa

² O Sistema Único de Saúde organiza-se para a estratégia de atenção referenciando os serviços de assistência em tipos diferenciados de enfermidades. A referencialização é, portanto, um primeiro conceito que organiza a atenção à saúde, determinando locais distintos para o atendimento. Segundo publicação do Ministério da Saúde (2007), outro conceito básico do SUS é a hierarquização da rede de serviços. O sistema está organizado em centros de referência em graus de complexidade diferentes. Dependendo da complexidade, os serviços são organizados por unidades de saúde, município, polo e região. O **nível primário de atenção** é definido pela **atenção básica à saúde**, como primeiro nível de atenção, segundo o modelo adotado pelo SUS. É, preferencialmente, a “porta de entrada” do sistema de saúde, voltado a especialidades básicas, como a clínica médica ou clínica geral, pediatria, obstetrícia e ginecologia, destinados à resolução de cerca de 80% das necessidades e problemas de saúde. Os **serviços de média complexidade** constituem-se no **nível secundário de atenção** e têm por objetivo o atendimento dos principais agravos de saúde da população, com procedimentos e atendimentos especializados, entre consultas hospitalares e ambulatoriais, exames e cirurgias. Tais procedimentos ambulatoriais e hospitalares estão situados entre a atenção básica e a alta complexidade. A **atenção de alta complexidade** define-se por procedimentos que envolvem alta tecnologia e/ou alto custo, como traumatologia, cardiologia, terapia renal substitutiva e oncologia. Entre os serviços de alta complexidade estão os hospitais especializados no **nível terciário de atenção** e os hospitais ligados às universidades, que, além da atenção à saúde, produzem conhecimento, no **nível quaternário de atenção**.

³ Disponível em: www.cfess.org.br/pdf/perfilas_edicaovirtual2006.pdf - acesso em 12/10/2013

⁴ Disponível em: www.cfess.org.br/arquivos/seminariosaude2.pdf - acesso em 12/10/2013

do órgão que regionaliza o estado de São Paulo em seccionais. A região onde está situada a sede, no município de São Paulo, se estende ainda para parte da região metropolitana. Adicionam-se a esta mais 11 seccionais distribuídas regionalmente pelo estado. As visitas nas diferentes regiões envolveram um total de 139 municípios⁵.

Os municípios ganham importância na área da saúde, porque dependendo do porte, dos recursos e da maneira como se inscrevem na gestão do SUS, condicionam as possibilidades de resolução das necessidades de saúde de seus/suas cidadãos/ãs e a ação dos/as trabalhadores/as na área, entre os/as quais os/as assistentes sociais.

Os equipamentos ou instituições de saúde operacionalizam a atenção, referenciando o trânsito entre os níveis hierarquizados por complexidade. Foram consideradas para análise neste trabalho 244 instituições entre as visitadas⁶, procurando abranger os diferenciados níveis de complexidade, nos municípios de diversificados portes. Aplicou-se, para tanto, um instrumental de visita com questões relacionadas ao município, à instituição e às condições do exercício profissional em tais instâncias.

Em cada instituição visitada, os/as agentes fiscais do CRESS-SP entrevistaram ou entregaram para preenchimento aos/às assistentes sociais um segundo instrumento individualizado. Essa complementação de dados relacionava-se ao perfil profissional, à formação, ao exercício profissional e ao relacionamento do/a assistente social com o CRESS-SP. Dessas entrevistas, considerou-se para análise 410.

Este trabalho, portanto, se constitui em um esforço metodológico para adequação da sistematização de dados praticada anteriormente pelo CRESS-SP em outras análises, embora ainda tenham ocorrido dificuldades no processo de buscar a aproximação com a realidade.

Algumas das dificuldades metodológicas no tratamento dos dados estiveram relacionadas ao tamanho dos instrumentos. A discussão com os/as integrantes do estudo polemizou a

⁵ Na **seccional do ABCDMRR**, na região metropolitana de São Paulo, foram realizadas visitas nos municípios de Diadema, Mauá, Ribeirão Pires, Rio Grande da Serra, Santo André, São Bernardo do Campo e São Caetano; na **seccional de Araçatuba**, os/as fiscais da região visitaram os municípios de Andradina, Araçatuba, Castilho, Guararapes, Ilha Solteira, Mirandópolis e Penápolis; na **seccional de Bauru**, as visitas estenderam-se para Agudos, Bauru, Bocaina, Boraceia, Dois Córregos, Itatinga, Jaú, Lençóis Paulista, Macatuba, Pederneiras, São Manuel e Botucatu; na **seccional de Campinas**, foram visitados Águas de Lindoia, Americana, Amparo, Araras, Atibaia, Bragança Paulista, Campinas, Indaiatuba, Jaguariúna, Jundiaí, Limeira, Mogi Mirim, Nova Odessa, Pedreira, Piracicaba, Rio Claro, Serra Negra; na **seccional de Marília**, as cidades de Assis, Cândido Mota, Chavantes, Gália, Garça, Lins, Marília, Ourinhos, Paraguaçu Paulista, Pompeia, Santa Cruz do Rio Pardo, Tarumã, Tupã; na **seccional de Presidente Prudente**, Andradina, Dracena, Estrela do Norte, Iepê, Itapuru, Junqueirópolis, Martinópolis, Panorama, Presidente Prudente, Rancharia, Rosana, Santo Anastácio, Tupi Paulista, Presidente Epitáfio; na **seccional de Ribeirão Preto**, as cidades de Araraquara, Batatais, Bebedouro, Franca, Jaboticabal, Monte Alto, Porto Ferreira, Ribeirão Preto, Serrana, Sertãozinho, Taquaritinga, Viradouro, e Santa Rita do Passa Quatro; na **seccional de Santos**, as cidades de Bertioga, Itanhaém, Juquiá, Monguagá, Pariquera-Açu, Praia Grande, Santos, São Vicente; na **seccional de São José do Rio Preto**, os municípios de Barretos, Bady Bassit, Jaci, Sales, José Bonifácio, Nhandearas, Nova Aliança, Nova Granada, Olímpia, Santa Fé do Sul, São José do Rio Preto, Tabapuã, Votuporanga; na **seccional de São José dos Campos**, os municípios de Campos do Jordão, Caraguatatuba, Jacareí, Lorena, Paraibuna, Pindamonhangaba, São José dos Campos, Taubaté; na **seccional de Sorocaba**, as cidades de Itu, Porto Feliz, Salto, Sorocaba, Tatuí, Votorantim; na região da **sede do Conselho**, foram visitados os municípios de Barueri, Biritiba Mirim, Caieiras, Carapicuíba, Cotia, Embu-Guaçu, Francisco Morato, Guarulhos, Itapeerica da Serra, Itapevi, Jandira, Mairiporã, Mogi das Cruzes, Osasco, Poá, Santa Isabel, São Paulo e Suzano.

⁶ Foram desconsiderados para análise alguns dados com dificuldade de identificação, os dados não enviados pelos/as assistentes sociais e os não localizados durante a fase de computação. Entre estes, chegou-se a aproximadamente 50 instrumentos, porém considera-se que o prejuízo quantitativo não obscureceu a análise, entendendo-se que o conteúdo coletado permaneceu representativo do universo em atenção.

abrangência das informações, considerando os níveis de complexidade das instituições de saúde visitadas e os dados sobre os/as profissionais. Assim, dependendo da instituição e do número de profissionais que nela se inseriam, as entrevistas tiveram um tempo significativo de duração.

O preenchimento dos dados individualizados, uma vez que demandavam novas entrevistas específicas, ou o preenchimento pelos/as profissionais, também dificultou a sistematização em certa medida, sendo que alguns formulários não foram posteriormente enviados pelos/as assistentes sociais participantes do estudo. Por outro lado, os dados foram colhidos a partir das informações dos/as profissionais, o que pode significar que foram obtidas as representações dos sujeitos que participaram do estudo a respeito da realidade, possivelmente nem sempre correspondendo à realidade em si. No entanto, foi possível a aproximação das representações dos/as assistentes sociais sobre os aspectos estudados, atendendo aos objetivos do estudo.

É necessário pontuar também que os dados foram colhidos em 2010 e analisados em 2013, condicionando a produção de informações a um expressivo intervalo de tempo.

Para compilação e análise, as informações obtidas foram organizadas neste estudo, a partir de três grupos, em itens relacionados aos municípios, às instituições e aos/as profissionais, conforme tratadas a seguir.

Os municípios e sua inserção na gestão do SUS

De acordo com os dados populacionais do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), os municípios são classificados por porte, na dependência do número de habitantes, diferenciando-se em pequeno, médio, grande porte e metrópole⁷. Dos 139 municípios visitados e considerados para a análise, 60 constituíam-se pelas definições desse órgão como de pequeno porte; 22 como médio porte; 54 de grande porte e 3 como metrópoles, entre os quais São Paulo, Guarulhos e Campinas. As 244 instituições em estudo, portanto, distribuíram-se pelos municípios, considerando-se que ocorreram números diferentes de visitas por cidade.

As informações obtidas apontaram para uma discrepância entre os dados oficiais e as representações dos/as profissionais em relação ao tamanho dos municípios em que atuavam. Foi possível notar nessa perspectiva que um número significativo de profissionais (50% daqueles/as que atuavam em municípios de grande porte) não se aproximava dos dados oficiais para suas análises, inferindo o tamanho da cidade. Tal fato poderia revelar, já em dados iniciais, dificuldades de parte significativa dos/as assistentes sociais em lidar com dados oficiais para a sistematização da realidade com que trabalham.

No estado de São Paulo⁸, 80,78% dos municípios são definidos como de pequeno porte (incluindo-se pequeno porte 1 e 2); 7,6% de médio porte; 11,16% de grande porte e 0,47%

⁷ Para o IBGE, são considerados municípios de pequeno porte 1: os que contêm até 20 mil habitantes; pequeno porte 2: os que possuem de 20.001 a 50.000 habitantes; médio porte: os de 50.001 até 100.000 habitantes; e os de grande porte: de 100.001 até 900.000 habitantes. Acima desse número, considera-se o município como metrópole. Para essa análise, contudo, obedeceu-se à padronização das questões do formulário que definia como município de pequeno porte os de até 50.000 habitantes.

⁸ Os 645 municípios do estado de São Paulo estão distribuídos como: pequeno porte – 521; médio porte – 49; grande porte – 72; metrópole – 3. (IBGE, Censo de 2010). Disponível em: http://cidades.ibge.gov.br/download/mapa_e_municipios.php?lang=&uf=sp - acesso em 27/10/2013.

de metrópoles, segundo os dados do IBGE. Quando, porém, são observadas as respostas dos/as assistentes sociais considerando como universo o número de municípios pesquisados (139), verifica-se a predominância de 46%, relacionadas a municípios de grande porte. Incluindo-se as metrópoles a esse dado, o número ultrapassa os 60%. O dado obtido tanto pode apontar para a lotação dos/as assistentes sociais em municípios de maior porte como também pode significar que as visitas foram realizadas concentrando-se nesses municípios.

Com relação à administração política das cidades, evidenciou-se a predominância, segundo os/as assistentes sociais entrevistados/as, dos partidos PSDB, DEM, PT, PMDB, PDT e PV, entre outros, como aponta a Tabela 1.

TABELA 1: Distribuição da administração política dos municípios⁹ referida pelos/as assistentes sociais da área da saúde no estado de São Paulo (2010)

Administração Política do Município	Respostas dos/as Entrevistados/as	
	Nº	%
PSDB	57	23,36%
DEM	34	13,93%
PT	33	13,52%
PMDB	14	5,74%
PDT	11	4,51%
PV	8	3,28%
PTB	7	2,87%
PPS	6	2,46%
PSB	6	2,46%
PFL	2	0,82%
PP	2	0,82%
PHS	1	0,41%
PL	1	0,41%
PST	1	0,41%
Indefinido	4	1,64%
Não Sabe	38	15,57%
Não Preenchido	19	7,79%
Total	244	100,00%

Fonte: Dados produzidos pelas entrevistas com os/as assistentes sociais da área da saúde, no estado de São Paulo

⁹ No estado de São Paulo, no período de 2008/2010, ocorria a inserção na administração política dos municípios, majoritariamente, do PSDB, inserindo-se em 26,98% deles; o PMDB em 13,33%; o PT em 11,01%; o PTB em 8,53% das cidades; o DEM em 6,82%; o PSD em 5,12%; o PSB e o PV, cada um deles, em 4,50% dos municípios, entre outros. Disponível em: www.tse.jus.br/eleicoes/estatisticas/estatisticas-eleicoes-2012 - acesso em 1º/11/2013.

Embora a maioria dos/as assistentes sociais informasse os partidos que ocupavam a gestão da cidade em que trabalhava, a adição dos dados indefinidos e ignorados em 17,21% das respostas possibilita observar que parte significativa dos/as profissionais em questão não acompanhava a administração política que definia a aplicação das políticas públicas nos municípios onde exercia seu trabalho.

É possível afirmar que os municípios estudados possuíam Conselho Municipal de Saúde. Embora nove assistentes sociais (3,69%) afirmassem não saber a respeito e uma resposta (0,41%) não ter sido preenchida, outros/as assistentes sociais do mesmo município informaram a existência do Conselho.

Significativa, porém, foi a resposta em relação à habilitação do município para a gestão do SUS¹⁰. Em 37,30% das entrevistas (91 instituições), foram referidos como habilitados para a Gestão Plena da Atenção Básica; 21,72% das entrevistas (53 instituições) referiram que o município habilitara-se para a Gestão Plena do Sistema. Apenas um formulário (0,41%) informava que o município não estava habilitado para qualquer tipo de gestão. Contudo, quatro formulários (1,64%) não tiveram esse dado preenchido, o que pode apontar tanto para uma falha na anotação como para a falta da informação. Pode-se observar ainda que em 38,93% dos formulários (referidos a 95 instituições visitadas), o/a entrevistado/a não soube informar a que gestão o município se habilitara. Se somados ao dado anterior, chega-se a 40,57% de dado ignorado pelos/as assistentes sociais sobre a realidade dos municípios e a política social em que atuavam.

Os/As profissionais informaram também que os municípios a que as instituições em que trabalhavam estavam referidas possuíam equipamentos de complexidades diferenciadas. Em 47,54% (116) das respostas, os/as profissionais informaram que os municípios tinham equipamentos de alta complexidade. Mas outros 13,11% (32) apontavam que a cidade contava com recursos de atenção básica e de média e alta complexidades. Somando-se esses dois dados, chega-se a 60,65% dos formulários, o que corresponde ao apontamento de que os municípios visitados eram majoritariamente de médio e grande portes. Observa-se, porém, uma dificuldade na padronização dos dados quando foram colhidos.

O mesmo se repete com as informações sobre equipamentos de atenção básica e de média complexidade. Obteve-se uma informação de que 25% (61) dos municípios contavam com recursos de média complexidade, e outros 2,05% (5) com instituições de atenção básica e de média complexidade. É preciso considerar que, se o município possuía equipamentos de média complexidade, possuiria também os de atenção básica. Portanto, esses dados somam-se em 27,05%.

¹⁰ A Norma em vigor (NOAS/SUS 01/02), instituída pelo MS, define duas formas de gestão municipal para o SUS: a) Gestão Plena da Atenção Básica, pela qual o município se habilita a receber um montante definido em base *per capita* para o financiamento das ações de atenção básica; b) Gestão Plena do Sistema Municipal, pela qual o município recebe o total de recursos federais programados para o custeio da assistência em seu território. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvsm/publicacoes/para_entender_gestao.pdf - acesso em 1º/11/2013 As modificações decorrentes da legislação encontram-se disponíveis em: <http://www.saude.sp.gov.br/ses/perfil/gestor/homepage/outros-destaques/formas-de-gestao-do-sus> - acesso em 20/12/2013.

Outros 8,20% (20) informavam que os municípios contavam com instituições prestadoras de atenção básica. Observou-se ainda que 1,64% (4) dos formulários não teve tais dados preenchidos e 2,46% (6) dos/as assistentes sociais não souberam informar o nível de complexidade que os recursos de atenção à saúde do município alcançavam. A Tabela 2 demonstra, em números absolutos e relativos, os dados apontados sobre o grau de complexidade dos equipamentos, por seccional.

Indagados/as, porém, sobre se os recursos de saúde do município seriam suficientes para responder às demandas e necessidades da população, a percepção de 70,08% dos/as profissionais (171 deles/as) era de que não respondiam. Apenas 21,31% (52) dos/as assistentes sociais entrevistados/as referiram que o município atendia às necessidades de saúde de sua população - a diferença está relacionada a 21 formulários (8,61%) não preenchidos.

Na questão em sequência, sobre se haveria na cidade previsão de ampliação do número dos equipamentos de saúde caso fosse necessário, 9,43% (23) das respostas apontavam que, na opinião dos/as entrevistados/as, nas instituições não havia previsão da ampliação dos recursos no município. 57,38% (140) entendiam, porém, que a ampliação dos recursos estava prevista nos municípios a que estavam referidos/as. Nessa questão, obteve-se a informação de que 20,90% (51) dos/as entrevistados/as ignoravam se haveria a previsão de expansão dos recursos, e 12,30% (30) das respostas não foram preenchidas.

As informações obtidas nesse item, que objetivavam tanto uma aproximação da realidade como a observação das representações dos/as profissionais a esse respeito, podem apontar para questões ligadas tanto à necessidade de capacitação continuada para o exercício profissional como também para repensar a formação na graduação dos/as assistentes sociais. Diferentes segmentos organizativos da profissão têm responsabilidade nesse processo, como as instituições formadoras, os órgãos de representação e os/as próprios/as assistentes sociais.

As informações a seguir tiveram o objetivo de buscar a compreensão da percepção dos/as assistentes sociais sobre as condições institucionais em que se inseriam profissionalmente.

As instituições, sua inserção na rede de atenção do SUS e o trabalho dos/as assistentes sociais

A administração pública nas últimas décadas no Brasil, principalmente na área da saúde, vem buscando formas diferenciadas de gestão, incluindo autarquias, fundações, entre outras. A situação instalada com a reforma do aparelho do Estado (1996), no governo de Fernando Henrique Cardoso, contudo, possibilitou a emergência do modelo da Organização Social de Saúde (OSS). Observa-se o claro propósito expresso no Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado – PDRAE (BRASIL, 1995), coordenado pelo então ministro Bresser Pereira - o documento visava à redução das ações do Estado como prestador de serviços nas políticas sociais, enquanto passava a ter efetivo empenho no fortalecimento das ações

TABELA 2: Distribuição por seccional das informações dos/as assistentes sociais visitados/as no estado de São Paulo sobre o grau de complexidade dos equipamentos nos municípios onde trabalhavam (2010)

Seccional	Básica		Média		Alta		Básica, Média e Alta		Básica e Média		Não Sabe		Não Preenchido		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
ABCDMRR	0	0,00%	5	8,20%	5	4,31%	4	12,50%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	14	5,74%
Araçatuba	1	5,00%	1	1,64%	1	0,86%	6	18,75%	0	0,00%	0	0,00%	1	25,00%	10	4,10%
Bauru	1	5,00%	2	3,28%	8	6,90%	3	9,38%	2	40,00%	0	0,00%	0	0,00%	16	6,56%
Campinas	0	0,00%	7	11,48%	8	6,90%	10	31,25%	1	20,00%	0	0,00%	0	0,00%	26	10,66%
Marília	2	10,00%	6	9,84%	11	9,48%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	19	7,79%
Presidente Prudente	5	25,00%	7	11,48%	4	3,45%	0	0,00%	2	40,00%	3	50,00%	0	0,00%	21	8,61%
Ribeirão Preto	1	5,00%	3	4,92%	8	6,90%	5	15,63%	0	0,00%	0	0,00%	1	25,00%	18	7,38%
Santos	2	10,00%	4	6,56%	2	1,72%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	1	25,00%	9	3,69%
São José do Rio Preto	5	25,00%	5	8,20%	15	12,93%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	25	10,25%
São José dos Campos	2	10,00%	7	11,48%	3	2,59%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	12	4,92%
São Paulo	1	5,00%	12	19,67%	46	39,66%	1	3,13%	0	0,00%	2	33,33%	1	25,00%	63	25,82%
Sorocaba	0	0,00%	2	3,28%	5	4,31%	3	9,38%	0	0,00%	1	16,67%	0	0,00%	11	4,51%
Total	20	100,00%	61	100,00%	116	100,00%	32	100,00%	5	100,00%	6	100,00%	4	100,00%	244	100,00%

Fonte: Dados produzidos pelas entrevistadas com os/as assistentes sociais da área da saúde, no estado de São Paulo

para as políticas econômicas e parceria público-privada, adotando o ideário neoliberal como referência programática (ANDERSON, 2000).

Duas consequências importantes, entre outras, evidenciam-se nessas escolhas do Estado, incidindo sobre o campo de ação dos/as assistentes sociais na política social: uma relacionada à participação da “sociedade civil” através de organizações sociais que se capacitam e assumem um contrato de gestão com repasse do fundo público para a gestão de equipamentos de prestação de serviços de saúde; o contrato de gestão estabelece metas, mas também ao contratado interessa o limite da capacidade de atenção. A outra é muito cara no Brasil aos movimentos sociais e à reforma sanitária, que buscaram instalar nas décadas de 1970 a 1990 o controle social da sociedade civil sobre as ações do Estado, invertendo o significado sociológico do controle social. Assim, do ponto de vista da reforma do aparelho do Estado, nota-se que a organização social é contratada pelo Estado, e é a este que deve prestar contas. Dessa maneira, o Estado exerce o controle, e nessa perspectiva distancia-se da sociedade civil, ou da população, dificultando o controle sobre ele, reassumindo o significado sociológico de controle social (MIRA, 2003).

Desde o final da década de 1990, as OSSs foram implantadas pelo estado de São Paulo para a gestão de hospitais recém-construídos à época. Na década de 2000, alguns municípios também passaram a afirmar esse contrato de gestão para diferentes equipamentos de saúde, como Unidades Básicas de Saúde (UBS) ou unidades do Programa Saúde da Família (PSF).

Das instituições visitadas, 70,90% (173) tinham participação na rede do SUS com administração direta municipal, enquanto 7,79% (19), através de gestão direta estadual e apenas uma instituição visitada, eram administradas diretamente pelo âmbito federal. Dessas instituições, duas (0,82%) foram apontadas como autarquias, e outras tantas como fundação. A gestão estatal indireta correspondeu a 31 das respostas, sendo 7,38% (18 instituições) OSSs; 2,87% (7) OSCIPs e 2,46% (6) sem modalidade discriminada. Em um formulário, essa questão não foi preenchida, e, em outro, o entrevistado não soube informar¹¹. Esses equipamentos de saúde distribuíam-se em diferentes níveis de complexidade, conforme apontados na Tabela 3.

Entre os equipamentos discriminados, distinguem-se majoritariamente as UBSs, os hospitais, os ambulatórios, os centros de referência. Observa-se na Tabela 3 o número elevado de informações indefinidas, agrupadas em “Outros”.

A população atendida nesses equipamentos, apontada em questões abertas, diversifica-se segundo a capacidade de atendimento e o serviço oferecido.

Quanto às ações dos equipamentos visitados, relacionadas aos/às seus/suas trabalhadores/as, observa-se que, segundo os/as entrevistados/as, 71,27% (175) não disponibilizavam plano de carreira, embora 60,25% (174) oferecessem cursos de capacitação para os/

¹¹ Entre as instituições que assinaram contrato de gestão com o estado ou município para a gestão das OSSs, encontram-se: Serviço Social da Construção Civil do Estado de São Paulo (Seconci-SP); Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina (SPDM), ligada à Universidade Federal de São Paulo (Unifesp); Fundação do ABC; Fundação Faculdade de Medicina, ligada à Universidade de São Paulo (USP); entidade filantrópica Hospital Santa Marcelina; Associação Congregação de Santa Catarina; Associação Santa Maria de Saúde; Associação Lar São Francisco da Previdência de Deus, entre outras. Observa-se aqui o número de instituições que mantêm faculdades de medicina interessadas em equipamentos de saúde de média e baixa complexidades.

TABELA 3: Distribuição em números absolutos e relativos das instituições de saúde visitadas, por tipo (São Paulo, 2010)

Tipo de Equipamento	Nº	%
Unidade Básica de Saúde	61	25,00%
Hospitais	44	18,03%
Hospital (indefinido)	42	17,21%
Hospital Psiquiátrico	2	0,82%
Centros de Referência	40	16,39%
Centro de Atenção Psicossocial	20	8,20%
Centro de Referência (indefinido)	16	6,56%
Centro de Referência, Ambulatório, Unidade Básica de Saúde	2	0,82%
Centro de Referência DST/Aids	2	0,82%
Ambulatórios	36	14,75%
Ambulatório	33	13,52%
Ambulatório Saúde Mental	2	0,82%
Ambulatório e Pronto-Socorro	1	0,41%
Pronto-Socorro	10	4,10%
Programa Saúde da Família	7	2,87%
Equipe de Programa Saúde da Família	4	1,64%
Núcleo de Apoio à Saúde da Família	3	1,23%
Outros	39	15,98%
Vigilância Sanitária	4	1,64%
Programa Viva Leite/ Bolsa Família na Saúde	1	0,41%
Central Regulação Vagas e Ambulatório Especialidades	1	0,41%
Gestor Regional de todos os Equipamentos	1	0,41%
Outros	32	13,11%
Não Preenchido	7	2,87%
Total	244	100,00%

Fonte: Dados produzidos pelas entrevistas com os/as assistentes sociais da área da saúde, no estado de São Paulo

INFO A SER CHECADAS?

as funcionários/as, 56,97% (139) incentivassem a participação dos/as trabalhadores/as em eventos e congressos, e 89,75% (219) não interpusessem obstáculos a essa participação.

Repetem-se aqui as condições gerais dos/as trabalhadores/as. O patronato de setores estatais ou do mercado incentiva a qualificação, que pode levar a melhores condições para

a produtividade. Melhores condições de trabalho ou de salário, contudo, demandam organização e reivindicação dos/as trabalhadores/as.

Obteve-se a informação de que 60,66% (148) das instituições não mantinham bibliotecas ou outros recursos para atualização dos/as trabalhadores/as. Das 86 instituições (35,25%) que contavam com tais recursos, 70 (81,40%) voltavam-se prioritariamente para a área da saúde e 41 (47,67%) mantinham acervo também voltado para a área profissional. Nessas instituições, nas respostas abertas, os/as assistentes sociais entrevistados/as informavam, com certa frequência, que seriam os/as próprios/as profissionais da área que se preocupavam em manter e levar o acervo para a instituição. Também nesse item, 4,10% (10) dos formulários não foram preenchidos.

Como serviço prestado pelas instituições, o Serviço Social tem existência em tempos diferenciados, conforme demonstra a Tabela 4.

TABELA 4: Distribuição em números absolutos e relativos do tempo de implantação do Serviço Social nas instituições visitadas (Estado de São Paulo, 2010)

Tempo de Implantação do Serviço Social	Nº	%
0 – 1 ano	21	8,61%
2 – 5 anos	58	23,77%
6 – 10 anos	45	18,44%
11 – 20 anos	57	23,36%
Mais de 20 anos	50	20,49%
Não Preenchido	2	0,82%
Não Sabe	11	4,51%
Total	244	100,00%

Fonte: Dados produzidos pelas entrevistas com os/as assistentes sociais da área da saúde, no estado de São Paulo

Segundo os dados apresentados na Tabela 4, e somadas as informações relativas às faixas de 11 a 20 anos e de mais de vinte anos, obtém-se 43,85% (107), revelando as instituições que contavam com o Serviço Social há mais tempo. Por outro lado, em 32,38% (79) dos equipamentos de saúde, o serviço tinha existência menor que cinco anos. Esses dados poderiam ter sido comparados, entretanto, com o tempo de existência da própria instituição, uma vez que, na área da saúde, os recursos tendem a se expandir por pressão popular para atender às constantes e crescentes necessidades da população. Consideraram-se aqui as demandas já reprimidas, como anteriormente apontadas pelos/as assistentes sociais entrevistados/as¹², ou pelo próprio desenvolvimento demográfico que agrega novas demandas.

Nos equipamentos de saúde em questão, o Serviço Social participava do organograma institucional como um setor específico em praticamente metade das instituições. Em 120 das instituições visitadas (49,18%), tratava-se de um setor específico, e 109 (44,67%), não.

¹² Ver Tabela 2, página 8.

A diferença na informação relacionava-se aos formulários não preenchidos. A chefia imediata do setor distribuía-se nas diferentes instituições com diversos/as profissionais, embora enfermeiros/as, médicos/as, assistentes sociais e psicólogos/as desempenhassem a função, majoritariamente, conforme os dados demonstrados na Tabela 5. Significativo, porém, o fato de que 7,79% (19) dos/as profissionais que participaram da pesquisa não soubessem da formação profissional de sua chefia imediata.

TABELA 5: Distribuição das profissões das chefias, informadas pelos/as assistentes sociais entrevistados/as nas instituições visitadas (São Paulo, 2010)

Formação da Chefia Imediata	Nº	%
Enfermeiro/a	60	24,59%
Médico/a	37	15,16%
Assistente Social	34	13,93%
Psicólogo/a	19	7,79%
Administrador/a	17	6,97%
Dentista	12	4,92%
Terapeuta Ocupacional	7	2,87%
Farmacêutico/a	6	2,46%
Pedagogo/a	4	1,64%
Fisioterapeuta	4	1,64%
Biólogo/a	3	1,23%
Veterinário/a	1	0,41%
Fonoaudiólogo/a	1	0,41%
Biomédico/a	1	0,41%
Engenheiro/a	1	0,41%
Matemático/a	1	0,41%
Nutricionista	1	0,41%
Biofarmacêutico/a	1	0,41%
Arquiteto/a	1	0,41%
Outros	6	2,46%
Não Sabe	19	7,79%
Não Preenchido	8	3,28%
Total Geral	244	100,00%

Fonte: Dados produzidos pelas entrevistas com os/as assistentes sociais da área da saúde, no estado de São Paulo

A seguir estão expostos os dados referidos ao trabalho dos/as assistentes sociais nas instituições.

A inserção do Serviço Social na instituição como setor ou serviço: o trabalho profissional

Constituiu-se em interesse deste estudo compreender a organização para o trabalho profissional do Serviço Social nas instituições. Quando não se inseria como setor específico, interessava entender sua organização como serviço. Assim, este trabalho objetivou a coleta de dados que observassem o planejamento, avaliação e sistematização das ações dos/as profissionais da área. Nessa direção, procurou entender os trabalhos desenvolvidos voltados para ações coletivas ou individualizadas, para as determinações institucionais, para o trabalho em equipe. Interessou-se também por conhecer as ações nas quais o Serviço Social participava e que se dirigiam à perspectiva interssetorial dentro do campo das políticas sociais. Buscou, também, observar a valorização atribuída ao Serviço Social na instituição, bem como questões éticas relacionadas ao exercício profissional.

Das instituições visitadas, em 59,02% (144) o Serviço Social fazia o planejamento de suas ações; em 38,11% (93) das instituições, porém, não o fazia. A periodicidade em que era realizada essa atividade, contudo, teve variação nas instituições visitadas, conforme a Tabela 6.

TABELA 6: Distribuição em números relativos e absolutos da periodicidade do planejamento das ações profissionais do setor ou serviço nas instituições que o realizavam (São Paulo, 2010)

Periodicidade do Planejamento de Ações Profissionais	Nº	%
Anual	78	54,17%
Semestral	5	3,47%
Mensal	9	6,25%
Conforme a Necessidade	32	22,22%
Não Preenchido	20	13,89%
Total Geral	144	100,00%

Fonte: Dados produzidos pelas entrevistas com os/as assistentes sociais da área da saúde, no estado de São Paulo

Na avaliação do trabalho profissional, os dados mantiveram-se próximos aos do planejamento. Em 143 (58,61%) das instituições, avaliava-se as ações desenvolvidas, e em 94 (38,52%) essa ação não ocorria. A diferença relaciona-se aos dados não preenchidos. Esses números repetem-se quando se discrimina o tipo de ação realizada pelo setor, sendo igual nas ações de estudos e pesquisas para identificação de demandas reais e potenciais dos/as usuários/as dos serviços.

Iamamoto (1998) propunha, já no final da década de 1990, o perfil dos/as assistentes sociais como *profissionais críticos/as, cultos/as e propositivos/as* em suas atividades. Para tanto, seria necessário entender o *conhecimento* obtido desde a graduação, que deveria ser ampliado durante toda a vida profissional, e a *instituição*, que possibilita a contratação e os meios de trabalho para os/as assistentes sociais, bem como sua inserção nas equipes, como *instrumentos de trabalho*.

Ainda nessa perspectiva, aquela autora analisava as responsabilidades de os/as assistentes sociais assumirem, não como “emprego”, mas como *trabalho*, suas ações, responsabilizando-se por capacitarem-se continuamente e refletirem sobre a realidade em que se inseriam para efetivar os resultados e produtos de sua atividade profissional¹³.

Embora metade dos serviços ou setores de Serviço Social nas instituições pesquisadas referisse proceder ao planejamento, à avaliação e à produção de estudos e pesquisas, levando à sistematização dos resultados para a identificação de demandas, emergiu neste estudo um número significativo de respostas negativas. Em torno de 40% das respostas apontavam que as ações do Serviço Social não eram repensadas.

Já o trabalho realizado nas instituições pelo Serviço Social, foi proposto como questão de interesse deste estudo, subdividida em itens diferenciados, entre os quais: estudos e pesquisas com segmentos dos/as usuários/as para identificação das demandas reais e potenciais; planejamento e coordenação de políticas e programas sociais; administração de benefícios; atendimento direto à população usuária; assessoria e consultoria em políticas sociais; assessoria e apoio a movimentos sociais e populares; e, ainda, outras ações possíveis desempenhadas.

O Gráfico 1 procura organizar as informações obtidas com tais questões.

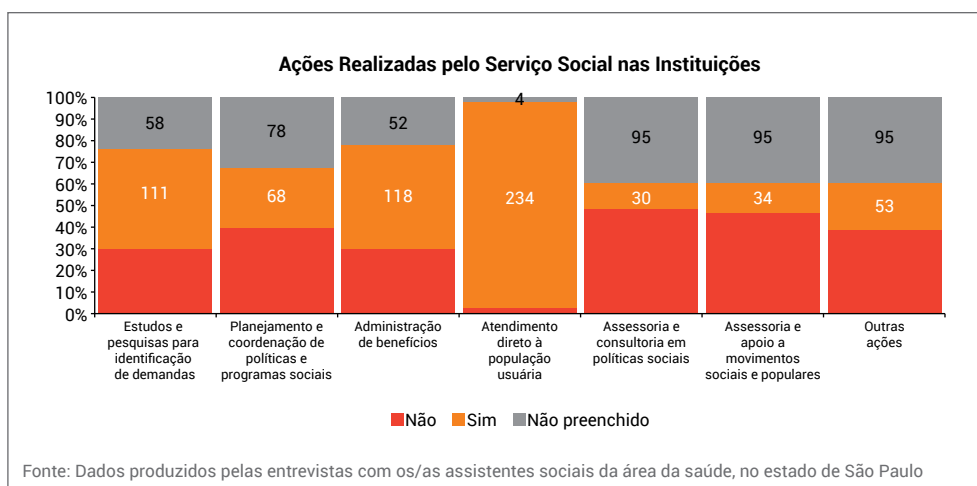


GRÁFICO 1: Distribuição em números relativos e absolutos das ações profissionais no setor ou serviço relacionado ao Serviço Social nas instituições visitadas (São Paulo, 2010)

O atendimento direto à população usuária mostra-se como majoritário nessa visualização das ações profissionais nas instituições visitadas, nas diferentes seccionais do CRESS no estado de São Paulo.

Da mesma forma evidencia-se o número reduzido de ações da área profissional quanto à assessoria de políticas sociais, campo de atuação direta da profissão. O mesmo ocorre quanto à assessoria e apoio a movimentos sociais e populares, expressão mais organizada das manifestações da questão social, objeto do trabalho na profissão.

¹³ O décimo princípio do Código de Ética dos/as Assistentes Sociais propõe o “compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população e com o aprimoramento intelectual, na perspectiva da competência profissional” (CFESS, 1993).

Vasconcelos (2000), discutindo as ações profissionais voltadas para diferentes projetos existentes no interior da profissão dos/as assistentes sociais no Brasil, observa que

“[...] para os assistentes sociais que tomam por objeto de ação a questão social – enquanto expressão da exploração do trabalho na sociedade capitalista – objetivando a articulação com os interesses e necessidades coletivas dos segmentos que vivem do trabalho, é indispensável a criação de espaços coletivos e individuais para o exercício de experiências democráticas, horizontais e solidárias, voltadas para a capacitação, organização e realização do controle social [...] na busca de ampliação e universalização de direitos (p. 127)”.

É possível afirmar que, mesmo não se posicionando claramente pelo projeto conservador, as ações profissionais, objetivamente, podem direcionar-se nessa perspectiva, quando os/as assistentes sociais não trabalham para a construção de outra ordem social, que não seja a de dominação.

Esclarece a autora que “na luta pela universalização e ampliação dos direitos enquanto caminho para outra ordenação social, busca-se assegurar processos públicos de tomadas de decisão e exercício de poder coletivo, que tomem o lugar da liderança pessoal, da competição, da concorrência, do anonimato” (VASCONCELOS, 2000. p. 127).

Relacionadas às atividades realizadas pelo Serviço Social nas ações diretas junto à população usuária, indagou-se nas instituições visitadas sobre as perspectivas coletivas e individuais. Em relação às coletivas, o Gráfico 2 procura expressar as informações obtidas.

São expressivas as respostas em negativo quanto às ações coletivas, mesmo em relação aos grupos de salas de espera, espaço tradicional da ação profissional na área da saúde.

Observa-se ainda que, se a equipe interprofissional ou multidisciplinar na área da saúde privilegia tradicionalmente ações educativas em grupos, os/as assistentes sociais mostraram adesão à proposta. Contudo, os objetivos das equipes voltam-se, por vezes, para buscar dos/as usuários/as a adesão ao tratamento a partir das informações veiculadas nos diferentes grupos, e, portanto, na direção do controle. É preciso indagar, portanto, qual seria a participação do Serviço Social nessas ações.

Nas ações individualizadas, a participação do Serviço Social inverte-se em relação aos/às usuários/as, como apontado no Gráfico 3. Na questão em análise apareciam quatro alternativas para a atenção individualizada ao/à usuário/a, como atendimento em plantão; atendimento agendado; atendimento no domicílio e outros atendimentos¹⁴. Estão relacionados no Gráfico 3 os três primeiros.

A procura por atendimento na área da saúde, ou pelo direito a ele, coloca o/a usuário/a do sistema frente ao problema que o/a atinge pessoalmente. Nesse sentido, a atenção curativa à saúde inicia-se com uma ação individualizada: cada um/a buscando atenção para os seus males.

¹⁴ Em “outros atendimentos” repete-se o atendimento à demanda espontânea; atendimento no leito, com mais frequência. Mas também foram informados: atendimento familiar; atendimento a denúncias; atendimento de emergência; avaliação social para o poder judiciário.



GRÁFICO 2: Distribuição em números absolutos e relativos das ações coletivas relacionadas à população usuária informada nas instituições visitadas (São Paulo, 2010)

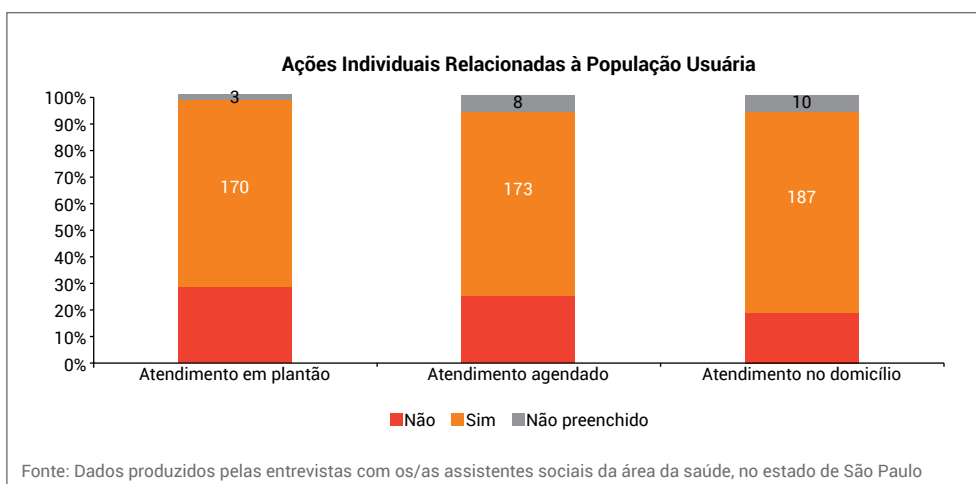


GRÁFICO 3: Distribuição das ações individualizadas relacionadas à população usuária informada nas instituições visitadas (São Paulo, 2010)

Observa-se aqui as diferentes concepções de saúde com as quais se propõem serviços. Caso entenda-se a saúde como ausência de doença, os serviços são organizados para dar conta da perspectiva curativa, abrindo-se cada vez mais ambulatórios e pronto-socorros e atendimento individualizados. Caso se entenda a saúde como resultante das condições de vida, os problemas que aparecem em cada um seriam consequências das relações sociais que estabelecem lugares diferenciados para homens, mulheres e crianças que pertencem a classes sociais distintas. Nessa perspectiva, as demandas de todos precisam de atenção, não apenas individuais, mas que observem condições de vida, o que atualmente na sociedade brasileira remete à necessidade de acesso a políticas sociais e outros direitos sociais.

A procura pelo Serviço Social, em geral, inicia-se também dessa maneira e demanda tal atenção. Portanto, é significativo que dos atendimentos do Serviço Social, aproximadamente 70% se deem de forma individualizada no plantão, por agendamento e no domicílio. Seria importante, contudo, principalmente em relação ao Serviço Social na área da saúde, saber de que maneira as demandas individuais são avaliadas e respondidas, privilegiando a concepção sobre as questões que são coletivas, estando referidas a condições de vida.

A partir dessa questão, o interesse voltava-se, de forma insistente neste estudo, para entender se nas ações individualizadas, ação majoritariamente emergente na atividade profissional das instituições, o Serviço Social realizava a sistematização dos dados para análise, proposições e planejamento. Nessa perspectiva, obteve-se 60,66% (148) de respostas negativas e 34,84% (85) de respostas positivas, invertendo-se, ainda, informações anteriores¹⁵. Dos formulários, 11 (4,51%) não foram preenchidos.

A reivindicação dos/as assistentes sociais aos órgãos de representação, em especial CRESS e CFESS, sobre a construção de parâmetros para a ação profissional na área da saúde, e o empenho organizativo daquele conjunto, resultou na publicação, pelo CFESS, dos *Parâmetros para a Atuação dos/as Assistentes Sociais na Política de Saúde* (CFESS, 2010). A Lei de Regulamentação da Profissão, Lei 8.662/93 e os *Parâmetros* também têm sido referências importantes para a ação profissional dos/as assistentes sociais na área da saúde.

Mesmo assim, por vezes, os/as assistentes sociais têm assumido demandas que não são de sua competência. Dessa forma, este estudo interessou-se em saber se, nas diferentes instituições visitadas, o Serviço Social assumia a comunicação de óbito à família. Trata-se de uma prerrogativa médica, por definição legal, mas que, por vezes, algumas instituições hospitalares atribuem-na ao/à assistente social. O Gráfico 4 organiza as respostas obtidas quanto aos números relativos.

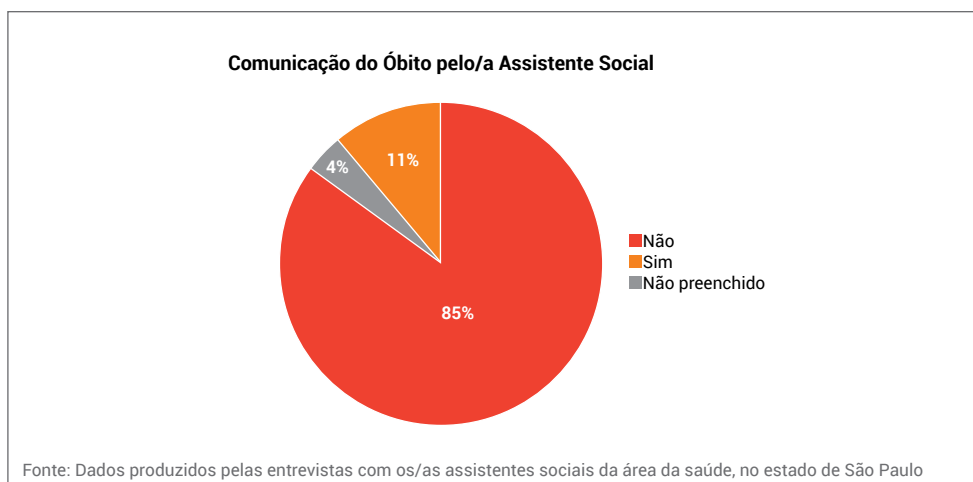


GRÁFICO 4: Distribuição por porcentagem da ação profissional relacionada à comunicação de óbito nas instituições visitadas (São Paulo, 2010)

¹⁵ Observar informações produzidas em questão anterior, já analisada na [página 15](#) deste trabalho.

Embora a ação seja minoritária e entre as instituições visitadas, observa-se a sua existência, mesmo contrariando determinações legais.

Das 244 instituições visitadas, foram obtidas 27 respostas positivas e nove respostas não preenchidas. Da amostra considerada, 208 instituições não demandavam a comunicação de óbito para o Serviço Social. Ainda nessa questão, indagava-se para os casos afirmativos em quais situações isso ocorria. A questão dissertativa gerou respostas que remetiam a um tempo passado, tendo ocorrido na implantação do serviço, por exemplo; a um determinado período, relacionado, por exemplo, ao final de semana; ou na ausência de um/a determinado/a profissional. Incidia ainda quando a pessoa era internada sem identificação pessoal; ou quando residia em outro município.

Interessava também saber se, além dessa ação, estariam sendo realizadas outras que não seriam da competência dos/as assistentes sociais. As respostas dissertativas apontavam para questões como a entrega de medicamentos; comunicação de diagnóstico (HIV/Aids); orientação sobre funeral; acompanhamento de usuários/as no atendimento em outras instituições de saúde; agendamento de exames e consultas; atividades administrativas; limpeza e organização do espaço de trabalho; solicitação de transportes e ambulâncias, entre outras. Além das ações individuais e coletivas voltadas para os/as usuários/as, interessava também entender se o Serviço Social participava de outras frentes de trabalho nas instituições. As respostas foram organizadas no Gráfico 5.

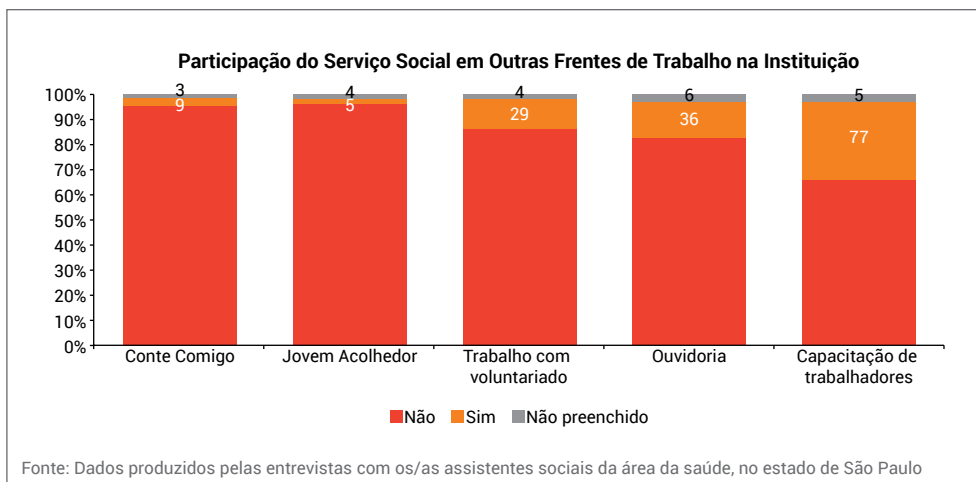


GRÁFICO 5: Distribuição em números absolutos e relativos da participação do Serviço Social em outras frentes de trabalho nas instituições visitadas (São Paulo, 2010)

Os programas elencados no Gráfico 5 fazem parte das estratégias da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo (SSESP), que atende aos desdobramentos da proposta de humanização nos atendimentos de saúde do SUS¹⁶.

¹⁶ Dados disponíveis em: www.saude.sp.gov.br/resources/humanizacao/homepage/acesso-rapido/politica_estadual_de_humanizacao_v5.pdf - acesso em 8/11/2013.

O *Conte Comigo* é um serviço implantado em instituições de saúde estaduais, dirigido à “humanização” do atendimento prestado. O portal da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo informava que o serviço encontrava-se em funcionamento em 36 hospitais, dois centros de referência e três ambulatórios de especialidades, tendo por objetivo “servir de orientador da direção no que respeita à qualidade, à satisfação e aos direitos do usuário, [para] avaliar as atividades da organização e tornar o atendimento mais humano e personalizado”¹⁷. Observou-se que apenas 3,69% dos/as assistentes sociais inseriam-se nessa proposta.

O *Jovens Acolhedores* é um programa da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo que propõe a participação de universitários no acolhimento de usuários/as e/ou cuidadores/as, buscando a “humanização” das relações em algumas instituições de saúde no estado de São Paulo. O portal da Secretaria de Saúde refere que o programa oferece “[...] orientações e auxílio para eventuais necessidades, dúvidas e queixas. Também tem como responsabilidade a aplicação de pesquisas de satisfação e qualidade em relação aos serviços de saúde prestados”¹⁸. Nessa proposta da Secretaria, o Serviço Social inseria-se em apenas 2,05% das instituições de saúde visitadas.

O Serviço Social participava de trabalhos com voluntários/as em 11,89% das instituições visitadas. O serviço de ouvidoria, também voltado à “humanização”, teve 14,75% de participação do Serviço Social nas instituições visitadas, já denotando elevação da inserção dos/as assistentes sociais na proposta. Nas ações de capacitação dos/as trabalhadores/as, contudo, a participação do Serviço Social subiu para 31,56%.

Observando-se a baixa adesão dos/as assistentes sociais em tais projetos, é preciso pontuar que relações de prática de civilidade são essenciais para a convivência. Porém, humanizam-se ações de saúde, quando se garante o acesso à assistência em resposta às necessidades dos/as cidadãos/ãs em patamares civilizatórios atuais, com os recursos atualmente desenvolvidos.

Propostas que procuram “humanizar” atendimentos, mantendo-se longas filas e esperas que antecedem os atendimentos e que com frequência limitam a vida; atendimentos que espalham macas e cadeiras de rodas pelos corredores de instituições; atendimentos que focam órgãos e sistemas biológicos em detrimento de uma atenção integral, mostram-se contraditórias.

O estudo também buscou conhecer a inserção do Serviço Social em ações interssetoriais ligadas a instituições e políticas sociais diferenciadas. O Gráfico 6 contém os dados relacionados a esse interesse.

Trata-se de um trabalho, realizado pelos/as assistentes sociais, relacionado à organização de cadastro de instituições de diferentes políticas sociais, voltado às necessidades da população usuária. Pode-se observar no Gráfico 6 que os contatos institucionais, incluindo visitas, eram significativamente realizados pelos/as assistentes sociais, considerando-se ainda diferentes políticas sociais. Na promoção da rede de instituições, no entanto, que demanda ações organizativas, é possível observar a diminuição da participação do Serviço Social.

¹⁷ Informações no Portal da Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo, em: www.saude.sp.gov.br/humanizacao/homepage/acesso-rapido/conte-comigo - acesso em 8/11/2013.

¹⁸ Informações no portal da Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo, em: [/www.saude.sp.gov.br/instituto-paulista-de-geriatria-e-gerontologia-ipgg-jose-ermirio-de-moraes/acoes-de-humanizacao/jovens-acolhedores](http://www.saude.sp.gov.br/instituto-paulista-de-geriatria-e-gerontologia-ipgg-jose-ermirio-de-moraes/acoes-de-humanizacao/jovens-acolhedores) - acesso em 8/11/2013.

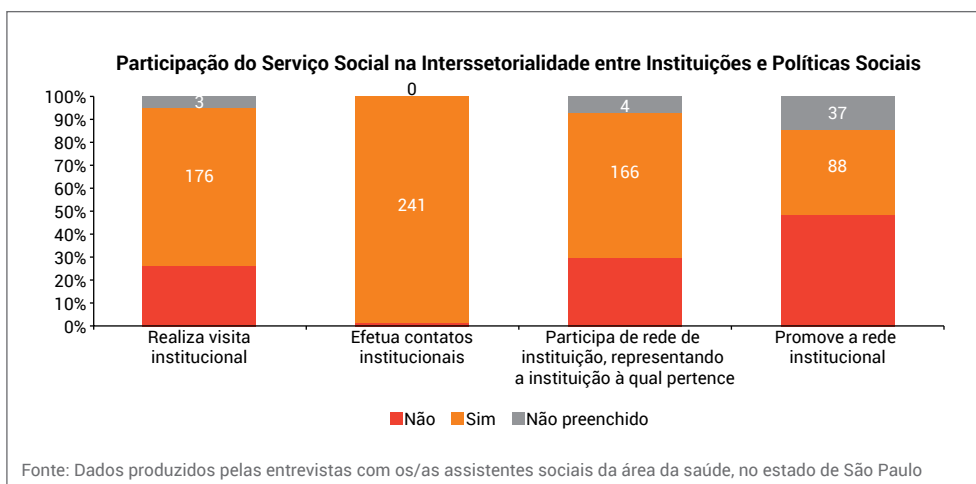


GRÁFICO 6: Distribuição em números absolutos e relativos da participação do Serviço Social na interssetorialidade de instituições e políticas sociais a partir das instituições visitadas (São Paulo, 2010)

É preciso considerar, contudo, que na área da saúde, quando o SUS foi instituído, a rede de equipamentos e recursos deveria ser organizada pelo próprio sistema, uma vez que previa ações referenciadas entre diferentes níveis de complexidade e diferentes instituições.

Quanto à participação do Serviço Social em *equipes multi/interdisciplinares*¹⁹, este estudo encontrou respostas positivas relacionadas a 85,25% (208). Em 13,11% das instituições, o Serviço Social não participava de equipes com outras profissões. Em quatro formulários (1,64%), o dado não foi preenchido. No Gráfico 7, procurou-se demonstrar, por seccional, a composição das equipes com os/as diferentes profissionais. Observa-se que, além dos/as assistentes sociais, enfermeiros/as, médicos/as, psicólogos/as, auxiliares administrativos/as e agentes comunitários/as, estavam presentes nas equipes em todas as seccionais. Entre os/as profissionais computados/as, fonoaudiólogos/as e dentistas inseriam-se em menor número e nem sempre compunham as equipes nas seccionais.

É preciso esclarecer ainda que no Gráfico 7 os dados estão relacionados a cada seccional, sendo que os números absolutos e relativos estão referidos a cada uma delas. Comparam-se no gráfico as quantidades diferenciadas de profissionais por segmento. Na região da sede, em São Paulo, foi realizado maior número de visitas, concentrando maior número de profissionais. O mesmo aconteceu com a região de Campinas.

Os/As entrevistados/as informaram que as equipes reuniam-se para, repensar o trabalho conjunto, como procura demonstrar o Gráfico 8.

¹⁹ Moreira entende a "interdisciplinaridade como uma relação horizontal entre profissionais de formações diferentes, partícipes conjuntamente de ações de trabalho que possuam objetivos político-profissionais convergentes, em que cada um desses sujeitos contribua com seus saberes através de relações democráticas, menos rígidas e limitadoras da expressão crítica e criativa entre os profissionais". Baseando-se em Minayo, refere o autor que "a interdisciplinaridade não é sinônimo de sobreposição de várias faculdades no mesmo lugar, ou no ajuntamento de vários especialistas com suas linguagens, sentados uns ao lado de outros" (2013, p.120-121).

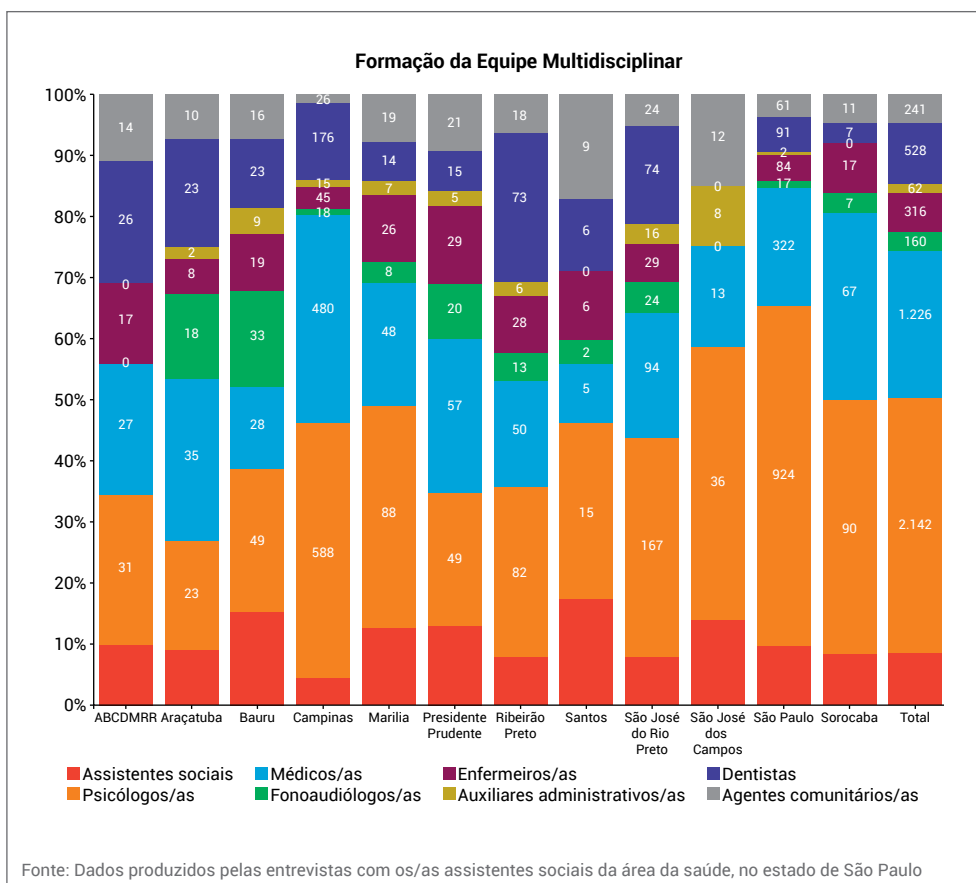


GRÁFICO 7: Distribuição por seccional da composição das equipes multi/interdisciplinares nas instituições de saúde visitadas (São Paulo, 2010)

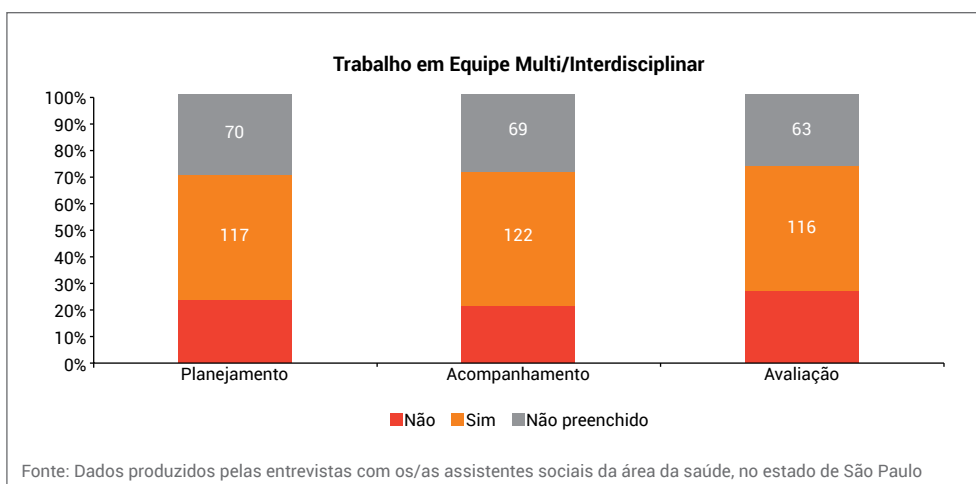


GRÁFICO 8: Distribuição das ações de organização do trabalho em equipes nas instituições visitadas (São Paulo, 2010)

No Gráfico 8, é possível observar diferenças nos enfoques do trabalho realizado em equipes.

O trabalho interdisciplinar está referido a uma ação conjunta, em que os/as diferentes profissionais reúnem-se para discutir a proposta comum. Assim, nesse tipo de trabalho, promove-se encontros para planejar, avaliar e, durante o desenvolvimento de trabalho, realizar o acompanhamento necessário para possíveis ajustes. Os/As trabalhadores/as mantêm sua especificidade profissional, e complementam-se na atenção necessária.

Os dados na segunda faixa das colunas apontam para o trabalho realizado por equipes que podem demonstrar essa perspectiva, nas referências dos/as assistentes sociais entrevistados/as.

A primeira faixa do Gráfico 8 poderia estar referida a equipes multiprofissionais. Os/As trabalhadores/as, nessas equipes, podem atuar na mesma instituição, possibilitando aos/às usuários/as o atendimento por diferentes profissionais, nem sempre discutindo, conjuntamente, o atendimento realizado. O Gráfico 9 procura evidenciar as diferentes formações profissionais na coordenação dessas equipes.

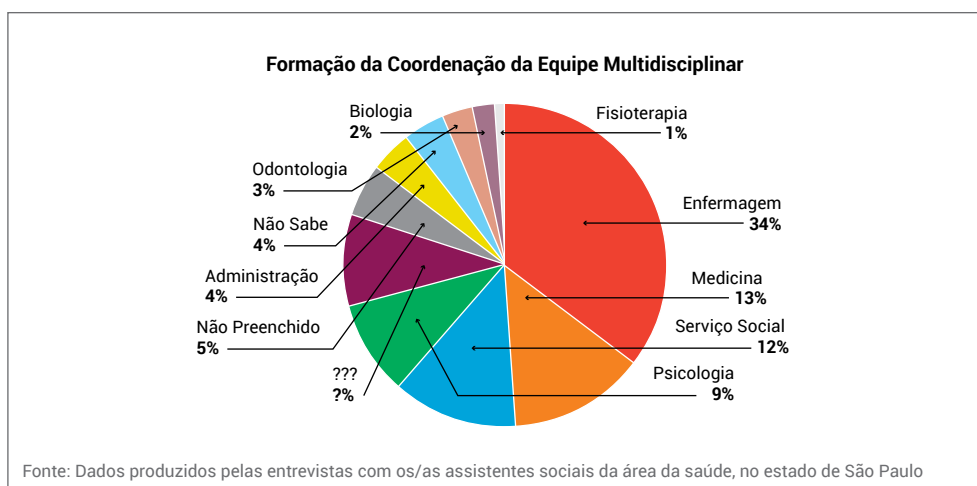


GRÁFICO 9: Distribuição dos dados relativos sobre a formação profissional dos/as coordenadores/as das equipes multi/interprofissional

O Gráfico 9 demonstra a predominância da enfermagem na coordenação das equipes. Mas médicos/as e assistentes sociais fazem a coordenação praticamente na mesma proporção. Nessas equipes, havia rodízio em 23 delas (9,43%). Em 75,41% das equipes (184), os membros não revezavam na coordenação.

Este estudo também se interessou em saber a respeito da maneira como o Serviço Social na instituição cuidava do registro de dados, da elaboração de relatórios e da sistematização de dados. Em algumas instituições, o Serviço Social anotava as informações produzidas em prontuários institucionais e também em relatórios próprios do setor.

O Gráfico 10 discrimina as informações de anotações em um e outro tipo.

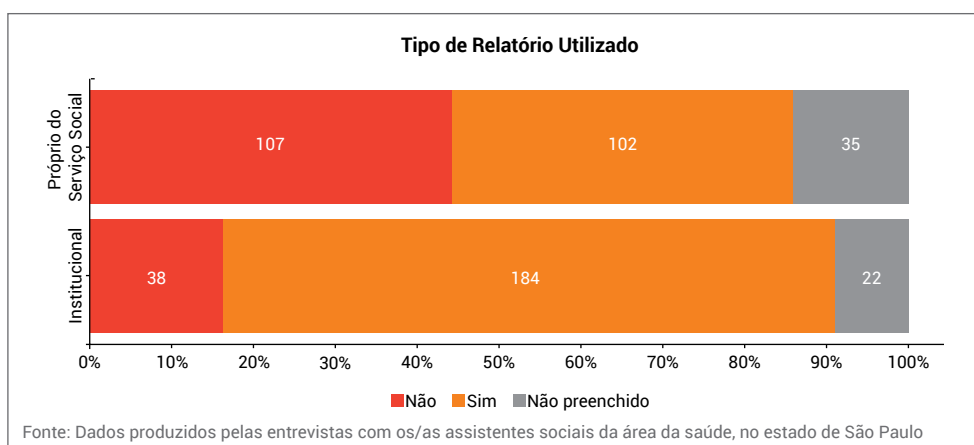


GRÁFICO 10: Distribuição em números absolutos e relativos das informações do Serviço Social sobre o tipo de relatório adotado nas instituições visitadas (São Paulo, 2010)

O Serviço Social também informou produzir relatórios próprios do setor em 61% das instituições visitadas, como demonstra o Gráfico 11.

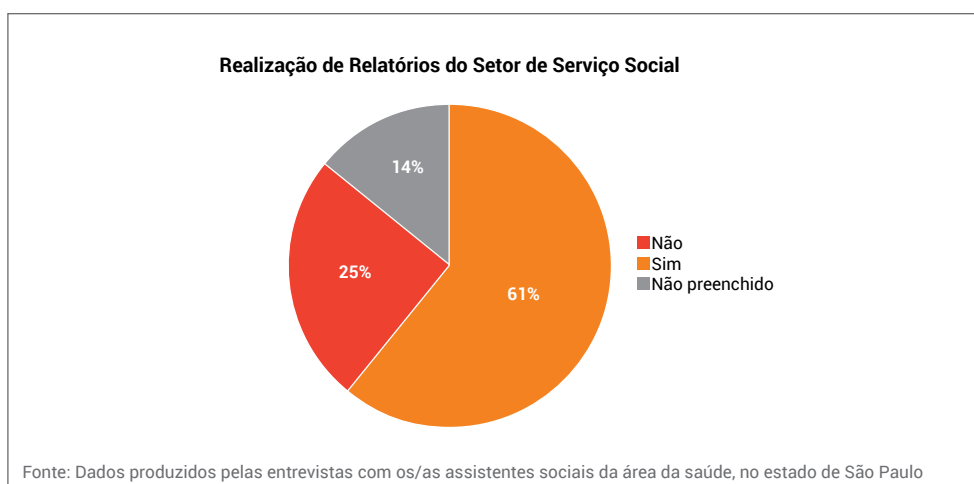


GRÁFICO 11: Distribuição percentual das informações sobre produção de relatório do setor nas instituições visitadas (São Paulo, 2010)

Os relatórios do setor tendem a ser exigências institucionais buscando a coleta de dados de produtividade dos diferentes setores da instituição.

Talvez esse dado relacione a inversão dos números obtidos em relação à sistematização das ações desenvolvidas e informadas em diferentes momentos neste estudo: quando se trata de uma exigência institucional, o setor de Serviço Social pode responder por aproximadamente 60% de registros; quando se trata de uma iniciativa dos/as profissionais da área, o registro pode estar relacionado aos 40% informados.

Os relatórios do setor são produzidos em periodicidades diferenciadas, como demonstra o Gráfico 12, embora o relatório mensal seja o mais frequente.

Os relatórios do Serviço Social nas instituições são qualitativos, prioritariamente, como informados para este estudo, embora haja 22% de relatórios quantitativos, como informa o Gráfico 13.

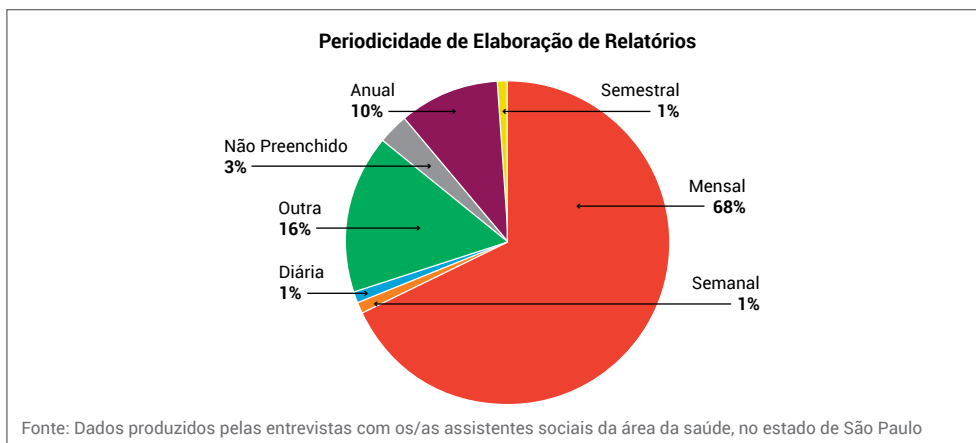


GRÁFICO 12: Distribuição percentual das informações do Serviço Social sobre a produção de relatório do setor nas instituições visitadas (São Paulo, 2010)

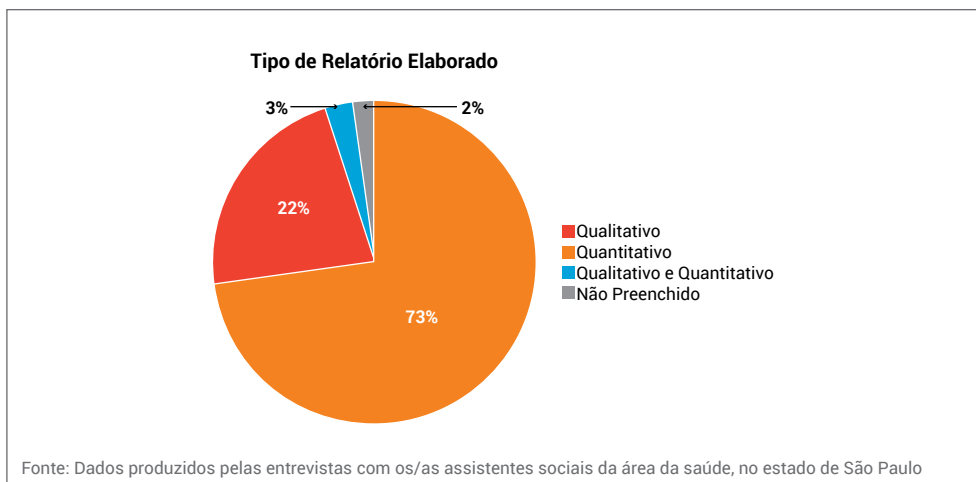


GRÁFICO 13: Distribuição percentual das informações do Serviço Social sobre o tipo de relatório do setor nas instituições visitadas (São Paulo, 2010)

O estudo também colheu as informações sobre possíveis exigências da instituição, para a produtividade dos/as assistentes sociais a ele ligados/as. Os dados extraídos dos formulários revelam que, segundo as respostas coletadas, em 181 (74,18%) instituições essa exigência não era feita ao setor. Ocorria, por outro lado, em 48 (19,67%) instituições.

O Gráfico 14 expõe os dados percentuais aproximados sobre as exigências da produtividade nas instituições visitadas.

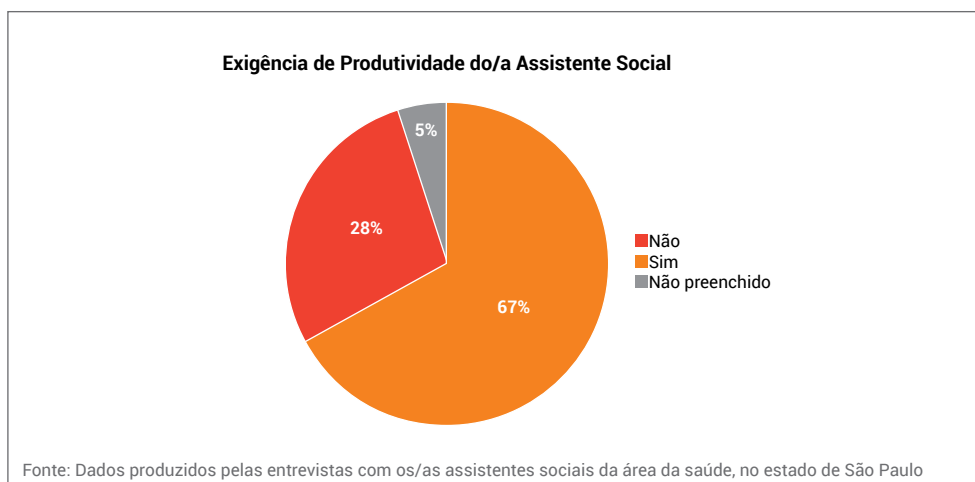


GRÁFICO 14: Distribuição percentual aproximada das informações do Serviço Social sobre possíveis exigências aos/às assistentes sociais nas instituições visitadas (São Paulo, 2010)

Nas instituições em que se exigia dos/as assistentes sociais produtividade, indagou-se ainda se tais exigências seriam compatíveis com a demanda, ou ainda com os recursos disponíveis, obtendo-se as informações contidas no Gráfico 15. Interessante observar que nas duas condições ocorreu a interpretação do setor nas instituições de que as exigências seriam compatíveis com a demanda - ou com os recursos, em menor proporção.

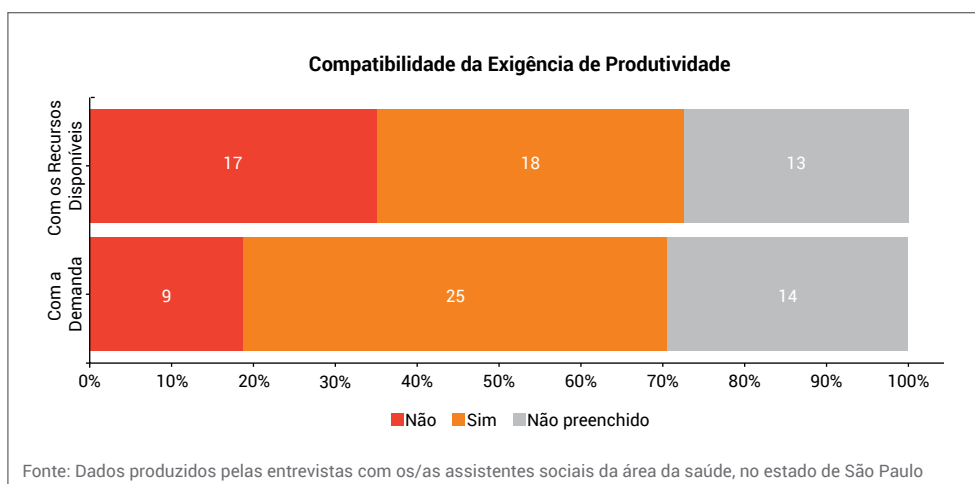


GRÁFICO 15: Distribuição percentual das informações do Serviço Social sobre a compatibilidade das exigências aos/às assistentes sociais nas instituições visitadas (São Paulo, 2010)

O estudo preocupou-se também com as condições da formação profissional, a partir da acolhida na instituição, de estagiários/as de Serviço Social. Em 20,08% (49) das instituições, havia campos de estágio e, em 71,31% (174) não era oferecido estágio em Serviço Social. Chama a atenção a proporção entre as instituições que oferecem ou não campo de estágio em Serviço Social.

É preciso considerar o volume de trabalho que a abertura e a continuidade do campo de estágio demandam dos/as profissionais da área, levando em conta que se trata de uma atividade privativa dos/as assistentes sociais e que não pressupõe remuneração.

Contudo, é necessário observar também que um campo de estágio solicita planejamento, acompanhamento, avaliação do trabalho profissional. Exige reflexão sobre as atividades desenvolvidas e atualização teórica constante dos/as profissionais que supervisionam e/ou trabalham nas instituições. Assim, é possível afirmar que o campo de estágio, que desenvolve ações de formação profissional, tende a desencadear um processo que qualifica o trabalho desenvolvido e a atenção prestada aos/às usuários/as. Nesse sentido, seria desejável e importante a expansão de tais campos.

O Gráfico 16 expõe os dados relativos aproximados da existência de campos de estágio nas instituições visitadas.

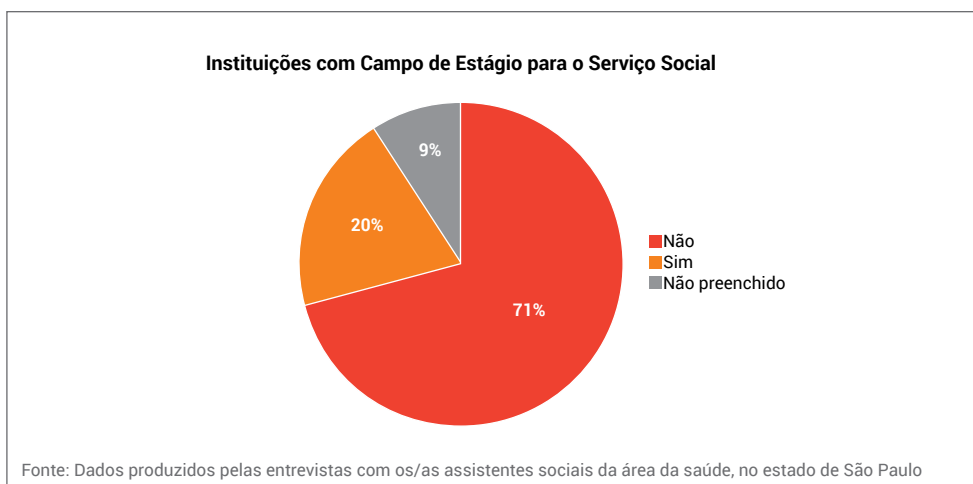


GRÁFICO 16: Distribuição em números relativos aproximados das instituições visitadas que mantêm campos de estágio para o Serviço Social (São Paulo, 2010)

O Gráfico 17 refere-se às 49 instituições que mantinham campo de estágio. Em 53,06% (26) delas havia apenas um/a estagiário/a; 22,45% (11) das instituições contavam com a presença de dois/duas; e, em uma, a presença de 9 (nove) estagiários/as²⁰.

²⁰ O parágrafo único do Art. 3º da Resolução 533 do CFESS determina que “A definição do número de estagiários a serem supervisionados deve levar em conta a carga horária do supervisor de campo, as peculiaridades do campo de estágio e a complexidade das atividades profissionais, sendo que o limite máximo não deverá exceder 1 (um) estagiário para cada 10 (dez) horas semanais de trabalho” (CFESS, 2008).



GRÁFICO 17: Distribuição em números relativos aproximados e absolutos de estagiários/as, nas instituições visitadas, que mantinham campos de estágio para o Serviço Social (São Paulo, 2010)

Observa-se a informação no gráfico a seguir sobre duas instituições que confirmaram, em dados anteriores, não ter estagiários/as no momento da pesquisa apesar de se constituírem como campo de estágio.

O Serviço Social no Brasil historicamente foi construindo a base legal necessária à regulamentação do exercício profissional. Relacionada à supervisão direta de estágio em Serviço Social, o CFESS publicou em 29 de setembro de 2008 a Resolução 533²¹. Este estudo interessou-se em saber se os/as profissionais que supervisionavam conheciam a Resolução. Entre as 49 instituições visitadas que referiram ter campo de estágio para o Serviço Social, 35 (71,43%) responderam positivamente, mas em 14 (28,57%) os/as profissionais a desconheciam.

Esse dado, embora refira a números minoritários, se mostra relevante para ações de capacitação que devem envolver as instituições de ensino, os órgãos organizativos da profissão, bem como os/as próprios/as assistentes sociais que participam direta e indiretamente de supervisão de alunos/as de graduação em Serviço Social.

Entre as 49 instituições visitadas, obteve-se a informação de que em 42 (85,72%) delas era elaborado plano de estágio, e, nessas, o plano mantinha correspondência com o planejamento do setor.

As respostas apontaram que os/as estagiários/as, no desempenho dessa função nas instituições visitadas, contavam com supervisão acadêmica em 46 (93,88%) delas. Em um formulário, o dado não foi preenchido. Dois formulários respondiam negativamente à questão, coincidindo com a informação anterior que reportava a dois campos de estágio sem estagiários/as no momento da realização das entrevistas.

O estudo interessou-se também em compreender como era realizada a supervisão de campo. A questão aberta possibilitou conhecer a periodicidade em que incidia. Apesar das

²¹ Disponível em: <http://www.cfess.org.br/visualizar/busca?q=Resolu%C3%A7%C3%A3o%533> - acesso em: 11/11/2013.

informações sobre supervisões quinzenais e semanais, foi expressiva a quantidade de respostas que apontavam ocorrências diárias, e a cada atividade realizada.

Trata-se de uma informação que necessita de aprofundamento, dado que a resposta aponta para uma imersão no trabalho cotidiano, quando a supervisão exige, também, um distanciamento desse espaço-tempo que possibilite análise e reflexão.

Foi informado ainda que em uma instituição havia a preocupação em estabelecer o limite de dois/duas estagiários/as por profissional que fizesse a supervisão. A participação das Unidades de Formação Acadêmica (UFAs) também foi referida com dados adicionais sobre a interlocução entre o curso de Serviço Social e os campos de estágio. Obteve-se a informação de que entre os primeiros havia os que faziam a interlocução periódica com reuniões e cursos de capacitação. Ocorriam também os que possibilitavam a visita do/a supervisor/a acadêmico/a ao campo de estágio. Alguns/Algumas enviavam aos campos de estágio roteiros de supervisão.

Em relação às UFAs de procedência dos/as estagiários/as, foram informadas as instituições que oferecem cursos²² presenciais e a distância.

Os/As alunos/as que faziam estágio nas instituições visitadas estavam matriculados em diferentes períodos nos cursos de Serviço Social. O Gráfico 18 procura organizar as informações obtidas nessa questão, por ano do curso.

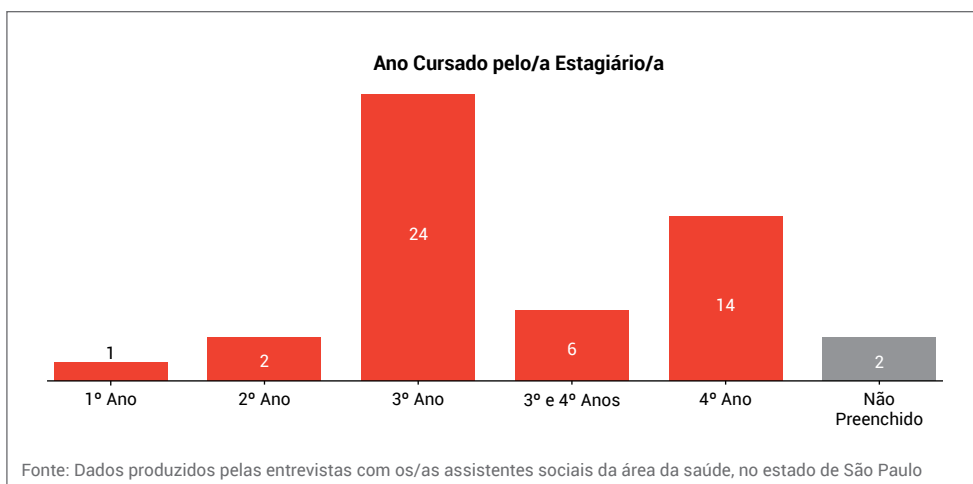


GRÁFICO 18: Distribuição em números absolutos do ano cursado pelos/as estagiários/as de Serviço Social, presentes nas instituições visitadas, que mantinham campos de estágio (São Paulo, 2010)

A entrada do/a aluno/a em estágio depende de ele/a ter cursado disciplinas que se colocam como pré-requisitos obrigatórios, como *Ética* e *Fundamentos Históricos, Teóricos, Metodológicos do Serviço Social*. Deve ocorrer, portanto, a partir do quinto semestre ou

²² Entre eles encontram-se PUC-SP, UNIFAI, UNIFMU, UNINOVE, UNICASTELO, Universidade São Francisco, UNIESP, UnG, UNISANTOS, UNAERP, UNIP, UNITAU, UNILAGO, UNISAL, UNIJALES, UNIDERP/Anhanguera, IMAPES/Anhanguera, Anhanguera, UNIVAP, UNIFAC, UNIFANDRA, UNIFIA, UNILINS, UNIMAR, UNITINS, UNIPAR, UNIDERP, CEUNESP, COC, FIMI, FUNDEC, UNIFANDRA, ITE, INITOLEDO, Tijuçussu, AEMS,

terceiro ano do curso. Os dados revelados neste estudo demandam aprofundamento quanto às informações sobre estagiários/as de primeiro e segundo anos.

Este estudo interessou-se também em conhecer a modalidade de ensino cursada pelos/as estagiários/as. O Gráfico 19 dispõe as informações obtidas com a questão.

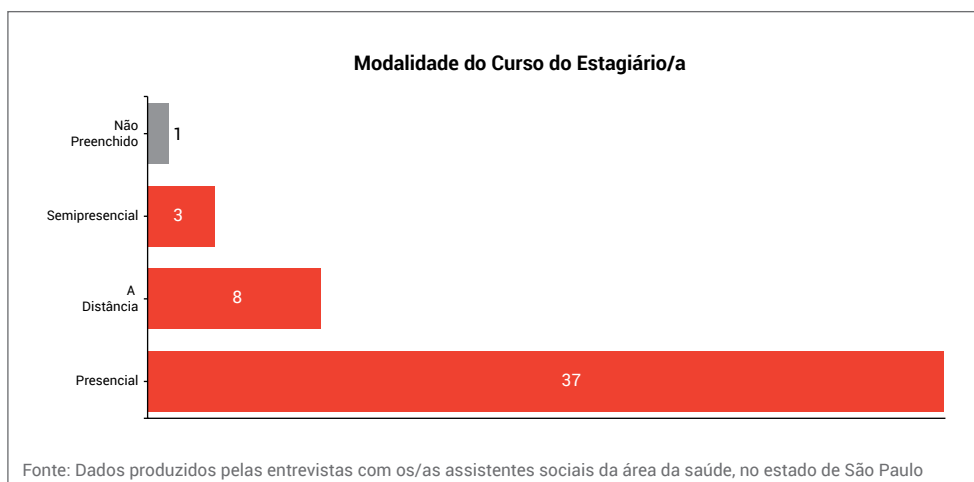


GRÁFICO 19: Distribuição em números absolutos da modalidade cursada pelos/as estagiários/as de Serviço Social, presentes nas instituições visitadas, que mantinham campos de estágio (São Paulo – 2010)

Nas instituições que mantinham campo de estágio, era necessário entender a avaliação sobre a adequação da modalidade de ensino cursada pelos/as estagiários/as, do setor de Serviço Social. A Tabela 7 procura organizar essas informações.

Observa-se atualmente no Brasil a significativa transformação da educação e da saúde, entre outros direitos sociais em serviço, dirigidos a uma população de consumidores/as. Quanto ao ensino superior, observa-se intenso debate a respeito da qualidade da formação prestada por empresas de ensino em cursos presenciais e a distância.

A precária qualidade da formação que pode estar ocorrendo em cursos organizados por algumas dessas empresas coloca um expressivo desafio para a formação do perfil profissional definido pelas Diretrizes Curriculares (ABESS, 1996), desejado e manifestado pela categoria dos/as assistentes sociais por meio de seus órgãos de representação.

Na Tabela 7 observa-se que o Serviço Social nas instituições visitadas avalia como inadequadas tanto as modalidades presenciais como semipresenciais e ensino a distância. Contudo, nota-se que alguns campos de estágio avaliam positivamente o ensino a distância, que tem sido objeto de manifestações e posicionamentos das entidades representativas - conjunto CFESS/CRESS, ABEPSS e ENESSO - contra a precarização do ensino em geral, principalmente nessa modalidade.

TABELA 7: Distribuição em números absolutos e relativos sobre a modalidade de ensino e a avaliação do setor ou serviço sobre sua adequação (São Paulo, 2010)

Modalidade do Curso / Avaliação sobre sua Adequação	Nº	%
Presencial	37	75,51%
Adequada	32	65,31%
Não Adequada	2	4,08%
Não Preenchido	3	6,12%
A distância	8	16,33%
Não Adequada	4	8,16%
Adequada	2	4,08%
Não Preenchido	2	4,08%
Semipresencial	3	6,12%
Adequada	2	4,08%
Não Preenchido	1	2,04%
Não Preenchido	1	2,04%
Total	49	100,00%

Fonte: Dados produzidos pelas entrevistas com os/as assistentes sociais da área da saúde, no estado de São Paulo

Quanto às condições do trabalho dos/as assistentes sociais nas instituições visitadas, este estudo teve interesse em saber se o Serviço Social detinha conhecimento sobre a Resolução 493/2006²³, que dispõe sobre as condições éticas e técnicas do exercício profissional dos/as assistentes sociais.

Foram encontradas 164 respostas positivas em relação a esse conhecimento, correspondente a 67,21% das instituições visitadas. Em 67 (27,21%) das instituições, contudo, essa Resolução era desconhecida.

O Gráfico 20 dispõe dessas informações.

A Resolução 493/06 CFESS determina no Art. 7º²⁴ que as condições irregulares presentes na instituição sejam comunicadas à chefia imediata.

Este estudo interessou-se, nesse sentido, em saber se o comunicado dessas possíveis situações era formalizado junto à chefia. Foram obtidas 37,70% de respostas positivas, correspondendo a 92 instituições. Em 28 (11,48%) instituições, essa providência não havia sido tomada, como demonstra o Gráfico 21.

Em caso negativo, indagava-se do setor por que não havia sido feita a comunicação formalizada à chefia.

²³ Disponível em: <http://www.cfess.org.br/visualizar/busca?q=Resolu%C3%A7%C3%A3o%493> - acesso em 15/11/2013.

²⁴ “Art. 7º - O assistente social deve informar por escrito à entidade, instituição ou órgão que trabalha ou presta serviços, sob qualquer modalidade, acerca das inadequações constatadas por este, quanto às condições éticas, físicas e técnicas do exercício profissional, sugerindo alternativas para melhoria dos serviços prestados.” (CFESS, 2006)

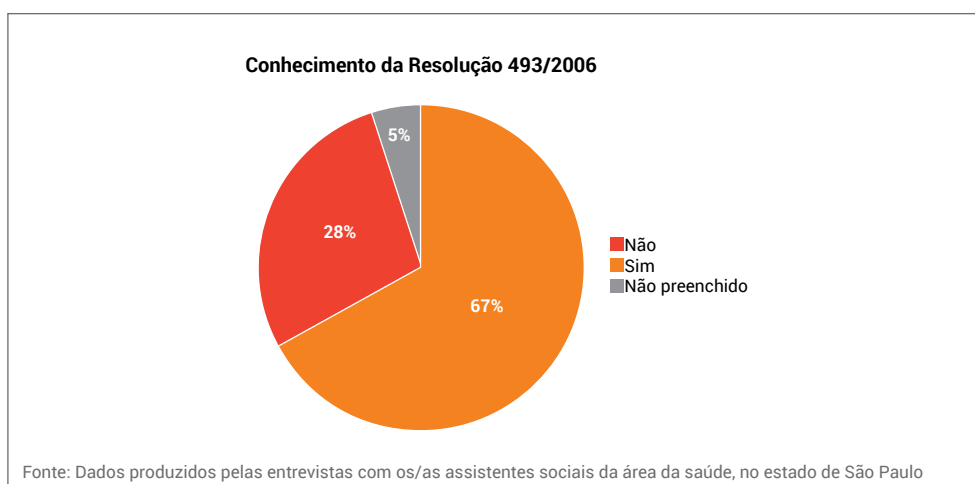


GRÁFICO 20: Distribuição em números relativos aproximados sobre o conhecimento da Resolução 403/06/CFESS, pelo Serviço Social, nas instituições visitadas (São Paulo, 2010)

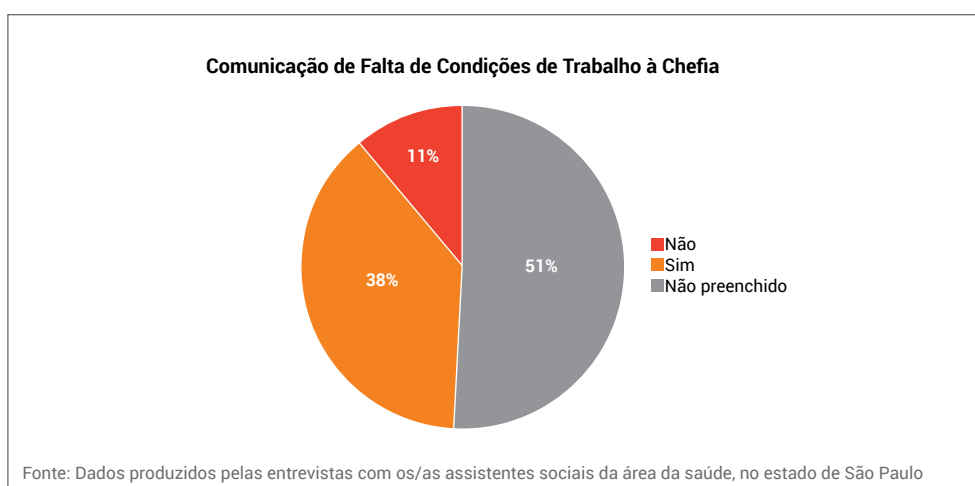


GRÁFICO 21: Distribuição em números relativos aproximados a respeito da comunicação pelo Serviço Social das situações irregulares à chefia, nas instituições visitadas (São Paulo, 2010)

As respostas abertas apontaram para diferentes motivos, entre os quais: “aguardo pela reforma da instituição”; “problemas ocorriam com os profissionais das demais áreas”; “o/a assistente social utilizava outro espaço físico”; “a situação já tinha sido regularizada”; “comunicação não foi formalizada, mas feita oralmente”; “era feito rodízio com outros/as profissionais”; “havia previsão de mudança de endereço”; “a formalização da comunicação foi repetida várias vezes”, entre outras.

O estudo indagou também a respeito da adequação numérica de recursos humanos para o setor do Serviço Social, entre os quais mais assistentes sociais, estagiários/as, pessoal administrativo ou outros. O Gráfico 22 dispõe dessas informações.

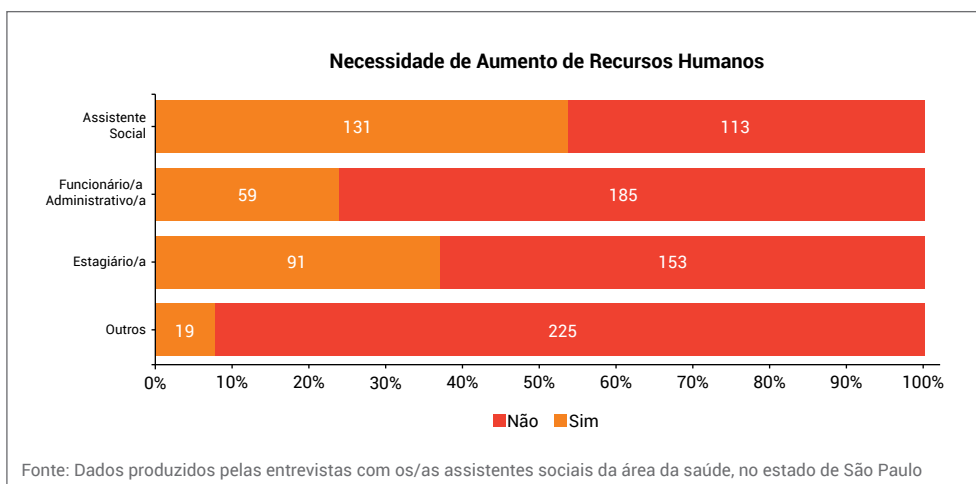


GRÁFICO 22: Distribuição em números relativos e absolutos sobre a necessidade de aumento de recursos humanos para o Serviço Social, nas instituições visitadas (São Paulo, 2010)

Finalmente, este estudo preocupou-se com a avaliação em três frentes. A primeira relacionada à valorização do trabalho realizado pelo Serviço Social na instituição; a seguinte relacionada a críticas e sugestões do Serviço Social em operacionalização do SUS no município; e a última com críticas e sugestões do Serviço Social em relação à gestão e operacionalização do SUS na instituição.

Em relação ao reconhecimento do Serviço Social na instituição, constatou-se que em 121 (49,59%) instituições, o setor era considerado como muito reconhecido; em 79 (32,38%) estava sendo razoavelmente reconhecido; em 23 (9,43%) instituições, as respostas informavam que o setor era pouco reconhecido e, em 11 (4,51%), não obtinha nenhum reconhecimento.

Esses dados estão demonstrados no Gráfico 23.

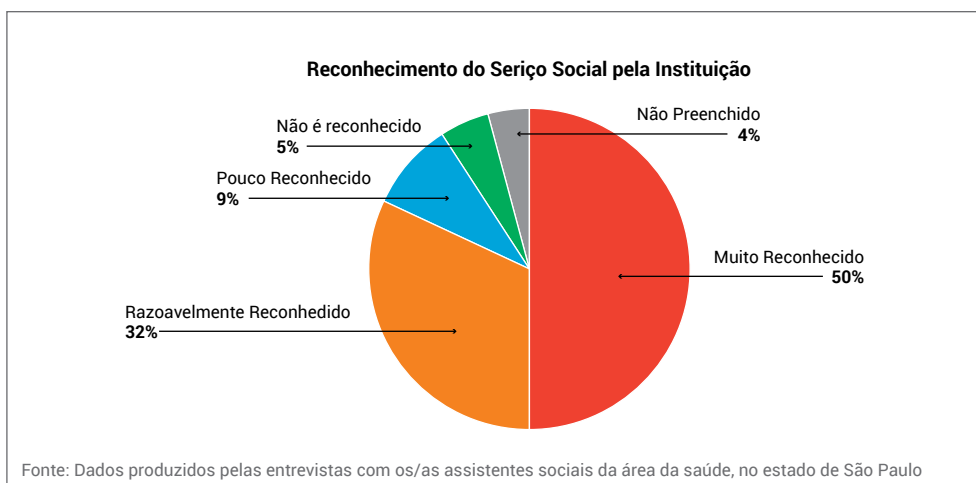


GRÁFICO 23: Distribuição em números relativos aproximados sobre o reconhecimento do Serviço Social, nas instituições visitadas (São Paulo, 2010)

Ao indagar a que era atribuído o grau de reconhecimento assinalado, as respostas abertas que sinalizavam positivamente apontavam que o reconhecimento era obtido de fontes diversas, como chefia, instituição, equipe e usuários/as. Os motivos estariam relacionados a diferentes razões, entre elas eficiência; resolutividade (por vezes relacionada à adesão dos/as “pacientes” ao tratamento ou à melhora dos serviços prestados pela instituição); competência profissional; posicionamento ético-político; contratação de mais assistentes sociais, entre outros.

Observa-se que a avaliação positiva do/a empregador/a ou da chefia em relação ao desempenho do setor, por vezes, também se mostra uma questão para reflexão, quando a ação dos/as assistentes sociais imprime eficiência à adesão ou controle.

As respostas que sinalizavam o pouco ou ausência de reconhecimento do Serviço Social referiam-se ao desconhecimento da profissão; às referências de membros da equipe sobre a profissão relacionada ao assistencialismo; à não ampliação do quadro de assistentes sociais; ao não oferecimento de local adequado para o trabalho; à restrita atribuição de trabalho; à postura de alguns/algumas assistentes sociais na equipe, entre outras.

A respeito da avaliação do Serviço Social da instituição relacionada à gestão e operacionalização do SUS no município, este estudo obteve críticas e sugestões sobre a rede de serviços, para melhor articulação da referência e contrarreferência; a deficiência de recursos e equipamentos para a atenção básica; a atenção especializada; a atenção de pessoas com múltiplas deficiências; a saúde mental, especialmente de leitos hospitalares.

Mas também ocorreram menções ao controle social, e ao reconhecimento das decisões do Conselho Municipal de Saúde; à ausência de participação popular; aos recursos humanos, e à falta de pessoal necessário; à necessidade de capacitação das equipes de saúde; a questões de falta de compromisso dos/as trabalhadores/as com o SUS, à *gestão dos recursos de saúde*, e à presença de longas filas de espera para o atendimento; a exames e internações; à deficiência na implantação do sistema no município.

Em relação às OSSs, em geral as respostas foram críticas ao modelo, embora também surgissem informações favoráveis. Nessa questão também foi significativo o número de respostas de pessoas que não tinham opinião formada, ou não quisessem, ou não soubessem responder.

Em relação à avaliação do Serviço Social da instituição relacionada à gestão e operacionalização do SUS a partir da instituição em que se inseriam, foram críticas e sugestões referidas muitas vezes à questão anterior, ligadas à gestão; à burocratização da atenção; ao espaço físico inadequado; aos recursos e serviços insuficientes.

Surgiram, porém, respostas relacionadas aos/às usuários/as, algumas que entendiam a necessidade de aumento da participação dos/as usuários/as nas decisões institucionais, e outras que, indo na direção inversa, observavam que os/as usuários/as necessitavam de esclarecimento em relação aos serviços prestados pela instituição.

Algumas respostas reconheciam a necessidade de “humanização” da atenção, por vezes referida ao relacionamento trabalhador/a/usuários/as, por vezes, relacionada à falta de acesso dos/as usuários/as à política.

Delineamento do perfil profissional dos/as assistentes sociais na área da saúde no estado de São Paulo

A busca pelas informações relacionadas ao perfil dos/as assistentes sociais abordados/as neste estudo objetivou a aproximação dos elementos que compõem e condicionam a identidade profissional na perspectiva do levantamento de questões que pudessem, posteriormente, ser aprofundadas. Nesse sentido, não houve a pretensão de esgotar os dados postos na realidade.

Este trabalho se debruçou, no entanto, sobre dados relacionados ao perfil pessoal e profissional; sobre o esforço de capacitação dos/as assistentes sociais; sobre o conhecimento que detinham a respeito da legislação profissional; sobre a participação política que realizavam e sua relação com o CRESS-SP; além das relações de trabalho e a inserção na área da saúde.

Observou-se que, dos/as 410 assistentes sociais dos quais este estudo se aproximou, a expressiva maioria, 89,27% (366), possuía inscrição definitiva no CRESS-SP, embora 4,88% (20) dos formulários não tivessem sido preenchidos. Tais dados levam à inferência sobre a totalidade de inscrições no órgão realizada pelos/as assistentes sociais que participaram deste estudo, quer de maneira definitiva ou provisória.

Foi também possível a obtenção de informações sobre dados de identificação dessa população; sobre o tempo de exercício profissional; sobre o tempo de exercício na área da saúde ou instituição em que prestava serviço. Tais dados, apresentados a seguir, inicialmente estão relacionados à distribuição dos/as assistentes sociais por seccional do CRESS-SP.

O Gráfico 24 dispõe dos números absolutos e relativos relacionados ao tempo de exercício profissional dos/as assistentes sociais entrevistados/as.

Observa-se que na região da sede, em São Paulo, e em Campinas, concentram-se os/as profissionais com mais tempo de formação, como também o maior número de profissionais entrevistados/as.

Já o Gráfico 25 contém os dados sobre o tempo de exercício dos/as profissionais na área da saúde.

Em todas as seccionais, é possível observar que os/as assistentes sociais com tempo inferior a dez anos de exercício na área da saúde prevalecem em relação aos demais tempos. Esse dado pode apontar para uma expansão relativamente recente do mercado de trabalho dos/as assistentes sociais nessa política social em específico.

O Gráfico 26 parece confirmar essa hipótese, ao observar o tempo de exercício profissional nas instituições pesquisadas.

Nota-se pelos dados expostos no gráfico acima que o tempo de inserção dos/as assistentes sociais nas instituições predominava na faixa dos 10 anos ou menos. O número de formulários que não tiveram essa questão preenchida mostrou-se significativo, provavelmente pela duplicidade de informação solicitada pela questão posterior, que indagava sobre a data de contratação do/a profissional. O gráfico a seguir dispõe as informações sobre o vínculo empregatício dos/as assistentes sociais participantes do estudo.

Observa-se que nas seccionais, majoritariamente, a contratação de assistentes sociais ocorria pela legislação de trabalho regulamentada pela Consolidação das Leis de Trabalho

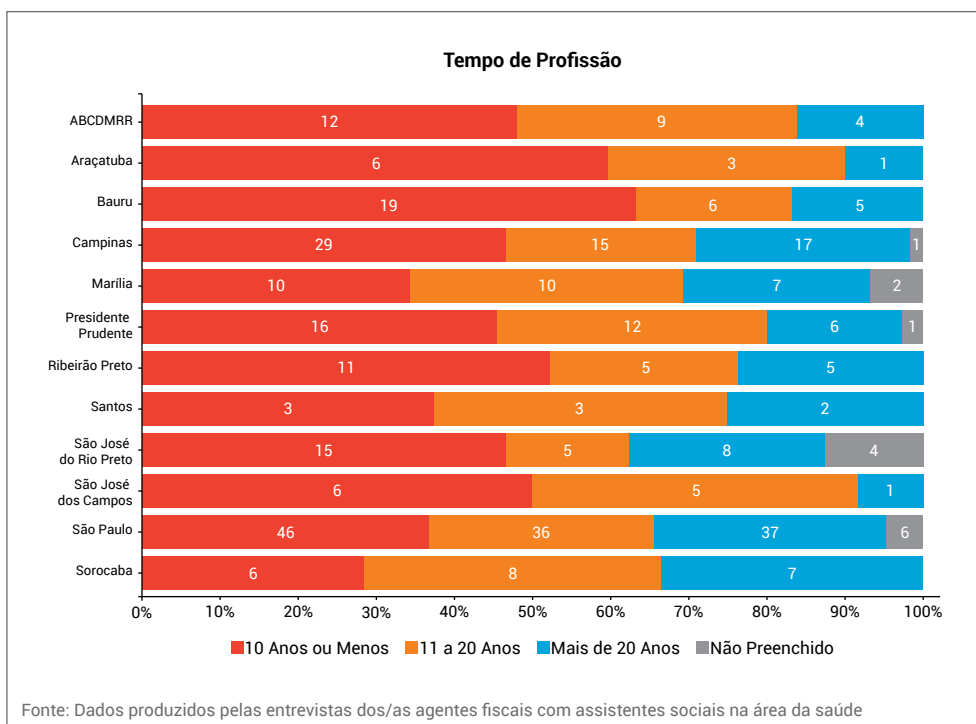


GRÁFICO 24: Distribuição em números absolutos e relativos do tempo de profissão dos/as assistentes sociais pesquisados/as, por seccional (São Paulo, 2010)

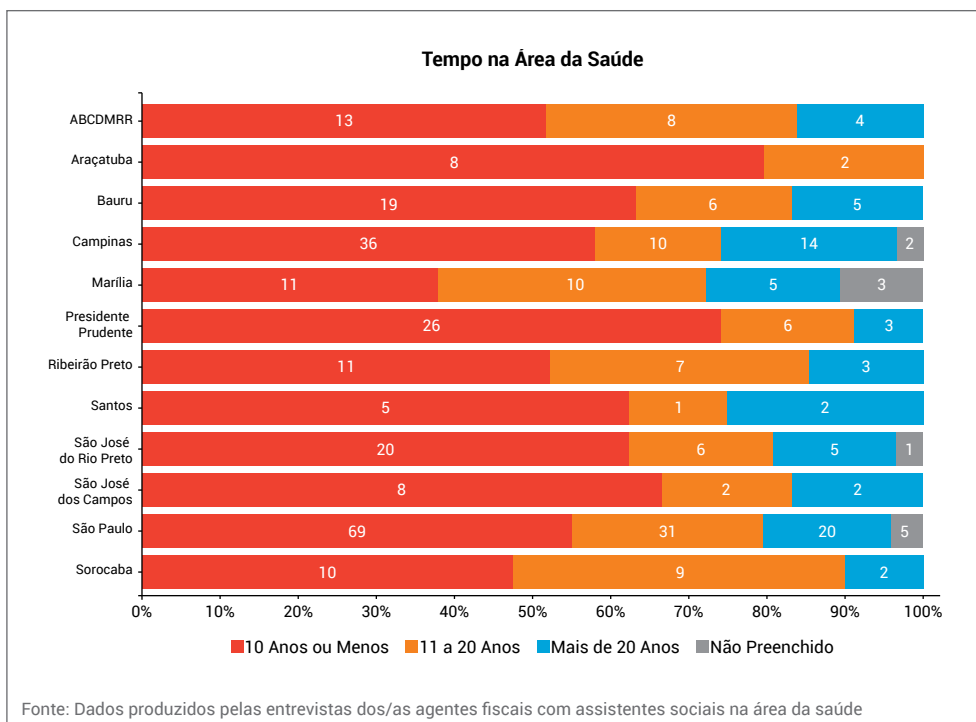


GRÁFICO 25: Distribuição em números absolutos e relativos do tempo de profissão dos/as assistentes sociais pesquisados/as na área da saúde, por seccional (São Paulo, 2010)

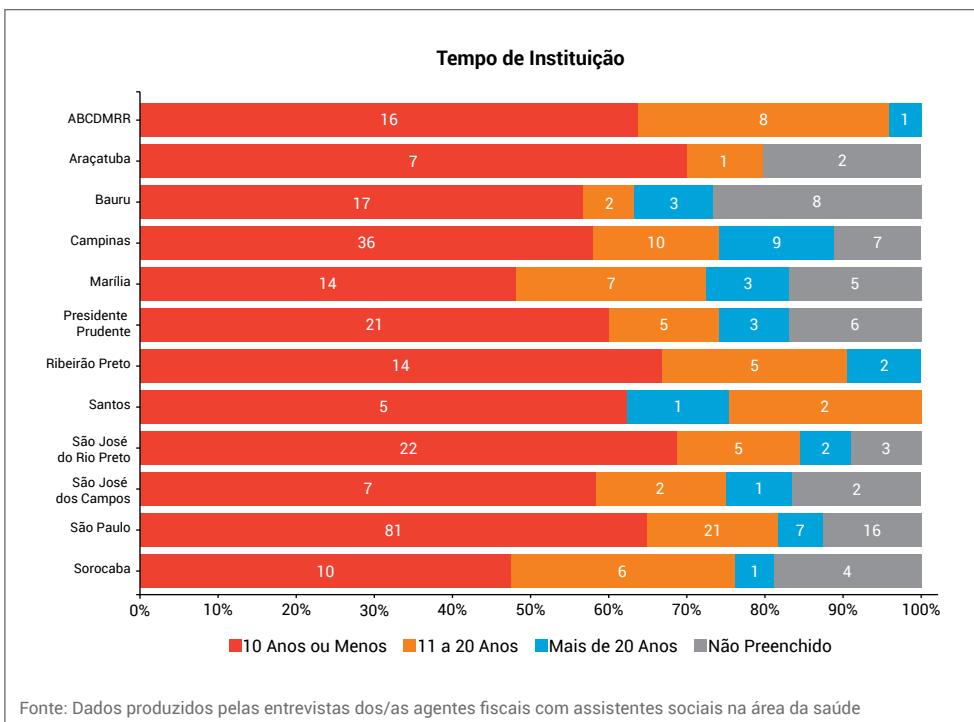


GRÁFICO 26: Distribuição em números absolutos e relativos do tempo de exercício dos/as assistentes sociais pesquisados/as nas instituições, por seccional (São Paulo, 2010)

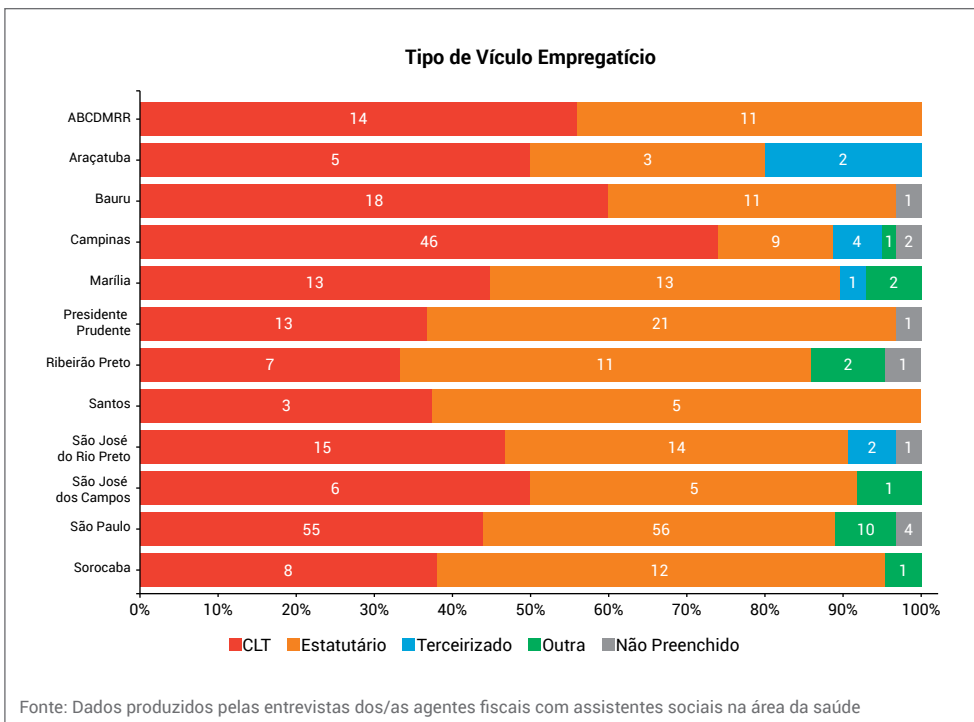


GRÁFICO 27: Distribuição em números absolutos e relativos do tipo de vínculo empregatício dos/as assistentes sociais pesquisados/as, por seccional (São Paulo, 2010)

NÃO HÁ CITAÇÃO DO GRÁFICO 27

(CLT), com exceção das regiões da sede, em São Paulo, Sorocaba, Santos, Ribeirão Preto e Presidente Prudente. Nessas regiões, apesar da expressiva incidência dos contratos realizados pela CLT, ainda predominava o vínculo estatutário. Observava-se ainda a prevalência significativa na região de Campinas do contrato sob o vínculo celetista.

Tais dados mostram uma tendência diferenciada da informada pela pesquisa nacional sobre o perfil dos/as assistentes sociais no Brasil, publicada em 2005 pelo CFESS. No País, à época da realização daquela pesquisa, os dados apontavam para a maior incidência do regime estatutário, superior a 55%, na contratação de assistentes sociais, embora nem toda contratação pública fosse estatutária já naquele momento. As informações de 2010 podem apontar para as condições do mercado de trabalho em São Paulo, relacionadas às ações do estado na “terceirização” da prestação das políticas sociais para instituições privadas, aprofundando uma tendência.

O Gráfico 28 disponibiliza informação relativa à faixa salarial dos/as assistentes sociais pesquisados/as, relacionada ao salário mínimo do ano de 2010²⁵.

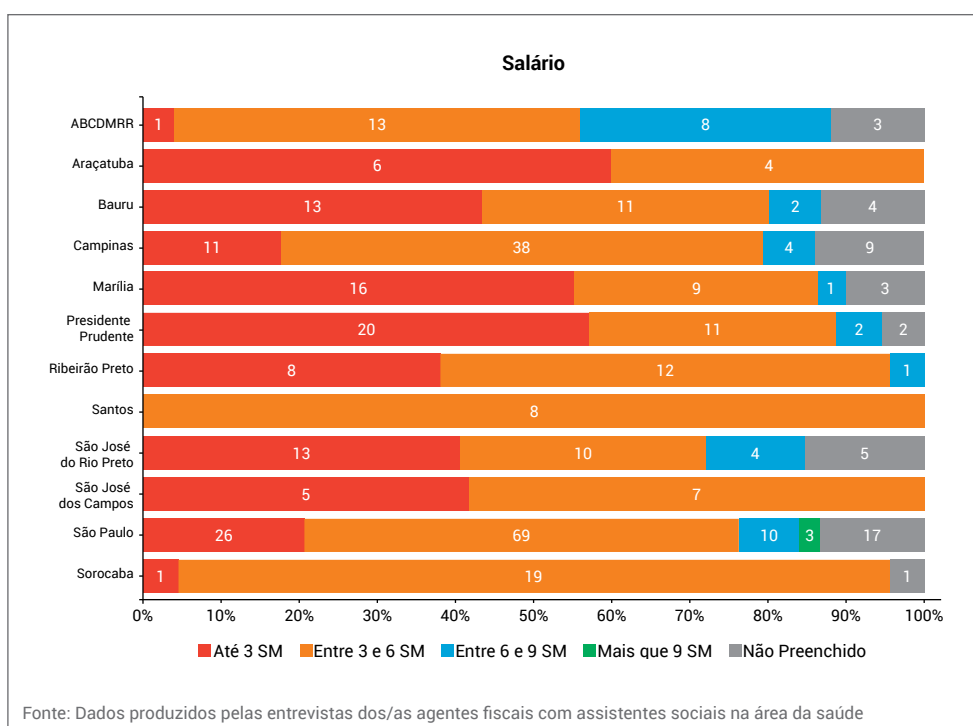


GRÁFICO 28: Distribuição em números absolutos e relativos da faixa salarial dos/as assistentes sociais pesquisados/as em salários mínimos, por seccional (São Paulo, 2010)

Observa-se que na grande maioria das regiões, a contratação dos/as assistentes sociais ocorria na faixa de três a seis salários-mínimos. Salários mais elevados foram informados nas seccionais do ABCDMRR, Bauru, Campinas, Marília, Presidente Prudente, Ribeirão Preto,

²⁵ Em 2010, o salário mínimo atingiu a cifra de R\$ 540,00 (quinhentos e quarenta reais).

São José do Rio Preto e São Paulo. Apenas na cidade de São Paulo os salários dos/as profissionais ultrapassavam os nove salários mínimos, pelas informações obtidas.

É preciso levar em conta, no entanto, que os dados anteriores sobre tempo de exercício profissional e tempo de exercício na instituição indicavam contratações com tempo inferior a 10 anos. Talvez essas faixas salariais pudessem apontar para o início da progressão nas carreiras, caso existissem.

A carga horária²⁶ informada pelos/as assistentes sociais variava em 2010, conforme informações do Gráfico 29.

Embora a maioria dos/as assistentes sociais já cumprisse carga horária de até 30 horas semanais, observa-se no Gráfico 29 dados que apontavam, também, para o não cumprimento da legislação de 2010 em algumas instituições naquele momento. Os/As assistentes sociais que informaram carga horária superior a 40 horas semanais referiram cumprir entre 42 e 44 horas.

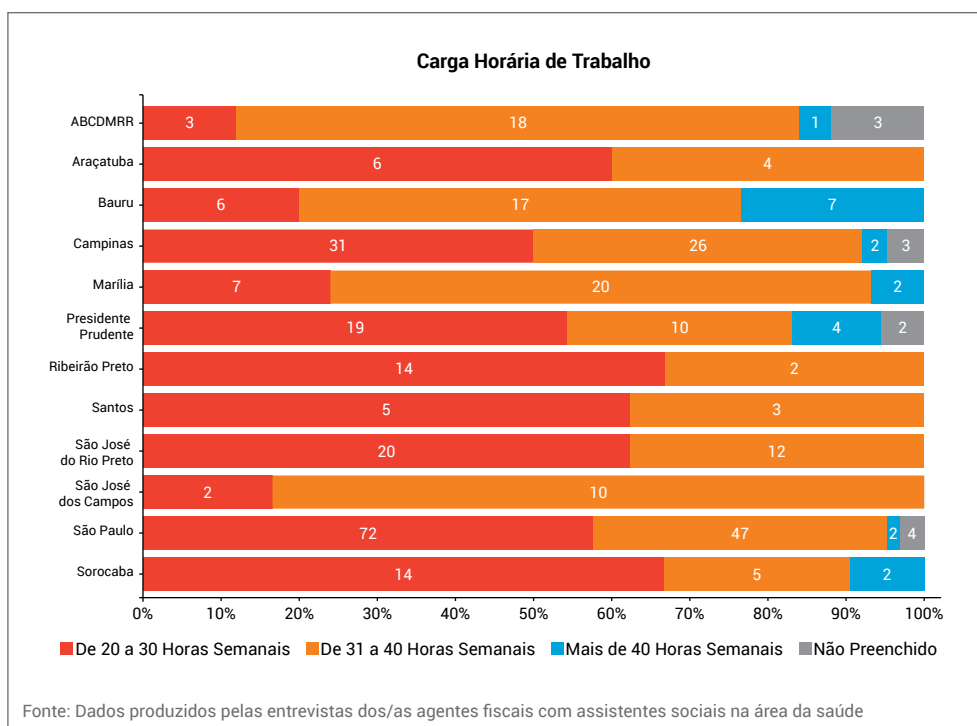


GRÁFICO 29: Distribuição em números absolutos e relativos da carga horária dos/as assistentes sociais pesquisados/as, por seccional (São Paulo, 2010)

Além das informações sobre as condições de contrato de trabalho, foram coletados da amostra em estudo dados relacionados à idade, sexo, estado civil, número de filhos/as e religião. O Gráfico 30 disponibiliza os números obtidos sobre a idade dos/as assistentes sociais abordados/as por este estudo, no estado de São Paulo.

²⁶ A Lei nº 12.317, de 27 de agosto de 2010, estabeleceu a jornada de trabalho de 30 horas semanais para assistentes sociais. Objetivando o respeito ao seu cumprimento, os órgãos de representação promoveram diferentes iniciativas. O cumprimento da Lei, no entanto, estava ocorrendo de forma processual.

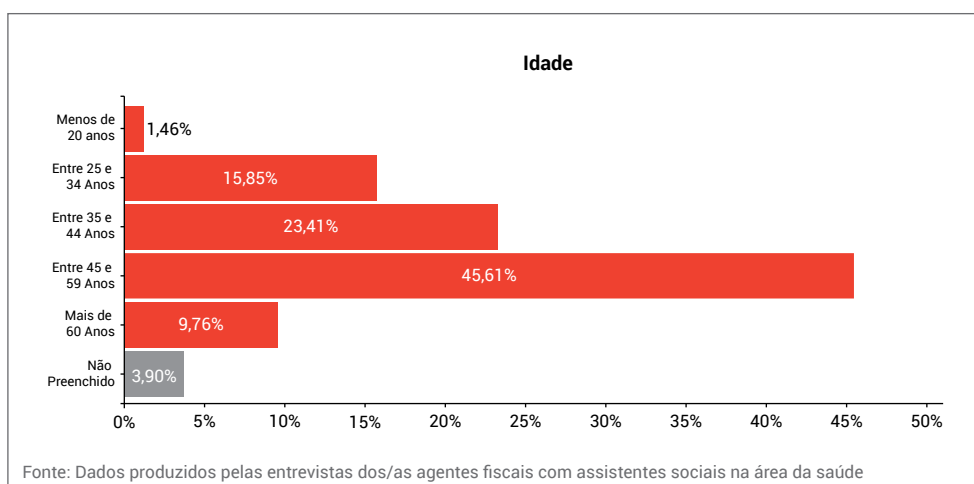


GRÁFICO 30: Distribuição em números relativos por faixas etárias, dos/as assistentes sociais pesquisados/as (São Paulo, 2010)

Observa-se nos números acima expostos uma prevalência dos/as profissionais na faixa etária entre 45 e 59 anos de idade. Comparando-se com a pesquisa publicada pelo CFESS em 2005 sobre o perfil dos/as assistentes sociais no Brasil, é possível notar que, enquanto naquele estudo, a maioria dos/as profissionais no Brasil concentrava-se na faixa entre 35 e 40 anos, no estado de São Paulo em 2010 ocorria uma migração próxima aos 50% para uma faixa etária superior. Contudo, se somadas as faixas de 25 a 34 anos e de 35 a 44, chega-se próximo aos 40% (39,26%), compondo uma expressiva população. Quanto ao sexo, contudo, manteve-se a diferença apontada por aquela pesquisa (CFESS, 2005) de aproximadamente 3% dos assistentes sociais de sexo masculino, como demonstrado no Gráfico 31.

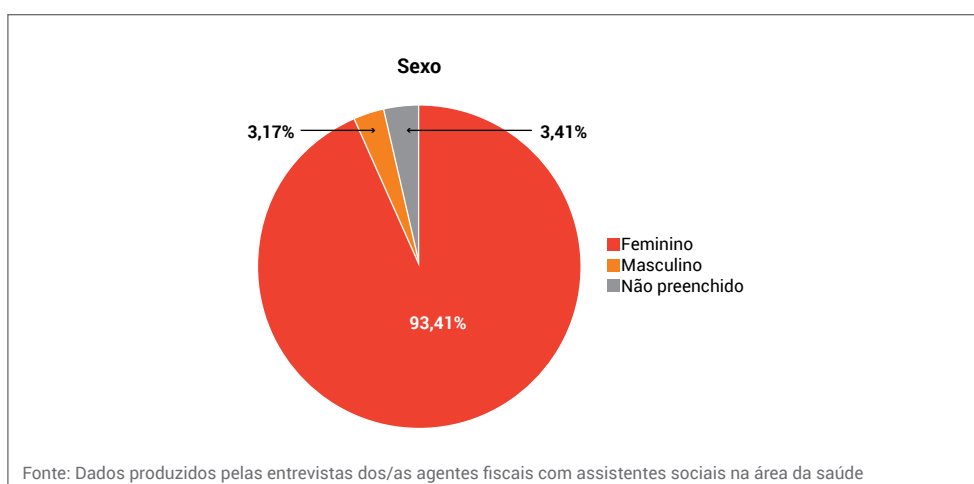


GRÁFICO 31: Distribuição em números relativos por sexo, dos/as assistentes sociais pesquisados/as (São Paulo, 2010)

Desde suas origens, a profissão dos/as assistentes sociais no Brasil continuou a manter-se predominantemente feminina, como já analisado em diferentes estudos produzidos historicamente pela profissão.

Quanto à situação conjugal, a declaração dos/as assistentes sociais possibilitou a distribuição de sua situação civil, como exposto no Gráfico 32. Assim, 180 profissionais declararam-se casados/as, 140 solteiros/as, 33 divorciados/as, 12 viúvos/as.

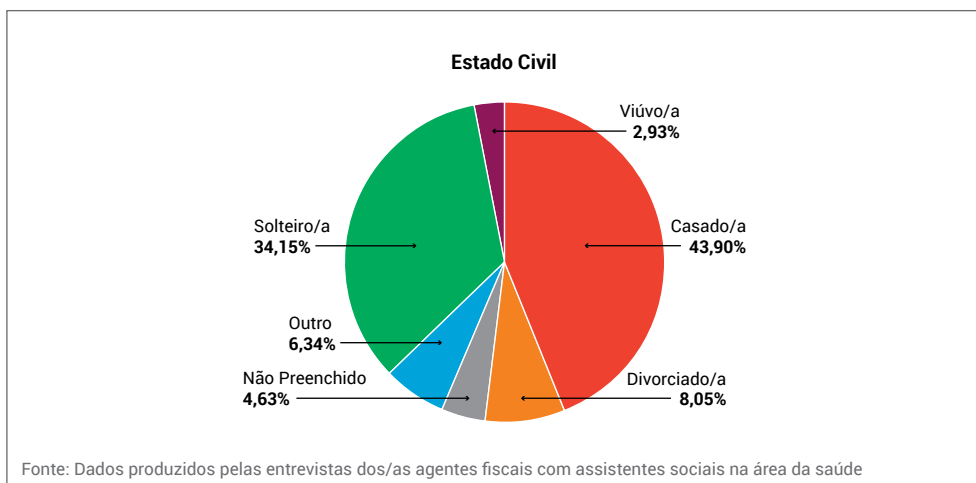


GRÁFICO 32: Distribuição em números relativos da situação conjugal dos/as assistentes sociais pesquisados/as (São Paulo, 2010)

As informações sobre o número de filhos/as dos/as profissionais em estudo mostravam uma tendência de acompanhamento dos resultados no Censo Demográfico de 2010 (IBGE). Este revelava queda do número de filhos/as por família, enquanto crescia o número de casais sem filhos/as. Os resultados apontavam para o estabelecimento de uma relação entre o nível de escolaridade e a inserção no mercado de trabalho, sobre o tamanho das famílias brasileiras. O Gráfico 33 dispõe dos dados sobre o número de filhos/as declarados/as pelos/as assistentes sociais.

Dos/as assistentes sociais em aproximação por este estudo, 160 declararam não ter filhos/as; 105 declararam ter dois/duas filhos/as; 84 revelaram ter um/a filho/a; 34, três ou mais filhos/as. Houve 27 formulários sem esses dados preenchidos.

Quanto à religião, mais da metade dos/as assistentes sociais (238) declararam-se católicos/as. Os/As seguidores/as das religiões espírita (59) e evangélica (51), praticamente permaneciam em segundo lugar. A religião budista entre os/as assistentes sociais (2) mostrava-se minoritária. Dos/Das profissionais, oito declararam ter outra religião. O Gráfico 34 contém números relativos à religião assumida pelos/as profissionais.

Quanto ao esforço para a capacitação profissional, as respostas obtidas relacionadas aos estudos pós-graduados realizados pelos/as profissionais em observação, notava-se a proximidade numérica entre os/as que referiram ter cursado, 187 (45,61%), e os que não

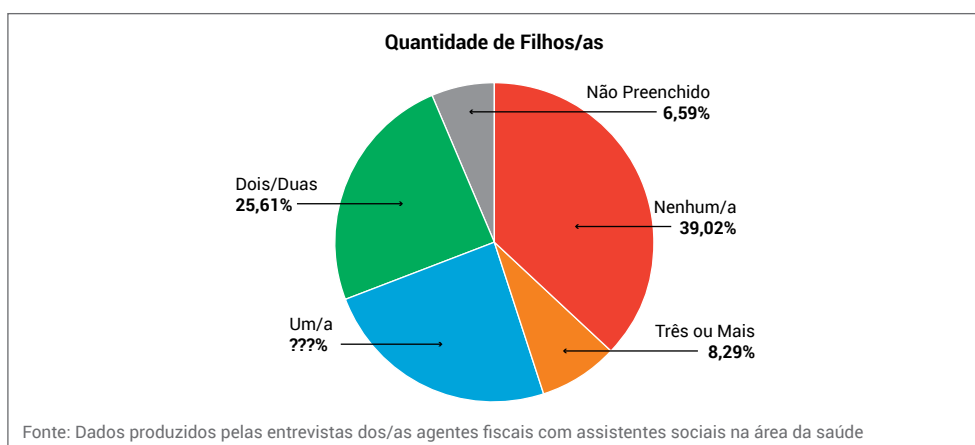


GRÁFICO 33: Distribuição em números relativos do número de filhos/as dos/as assistentes sociais pesquisados/as (São Paulo, 2010)

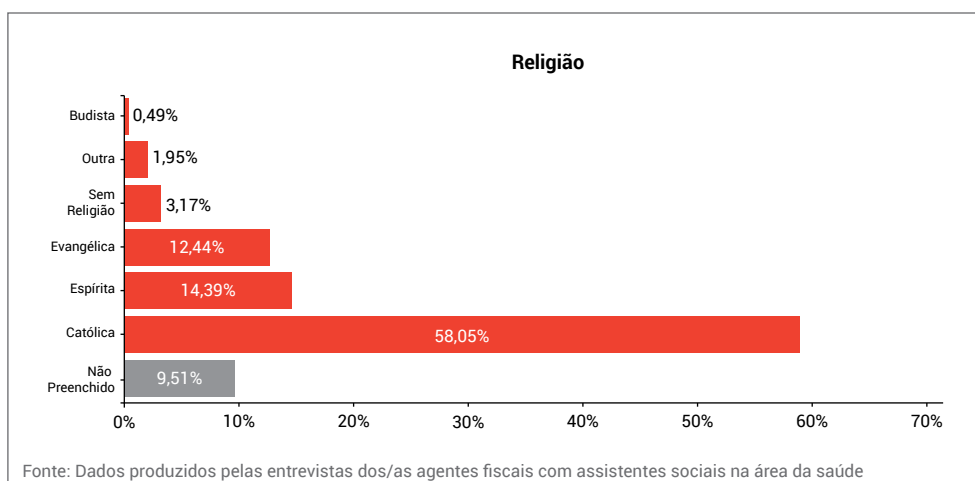


GRÁFICO 34: Distribuição em números relativos da religião declarada dos/as assistentes sociais pesquisados/as (São Paulo, 2010)

havam cursado, 184 (44,88%). O Gráfico 35 disponibiliza os dados por seccionais relacionados ao interesse dos/as assistentes sociais pela pós-graduação.

As respostas abertas sobre os cursos em questão informam que se tratava majoritariamente de cursos *lato sensu*²⁷, embora ocorresse a declaração de cinco profissionais terem cursado o mestrado, na pós-graduação *stricto sensu*. Algumas respostas apontaram para cursos de aprimoramento.

²⁷ Entre os cursos mais referidos, destacavam-se o de administração hospitalar, mas também gestão de estratégias de pessoas, gestão pública e RH; qualidade total e gerenciamento profissional. Quanto à formação voltada para demandas da população atendida, foram observados cursos direcionados à família (inclusive na perspectiva sistêmica); à criança e ao adolescente; ao idoso; à reabilitação; à violência doméstica; à dependência química. Relacionados à saúde, ocorreram informações sobre cursos relativos à saúde pública; à saúde coletiva; às DSTs/Aids; à educação em saúde. Em relação à saúde mental, as informações apontavam para psiquiatria; psicologia dialética junguiana; psicologia do desenvolvimento; psicopedagogia; terapia comunitária. Também foram citados cursos de “serviço social médico”; “serviço social em neurocirurgia”; “serviço social em psiquiatria”. Surgiu também o interesse dos/as profissionais para cursos voltados aos “movimentos sociais”; “projetos sociais”; “políticas sociais”.

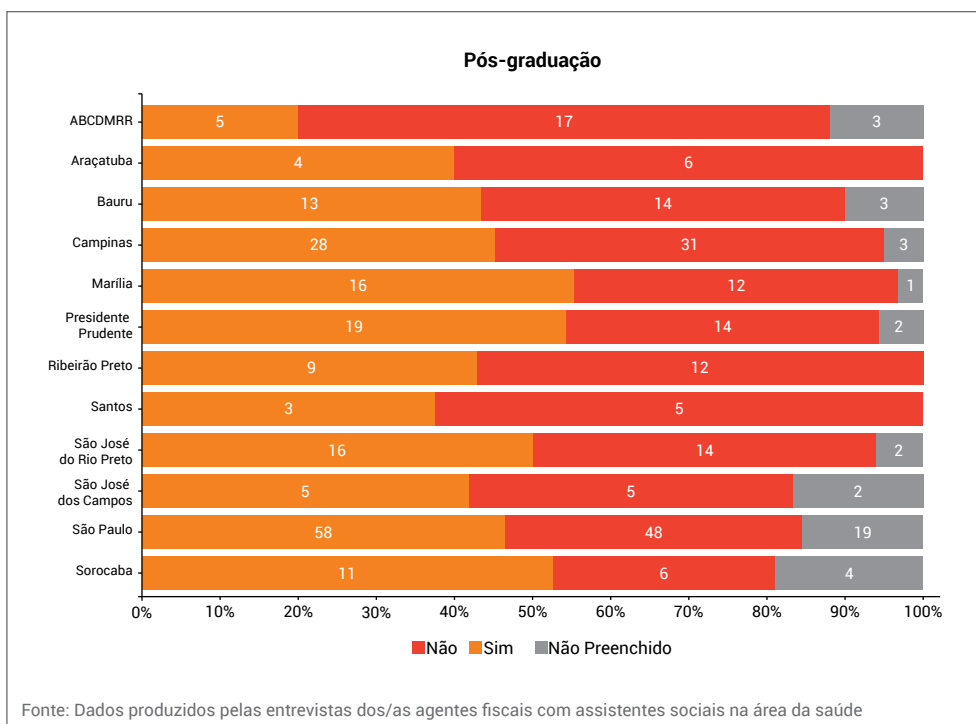


GRÁFICO 35: Distribuição em números relativos e absolutos sobre o interesse dos/as assistentes sociais pesquisados/as pela pós-graduação (São Paulo, 2010)

As informações sobre as áreas de interesse (disponibilizadas nas notas de rodapé), contudo, indicam diferentes concepções e diferenciadas vertentes teórico-metodológicas que ora se aproximam, ora se distanciam, do projeto profissional hegemônico da profissão no Brasil. Solicitam, portanto, novas aproximações para aprofundamento das informações obtidas, tanto dos/as profissionais que buscavam as propostas para estudo, como das instituições de formação que as promoviam.

Outro elemento relevante entre os/as que haviam feito cursos de especialização relaciona-se à informação de que o interesse voltava-se à área da saúde. Por um lado esse dado confirma a formação generalista do/a assistente social na graduação, que busca aproximação das políticas sociais e das áreas específicas, tendendo à especialização ao se inserir no mercado de trabalho. Por outro lado, o saber específico do/a assistente social é fundamental nas relações interprofissionais que mantém no interior das instituições onde trabalha. Poucas foram as informações relacionadas ao aprofundamento dos conhecimentos produzidos há três décadas pela profissão no Brasil, embora ocorressem referências à frequência a cursos de metodologia do serviço social e ao *Curso de Capacitação a Distância* promovido pela ABEPSS/CFESS/UnB, em 2010.

Na área da saúde é frequente a solicitação e incentivo aos/às profissionais para que procurem por cursos breves e de média duração de capacitação, pautados nos diferentes programas desenvolvidos pelas unidades ou instituições. Nas respostas abertas, foram informados

curso voltados para “informações sobre testes rápidos em DST/Aids”; “aconselhamento em DST/Aids”; “Programa de Saúde da Família (PSF)”; entre outros.

Os/As assistentes sociais citaram também a participação em grupos de estudos. Embora a grande maioria, 295 (71,95%), não a adotasse, 91 (22,20%) dos/as profissionais recorriam a essa forma de estudo. A participação em núcleos de estudos, mantidos pelas instituições e universidades, contribuiu para essa modalidade de capacitação profissional. Porém, grupos de assistentes sociais também tomam essa iniciativa²⁸.

A justificativa dos/as assistentes sociais que não participavam de grupos de estudo relacionava-se em geral à falta de tempo; ao trabalho com mais de um vínculo; ao desconhecimento de grupos interessados; à não existência de grupos de estudo na unidade, cidade ou região; à falta de oportunidade; à existência de filhos/as com pouca idade; a estar estudando sozinho/a.

A participação dos/as profissionais em eventos, entre os quais seminários, encontros, conferências, entre outros, também pode contribuir para a atualização e reflexão, que podem estabelecer um necessário distanciamento do cotidiano profissional, além do debate entre os/as profissionais.

O Gráfico 36 organiza as informações obtidas em relação a esse aspecto. Observa-se que os/as profissionais referiram participar dos diferentes eventos.

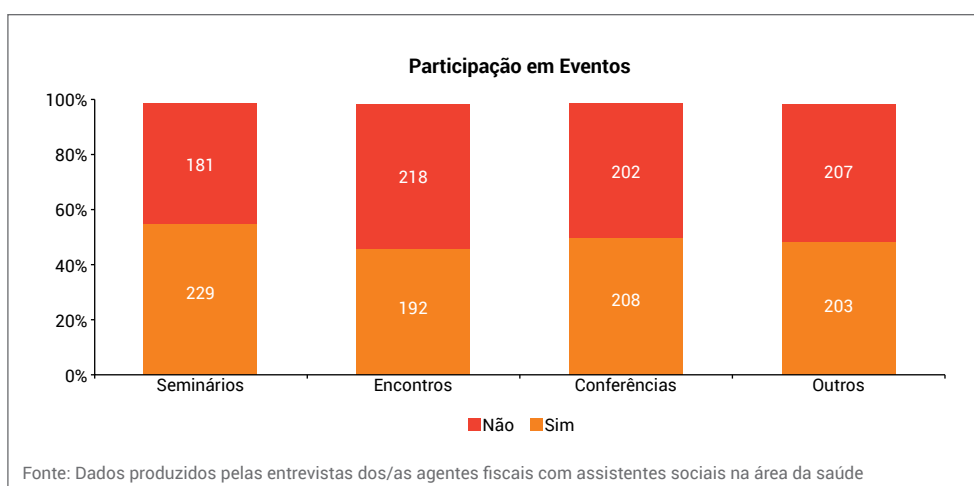


GRÁFICO 36: Distribuição em números relativos e absolutos sobre a participação dos/as assistentes sociais pesquisados/as em eventos (São Paulo, 2010)

Este estudo interessou-se também em conhecer a bibliografia acessada pelos/as assistentes sociais no último ano. Indagou sobre as referências voltadas para a área de trabalho ou, especificamente para o Serviço Social, e, ainda, sobre a assinatura de jornais e revistas.

Os/As assistentes sociais que declararam acessar bibliografia relacionada à área de trabalho referem-na majoritariamente direcionada para a área da saúde. Os assuntos de

²⁸ Entre os grupos informados, destacam-se tanto os de assistentes sociais que trabalham na mesma instituição quanto em instituições similares, com a mesma temática, ou, ainda, em equipes interprofissionais. As nucleações pautadas para discussões políticas em defesa das políticas sociais pelo CRESS, embora não se destinem à formação, por vezes, ao convidar especialistas para o debate público, também explicitam o caráter formativo, apontado pelos/as assistentes sociais.

interesse mostravam-se muito similares às denominações dos cursos apontados em questões anteriores; houve apenas a citação de cinco títulos²⁹. Os *Parâmetros para Atuação do/a Assistente Social na Área da Saúde* (CFESS, 2010) também foram citados.

Entre os/as autores/as direcionados/as à área de trabalho citados/as por seis dos/as assistentes sociais abordados/as, estão a autora Ana Maria Vasconcelos, que teve três citações, seguida por Marilda Vilela Iamamoto, com duas citações. Foram também apontados os autores Ricardo Antunes, Sérgio Lessa, José Paulo Netto, Ana Elizabete Mota, Maria Inês Bravo e Michel Löwy e Cunha.

Foram mencionadas algumas revistas, entre as quais a publicação da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), *Serviço Social e Sociedade*³⁰. O acesso a informações e conteúdo teórico pela internet foi citado.

Em relação à bibliografia específica do Serviço Social, foram referidos autores/as da área, como M. V. Iamamoto, M. C. Yazbek, J. P. Netto, A. M. Vasconcelos, M. L. Barroco, V. Faleiros, M. L. Martinelli, M. M. Abreu, I. Guerra, A. E. Motta e M. V. Baptista. Ricardo Antunes, que estuda o mundo do trabalho, e Eduardo Mourão Vasconcelos, que se dedica à saúde mental e observa a atuação dos/as assistentes sociais na área, também foram citados.

Entre os títulos relacionados à profissão, foram mencionados o *Curso de Direito do Serviço Social*; *Serviço Social na Contemporaneidade*; *Direitos Sociais e Competências Profissionais*; *Ditadura e Serviço Social*; *Estudo Social*; *Ética e Serviço Social*; *Famílias, Redes, Laços e Políticas Públicas*; *Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional*; *Menina LOAS*; *Necessidades Humanas*; *Parâmetros para Atuação do Assistente Social na Área da Saúde*; *Serviço Social em Tempo de Capital Fetiche*; *Serviço Social e Saúde Mental*, entre outros. A revista *Serviço Social e Sociedade*, da editora Cortez, também teve referências, assim como a revista *Serviço Social e Saúde*, da Unicamp, além da internet, como fonte de consulta³¹.

Dos/Das assistentes sociais que participaram deste estudo, 136 mencionaram acesso a jornais e revistas. Os/As profissionais citaram periódicos locais e os de maior tiragem no estado de São Paulo, como a *Folha de S. Paulo* e *O Estado de S. Paulo*, mas também o *Diário de S. Paulo*. O jornal *Ação* do CRESS-SP também foi citado.

As revistas *Época*, *Veja* e *Isto É* estiveram entre as mais citadas, além de *Marie Claire*, *Caros Amigos*, *Crescer* e *Seleções*.

Entre as revistas científicas, *Serviço Social e Sociedade*; *Inscrita*, do CFESS, a revista da Associação Brasileira de Linfoma e Leucemia (Abrale), entre outras.

É possível observar que embora a citação de autores/as e títulos fosse pertinente à literatura profissional e pudesse indicar um esforço para a reflexão das ações por alguns/algumas profissionais, esta não ocorreu de maneira prevalente. Os dados de 2010 podem apontar a necessidade de empenho dos/as assistentes sociais, das instituições formadoras e das entidades representativas para investimento na capacitação dos/as profissionais.

²⁹ *Agir em Saúde*; *Ética*; *Mediação em Serviço Social*; *O Estudo Social em Perícias, Laudos e Pareceres Técnicos*; *Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional*.

³⁰ Houve referências à *Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia*; à revista *Hospitais do Brasil*; à revista do Coren (Conselho Regional de Enfermagem); à revista do Sesc, *A Terceira Idade*; e revistas específicas da área da saúde.

³¹ Foram referidos ainda “artigos de aula”; “apostilas da graduação”; “livros indicados na pós-graduação”; *Coleção Primeiros Passos*; legislações voltadas para os direitos sociais; Código de Ética; Resoluções do CFESS.

Em relação ao conhecimento dos/as assistentes sociais sobre instrumentos normativos relacionados ao trabalho desenvolvido ou sobre ações relacionadas à vida profissional, este estudo interessou-se por ambos.

O Gráfico 37 aborda instrumentos diretamente direcionados ao trabalho. Assim, agrupa as questões relacionadas ao Código de Ética de 1993, à Lei de Regulamentação da profissão (Lei 8.662/93), que define competências e atribuições profissionais, e aos parâmetros estabelecidos pelo CFESS, voltados para o exercício profissional na área da saúde.

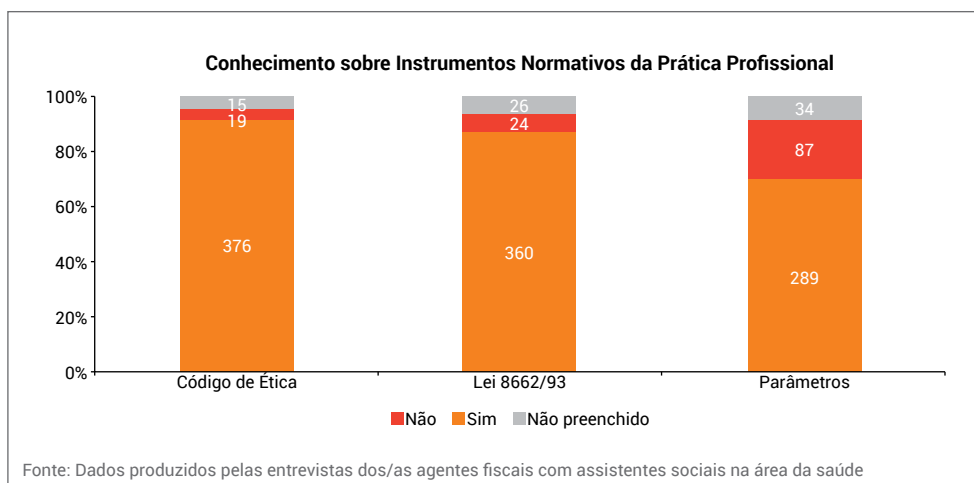


GRÁFICO 37: Distribuição em números relativos e absolutos sobre o conhecimento dos/as assistentes sociais pesquisados/as sobre instrumentos normativos relacionados à prática profissional (São Paulo, 2010)

Quanto ao Código de Ética, 376 (91,71%) assistentes sociais referiram possuí-los. Desses/as, ao serem indagados/as se relacionavam os princípios do Código com a atuação profissional, foram obtidas 27 respostas que indicavam que os/as profissionais se posicionavam de diferentes maneiras³².

Um dado de interesse, no entanto, relaciona-se aos/às 19 assistentes sociais que responderam não ter o Código de Ética e aos 15 formulários que não tiveram a questão preenchida. Guardadas as proporções, o mesmo ocorre em relação à lei que regulamenta a profissão no Brasil.

Em relação a essa Lei, objetivou-se saber se os/as profissionais relacionavam os Artigos 4º e 5º, sobre as competências e atribuições privativas dos/as assistentes sociais com a prática profissional. Entre as 40 respostas obtidas, alguns/algumas assistentes sociais pontuaram utilizar a legislação para delimitação das ações que lhes eram atribuídas institucionalmente, explicitando

³² Algumas das respostas: “a todo momento”; “constantemente, diariamente”; “está incorporado no cotidiano profissional”; “sim, [seguir o Código significa] qualidade de atendimento”. A intencionalidade mudava de direção nas respostas: “na questão do sigilo profissional”; “busca atender ao máximo o que a população necessita”; “com a chegada da estagiária, melhorou muito”; “é na prática que evidenciamos a teoria”. Mas também: “mais ou menos”; “sempre que necessário”; “não adianta fazer se não existe apoio”; “no cotidiano não faço relação ação/princípios”, entre outras.

que: “diante das demandas postas no local de trabalho, analiso se é competência ou atribuição privativa”; “diante das questões administrativas que são demandadas ao [setor de] Serviço Social, utilizo a Lei e os artigos para justificar o que é ou não competência profissional”; “(...)”, sobretudo porque constantemente solicitam o que não é de minha competência profissional”.

Outras respostas, porém, apontam para outros posicionamentos, tais como: “trabalho sem atentar, mas comprometo-me a conferir se estou ok”; “não me lembro da lei”; “não tenho mais me referenciado aos instrumentos da profissão porque estou em processo de aposentadoria”; “gostaria de ter o material, parar, refletir, porque só vou trabalhando e não sobra tempo”; “desconheço o conteúdo da lei”.

Embora o cotidiano seja absorvente, a quantidade de trabalho possa ser demasiada, e as condições nem sempre favoráveis, indaga-se sobre a responsabilidade profissional – definida em um dos princípios do Código de Ética em vigor para os/as assistentes sociais – em atualizar-se durante toda a vida profissional.

Interessante notar, ainda, como os *Parâmetros para a Atuação dos/as Assistentes Sociais na Área da Saúde* (CFESS, 2010), apesar de desconhecido por um número maior de assistentes sociais em relação aos demais instrumentos, colocaram-se como referência para quase 70% dos/as profissionais, como apontado no Gráfico 37.

Quanto às Resoluções do CFESS, que também incidem sobre a vida profissional e sobre o trabalho dos/as assistentes sociais, o Gráfico 38 disponibiliza os dados relacionados aos procedimentos de lacração de material técnico sigiloso; ao cancelamento do registro profissional; à Resolução que normatiza as ações de desagravo público; e à isenção do CRESS para assistentes sociais com mais de sessenta anos.

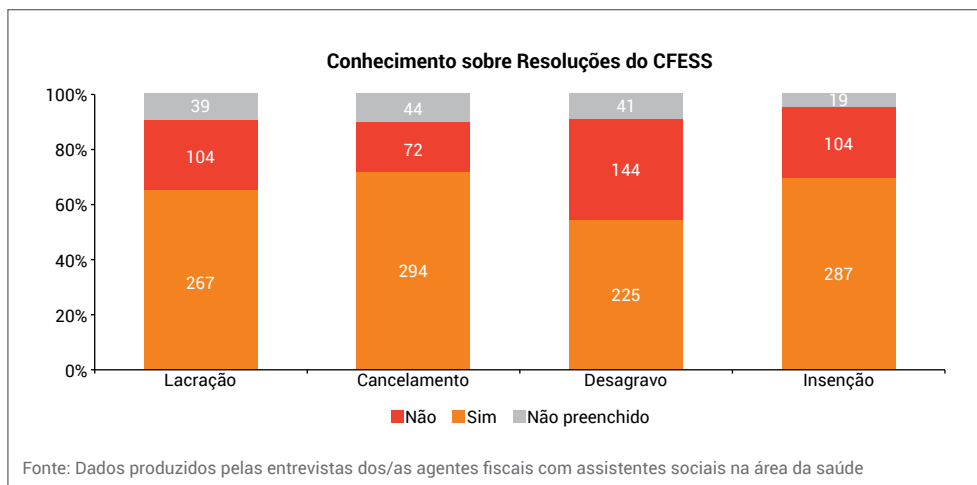


GRÁFICO 38: Distribuição em números relativos e absolutos sobre o conhecimento dos/as assistentes sociais pesquisados/as sobre Resoluções do CFESS (São Paulo, 2010)

Embora a maioria dos/as assistentes sociais mencionasse conhecer as Resoluções, novamente preocupam os números obtidos relacionados ao desconhecimento e ao não preenchimento das questões, que somados, variam de 29% a 35% entre as quatro abordadas.

Quanto à atuação política, este estudo indagou sobre a participação dos/as profissionais nos Conselhos de Políticas Sociais, em especial da área da saúde e de direitos. Apenas 27% (121) dos/as assistentes sociais participam de Conselhos³³. Desses/as, 89 (21,71%) dos/as que participaram do estudo referem representar os segmentos; 40 (10%) declaram exercer outra função, e 195 (próximo a 50%) referem fazer discussão sobre a política, nas instituições onde trabalham. O Gráfico 39 dispõe tais informações.

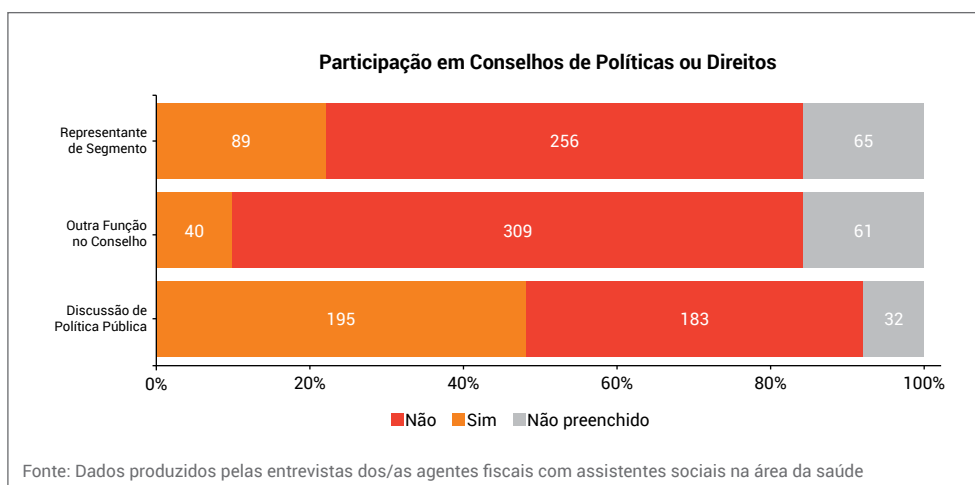


GRÁFICO 39: Distribuição em números relativos e absolutos sobre a participação dos/as assistentes sociais pesquisados/as em Conselhos de Políticas ou Direitos (São Paulo, 2010)

DISCUSSÃO

Como os Conselhos, por legislação específica, em geral constituem-se paritariamente, entre 25% de trabalhadores/as, 25% de gestores/as e 50% de usuários/as, os/as assistentes sociais representavam diferentes segmentos entre o dos/as trabalhadores/as, dos/as usuários/as, e dos/as gestores/as. Os/As profissionais declaram também desempenhar outras funções, em assessoria, capacitação, auditoria, secretaria, e tesouraria, compondo comissões de fiscalização e investigação de demandas, organizando a metodologia de eventos, como suplente, entre outras.

³³ Alguns/Algumas assistentes sociais referiram participar em mais de um Conselho. Nos níveis dos Conselhos também houve variação, entre os/as gestores/as das instituições, os locais, os distritais e os municipais. Foram mencionados os Conselhos de Saúde; de Assistência Social; da Criança e do Adolescente; da Comunidade; da Participação Popular; da Pessoa em Situação de Rua; dos Portadores de Deficiência; das Pessoas Portadoras de Necessidades Especiais; da Pessoa Portadora de Deficiência e de Mobilidade Reduzida; dos Portadores de HIV; do Idoso; da Segurança Alimentar; da Mulher; da Juventude; da Igualdade Racial; da Diversidade Sexual; do Meio Ambiente; de Entorpecentes; de Políticas Públicas sobre Álcool e Drogas. Um assistente social referiu participar do Orçamento Participativo. É preciso pontuar que, embora os Conselhos voltados para as pessoas com deficiência tenham diferentes denominações, estas resultam das discussões em processo sobre a defesa dos direitos humanos e a maneira politicamente correta de referência a elas, desde a convenção internacional do milênio proposta pela Organização das Nações Unidas (ONU), da qual o Brasil, ao lado de outros 191 países, tem participado desde 2002 (BRASIL, 2012).

Os/As assistentes sociais que não participavam dos Conselhos foram indagados/as sobre seus motivos. As razões obtidas nas respostas, contudo, mostraram-se evasivas - as mais frequentes eram “falta de tempo”, “falta de oportunidade”, “nada em específico”, “não conheço”, “não gosto”, “não fui convidada”, “por opção”, ou “participei de outras gestões”, entre outras.

É preciso considerar que o objeto³⁴ de trabalho dos/as assistentes sociais é essencialmente coletivo e que as políticas sociais definidas no Brasil a partir de 1988 institucionalizaram canais coletivos de participação. Considerando ainda as análises e críticas sobre as condições de operacionalização e funcionamento de tais canais, a partir da resposta de alguns/algumas profissionais, é preciso indagar a respeito dos fundamentos teórico-metodológicos que referenciam o trabalho realizado e acerca do conhecimento sobre as políticas sociais de atuação que os/as profissionais em questão detinham.

O estudo também se interessou sobre a maneira como os/as profissionais realizavam as discussões sobre políticas públicas na instituição. Os/As 195 assistentes sociais que as promoviam referiram modos bastante diferenciados de fazê-lo, apontando para um esforço de inserção na realidade com que trabalhavam, contudo, as reuniões de equipe pareceram ter sido a estratégia mais utilizada. Também foram referidas as discussões informais; a apresentação de problemas e busca de resoluções; articulação da rede de atenção; participação na rede de atenção; assembleia com usuários/as; discussões sobre benefícios com usuários/as; divulgação de informações em meios de comunicação internos da instituição; rodas de conversa; encontros com representantes da hierarquia institucional; capacitação de conselheiros/as; grupos de estudo; eventos institucionais; reuniões setoriais, entre outras.

É possível, portanto, inferir sobre a existência de distintos projetos profissionais sendo operacionalizados, a partir das respostas relacionadas ao trabalho desenvolvido.

Os/As 183 assistentes sociais que não promoviam discussões sobre políticas públicas foram indagados/as sobre seus motivos. Novamente as respostas obtidas foram bastante diferenciadas, alegando-se expressivamente falta de tempo, falta de oportunidade, dificuldades institucionais, falta de interesse ou abertura da instituição, e até mesmo pouca experiência profissional. Tratando-se de um número próximo de 50% dos/as assistentes sociais abordados/as, em relação a esse aspecto também é possível indagar a respeito de possíveis reflexões dos/as profissionais sobre o trabalho que realizavam e a realidade em que atuavam.

Os/As assistentes sociais também foram indagados/as sobre um possível acompanhamento das discussões promovidas pelas entidades organizativas da categoria profissional, a respeito das políticas públicas e da política de saúde em específico. O Gráfico 40 disponibiliza essas informações.

Dos dados apontados no Gráfico 40, se somados, nas duas questões em análise, os números negativos com os informados sobre o não preenchimento, supera-se os 50% dos/as assistentes sociais dos quais este estudo se aproximou.

As razões da não participação foram também indagadas por este estudo, mas poderiam ir, inicialmente, em duas direções. Uma relacionada aos/às assistentes sociais, que poderiam não buscar participar de qualquer discussão ou poderiam participar em outros locais.

³⁴ O objeto do Serviço Social entendido como as expressões da questão social decorrentes das relações entre capital e trabalho na sociedade capitalista madura (IAMAMOTO, 1982; 1999; 2007).



GRÁFICO 40: Distribuição em números relativos e absolutos sobre a participação dos/as assistentes sociais em discussões de entidades organizativas (São Paulo, 2010)

Outra relacionada às entidades de Serviço Social, que poderiam estar produzindo as discussões e não recebendo o retorno esperado, ou mesmo não produzindo as discussões na proporção das necessidades.

As respostas obtidas, contudo, foram muito semelhantes às justificativas de questões anteriores, quanto às políticas públicas em geral: falta de tempo; de oportunidade; de espaço e abertura institucional para as participações; de informação. Entretanto, as últimas respostas confrontam-se com outras obtidas para questões do início deste estudo (p.12), que apontavam que cerca de 60% das instituições incentivavam a participação em eventos.

Quanto à política de saúde em específico, os/as profissionais opinaram de forma mais argumentada sobre seu interesse pela área. As referências à participação excedeu o âmbito das entidades organizativas, direcionando-se também para as Secretarias de Saúde e para as conferências na área. Evocou-se, também, os esforços da política na implementação de mudanças para a adequação do sistema.

Outro argumento apontava para a terceirização das instituições prestadoras de serviço por contrato de gestão promovido pelo Estado, resultando na precarização das condições de trabalho, que provocavam os/as assistentes sociais trabalhadores/as na área à participação.

Em relação ao CRESS-SP em específico, as diligências da entidade na acolhida das demandas, que resultou tanto nos Parâmetros (CFESS, 2010) como nas discussões sobre a política e o sistema, tiveram avaliação positiva, apontadas por parte significativa dos/as assistentes sociais que responderam à questão. Contudo, algumas respostas de assistentes sociais do interior do estado referiram-se à falta de discussão local.

No caso da não participação dos/as assistentes sociais no acompanhamento das discussões promovidas pelas entidades organizativas, indagou-se sobre a maneira como tomavam conhecimento da política de saúde. A internet foi um veículo apontado com frequência; é preciso considerar que o Ministério da Saúde tem disponibilizado publicações sistematicamente através da rede. Os jornais e as publicações também foram referidos.

Buscou-se conhecer também a vinculação dos/as profissionais às entidades organizativas, entre as quais os sindicatos, partidos políticos, associações e quaisquer outras. O Gráfico 41 organiza os números relativos resultantes das informações disponibilizadas pelos/as assistentes sociais.

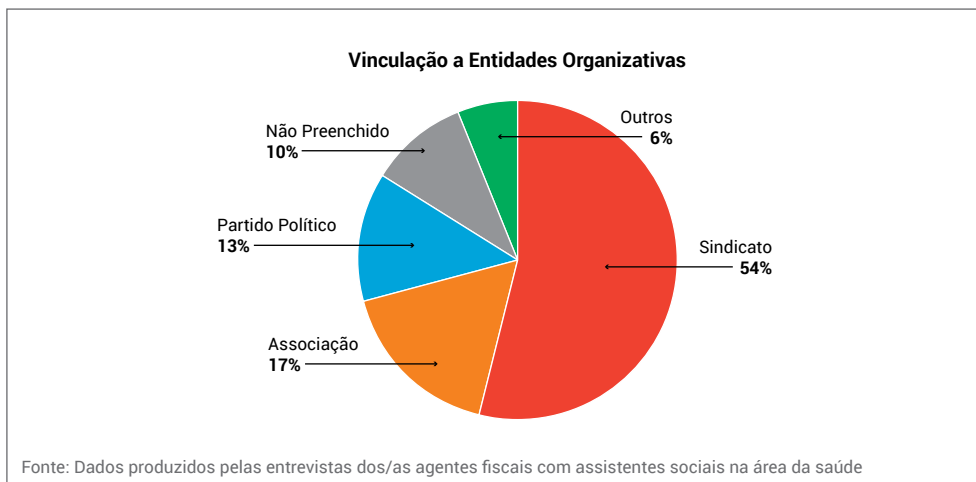


GRÁFICO 41: Distribuição em números relativos sobre a participação dos/as assistentes sociais em discussões de entidades organizativas (São Paulo, 2010)

Foram citados os partidos políticos Democratas (DEM); Partido Comunista Brasileiro (PCB); Partido da Social Democracia Brasileira (PSDB); Partido Socialismo e Liberdade (PSOL); Partido dos Trabalhadores (PT), Partido Trabalhista Brasileiro (PTB). Os sindicatos citados relacionavam-se aos dos/as servidores/as municipais ou de sindicatos dos/as trabalhadores/as na área da saúde, entre os quais o SindSaúde. As associações também estiveram ligadas às de funcionários/as, servidores/as, profissionais. Mas foram citadas associações de bairro; de pessoas com deficiência; de portadores/as de problemas específicos de saúde; o Rotary Club, entre outros.

Indagou-se também dos/as assistentes sociais que participaram deste estudo sobre a possível inserção em comissões de ética nas instituições onde trabalhavam, junto ao CRESS, ou ainda, de outra comissão. O Gráfico 42 agrupa a participação referida, expondo os dados obtidos em números relativos e absolutos.

Embora os números relacionados aos/as participantes sejam pequenos, observa-se que, no momento da coleta de dados, três assistentes sociais participavam no CRESS; 33, nas instituições em que trabalhavam; e 61 em outras comissões.

Os/As assistentes sociais que responderam participar da Comissão de Instrução Processual de Ética do CRESS referiram acompanhar processos, realizar oitivas, elaborar relatórios, entendendo a comissão como um espaço de aprendizagem do Código de Ética e de contribuição para as atividades do CRESS.

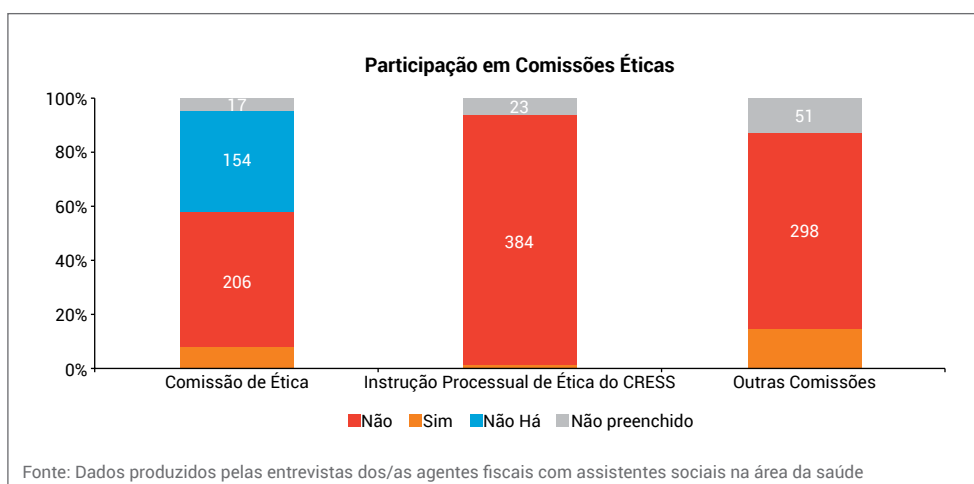


GRÁFICO 42: Distribuição em números relativos e absolutos sobre a participação dos/as assistentes sociais em comissões éticas (São Paulo, 2010)

As Comissões de Humanização foram das mais citadas, o que de certa forma contrasta com as informações analisadas no início deste estudo sobre a participação dos/as assistentes sociais em propostas específicas da Secretaria de Saúde do estado de São Paulo voltadas para humanização. Mas também foram referidas a Comissão de Prevenção de Acidentes (CIPA); Comissão de Acreditação; Comissão de Revisão de Prontuários; Comissão de Residência Multiprofissional; Comissão de Observação de Morbi-Mortalidade em Diferentes Áreas; Comissão Intra-Hospitalar de Captação de Órgãos e Tecidos para Transplante; Comissão de Organização de Cursos; Comissão de Contratação de Médicos para o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU); Conselho Curador; Rede de Enfrentamento da Violência contra a Criança, entre outros.

O Gráfico 43 exibe os dados resultantes da questão relacionada aos contatos com o CRESS-SP, tendo sido os/as profissionais indagados/as inicialmente sobre o recebimento de informes do órgão, das atividades desenvolvidas pelas seccionais. Observou-se que 34 (8,29%) dos/as assistentes sociais não recebiam informação, mas 323 (78,78%) responderam positivamente. Contudo, 53 formulários não tiveram os dados preenchidos.

Ao interessar-se sobre os meios de comunicação, o estudo obteve os dados expostos no Gráfico 44. Em outros, foram assinalados e-mails, mala direta, telefone.

As questões relacionadas ao acesso ao portal do CRESS e à participação em atividades nas seccionais ou na sede foram agrupadas no Gráfico 45.

Foi solicitado aos/às assistentes sociais que participavam de atividades das seccionais que as discriminassem. Foram citadas as participações: na base da subCofi; no curso de ética; em encontros de discussão de políticas sociais; nas eleições; nas comemorações do Dia do/a Assistente Social; nas discussões do Núcleo de Saúde; em eventos, encontros, assembleias e reuniões; em palestras, entre outras. Nas atividades da sede, o Núcleo de Saúde; o congresso comemorativo do Congresso da Virada; o trabalho nas eleições; encontros da Comissão de Ética, encontros da Cofi; palestras, reuniões e eventos. Contudo, a distância e localização da sede foram citados como impeditivos à participação.

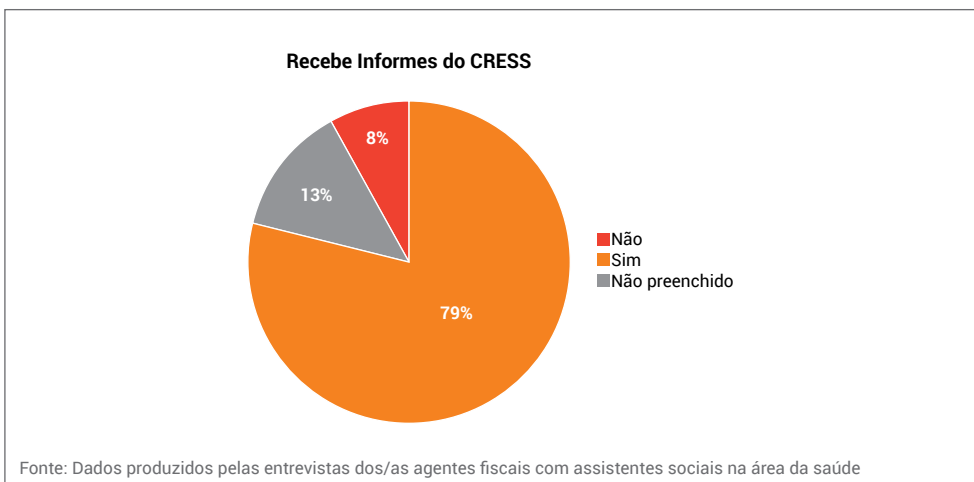


GRÁFICO 43: Distribuição em números relativos aproximados sobre o acesso dos/as assistentes sociais aos informes do CRESS (São Paulo, 2010)

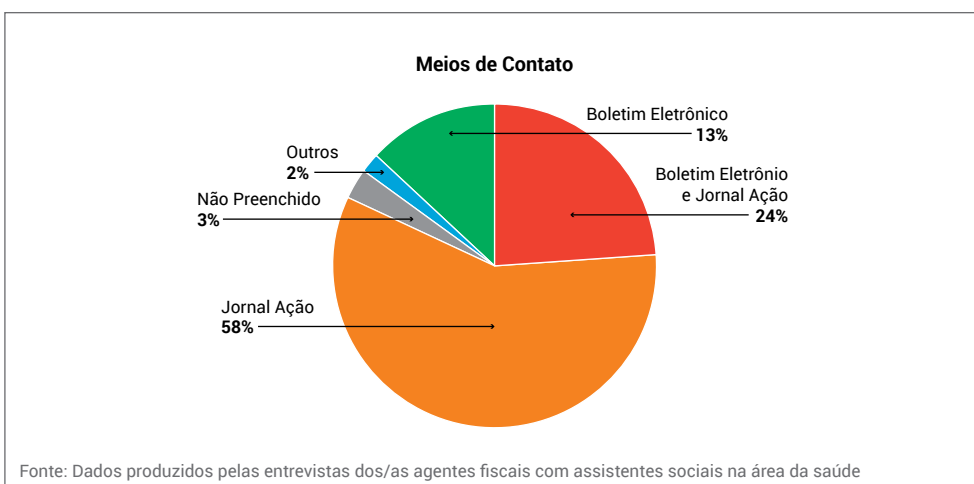


GRÁFICO 44: Distribuição em números relativos sobre o acesso dos/as assistentes sociais aos meios de contato do CRESS (São Paulo, 2010)

O estudo procurou ainda conhecer críticas e sugestões dos/as assistentes sociais sobre a atuação do CRESS-SP.

Em relação às seccionais, as críticas voltavam-se para a localização, horário restrito e dificuldades dos atendimentos telefônicos, que dificultavam o acesso. O curto tempo de divulgação dos eventos e a falta de informações também foram citados como impeditivos de participação. A ausência de visitas de fiscalização foi mencionada como ponto negativo, assim como a distância entre a seccional e os/as profissionais e o valor da anuidade. Também foi referido o número reduzido de profissionais da direção, o que dificultaria a ampliação da agenda de trabalho e da falta de participação da base da seccional.

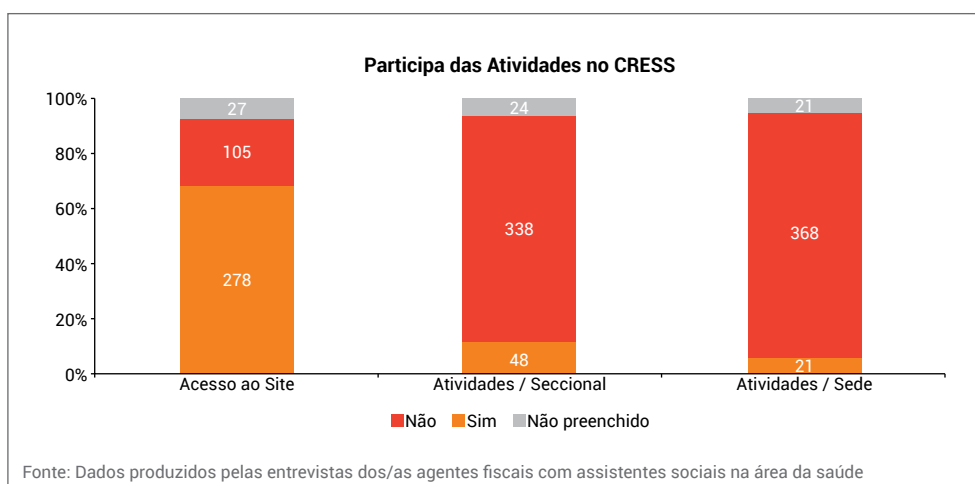


GRÁFICO 45: Distribuição em números relativos e absolutos sobre a participação dos/as assistentes sociais das atividades no CRESS (São Paulo, 2010)

As sugestões voltavam-se para a promoção de mais encontros, eventos, cursos e palestras; mais visitas de fiscalização³⁵; ampliação dos eventos para outros períodos do dia, à tarde ou pela manhã; ampliação da biblioteca; intensificação do período de distribuição do jornal *Ação* para um intervalo mensal; publicação de um informativo próprio da região; e que a pessoa designada para atendimento na seccional fosse também um/a assistente social. Mas as demandas trabalhistas dos/as assistentes sociais também foram atribuídas ao órgão, com a sugestão da criação de sindicato que articulasse piso salarial com horário de trabalho.

Houve também elogios à atuação das seccionais, referidos à forma de atendimento quando ocorrido; ao bom trabalho realizado voltado para a articulação e informação sobre os interesses coletivos da categoria; à aproximação da realidade de trabalho dos/as assistentes sociais com a coleta dos dados para este estudo.

Quanto à atuação da sede, a principal crítica relacionou-se à localização³⁶, distante do metrô, e à dificuldade da frequência no período noturno, tendo sido recorrente também o valor da anuidade. Foram citados ainda: solicitação de respaldo do órgão para o retorno sobre ocorrências no exercício profissional; posicionamento do órgão em relação às práticas terapêuticas, atribuído à falta de flexibilidade, conhecimento e valorização dos/as profissionais que fizeram tal escolha; falta de comunicação com a categoria; falta de orientação aos/às alunos/as no final dos cursos e aos/às recém-formados/as para o registro profissional; falta de visitas de fiscalização; e tamanho do instrumental que estava sendo aplicado para este estudo.

³⁵ Uma assistente social entrevistada referiu que seria necessário “acompanhar e realizar visitas no local de trabalho, como foi realizado com a pesquisa, porque em 24 anos de profissão foi a primeira vez que recebi um representante do CRESS”.

³⁶ Uma assistente social manifestou que “o prédio permanece em local de difícil acesso e muitas atividades desenvolvidas na sede ficam prejudicadas pela localização, principalmente aquelas que ocorrem no período noturno”.

As sugestões³⁷ ativeram-se à intensificação de informações, relacionadas principalmente às Resoluções do CFESS; divulgação de cursos pelo portal; divulgação da biblioteca e possibilidade de renovação de livros por telefone ou internet; melhoria na articulação e retomada do Núcleo de Saúde; promoção de espaços de discussão da saúde mental; promoção de espaços de supervisão e assessoria; promoção de mais cursos; fiscalização dos cursos de graduação, em especial do ensino a distância; dificuldade de participar do processo de eleição, nas representações; necessidade de renovação das representações; intensificação da fiscalização na perspectiva educativa; proximidade da fiscalização com o trabalho voltado principalmente para a população de alta vulnerabilidade; divulgação para a categoria dos resultados do estudo do qual estavam participando, entre outros.

Fez parte das sugestões para a sede, também, a articulação do sindicato, a reivindicação de um piso salarial; o posicionamento pelas 30 horas de trabalho; a discussão sobre a prática profissional cotidiana; a possibilidade de que a anuidade possa gerar desconto nas inscrições dos congressos.

Os elogios foram referentes ao atendimento prestado pelo setor administrativo; ao atendimento da biblioteca; à visita educativa da fiscalização do órgão; à iniciativa da pesquisa sobre o trabalho profissional na área.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo buscou aproximar-se do exercício da profissão dos/as assistentes sociais nas diferentes seccionais do CRESS 9ª Região no estado de São Paulo, na área da saúde. Para tanto, considerou as instituições em que o trabalho estava sendo desenvolvido; as ações dos/as assistentes sociais e, ainda, a relação dos/as profissionais com o CRESS-SP.

Trata-se de uma iniciativa relevante do órgão responsável pela fiscalização do exercício profissional, que produziu informações a respeito das condições nas quais o trabalho de assistentes sociais vem sendo realizado em uma política pública específica.

Embora dificuldades metodológicas ainda tenham ocorrido relacionadas à padronização da coleta dos dados, levando-se em conta inclusive a extensão das informações coletadas, é possível e desejável superá-las em novas sistematizações. É preciso, contudo, destacar o empenho da Cofi e dos/as agentes fiscais, na objetivação da produção do conhecimento sobre a realidade em estudo. Relevante, da mesma forma, foi a contribuição dos/as assistentes sociais contatados/as por este estudo, observando-se a generosidade com que compartilharam suas experiências para a produção deste trabalho.

A aproximação dessa realidade possibilitou o levantamento de novas questões que solicitem novas abordagens. De um lado, constatou-se o empenho de assistentes sociais no trabalho de contribuir para a ampliação do acesso da população atendida à política de saúde, como ainda na tessitura de relações sociais que a operacionalização da política cotidianamente

³⁷ Foi sugestão de um assistente social que “o CRESS precisa melhorar os mecanismos de comunicação e criar materiais de divulgação da profissão, semelhantes aos do CRESS-RJ, bem como de publicação de resoluções coletivas”.

solicita. Os/As assistentes sociais constituem uma categoria profissional que tem contribuído para o acesso e alargamento de direitos sociais em São Paulo, o estado mais rico da Federação, com o maior produto interno bruto, e que, também por isso, deixa agudamente evidenciada a desigualdade social em seu território.

Por outro lado, as informações produzidas neste estudo chamaram a atenção para alguns pontos relevantes, relacionados ao exercício profissional. Foi possível notar a existência de diferentes projetos de profissão decorrentes das concepções dos/as profissionais, expressando a fundamentação teórico-metodológica assumida. Os diferentes projetos despontaram, por vezes, nas propostas de trabalho operacionalizadas, na opção por determinados estudos pós-graduados, e mesmo na escassa literatura profissional referida, em um momento em que a produção de conhecimento realizada pela profissão se expande.

Embora a procura pela capacitação continuada tenha sido representativa na expressão de parte dos/as assistentes sociais dos/as quais este estudo se aproximou, e a política social em foco solicite especialização para a prática profissional, é preciso, contudo, que os/as assistentes sociais – tanto os/as que procuram por cursos como os/as que os oferecem – não descuidem de aprofundar conhecimentos relacionados à própria área profissional. Se os conhecimentos sobre a política de saúde são úteis no desenvolvimento do trabalho, são os conhecimentos da profissão que se revelam necessários à atuação profissional, e que se constituem como instrumento de trabalho.

Nesse sentido, a abertura e continuidade de campos de estágio, uma vez que se mostraram minoritários nas instituições pesquisadas, também poderiam se constituir como um estímulo à qualificação, dado que proporcionam proximidade entre os serviços e as universidades, provocando o desejável aprimoramento das ações profissionais.

Outro ponto relevante relaciona-se ao trabalho com e em ações coletivas, dado que o objeto da ação profissional resulta de relações sociais postas no conjunto da sociedade. O trabalho profissional com essa configuração mostrou-se ainda como um objetivo a ser buscado, dada a maneira como a demanda chega individualmente até a profissão, mas principalmente, como os/as assistentes sociais estão respondendo a ela.

Contudo, os esforços para a qualificação do trabalho dos/as assistentes sociais também precisam ser colocados no aprofundamento do contato com a pesquisa – tanto no exercício profissional como no exercício de fiscalização – para a sistematização do conhecimento produzido sobre as práticas realizadas e sobre a realidade sobre a qual se debruçam.

Os esforços para a qualificação do trabalho profissional têm sido buscados pelos/as assistentes sociais, historicamente no Brasil, e em especial na área da saúde. Nessa direção, para Vasconcelos, “[...] é pelo conjunto da prática dos assistentes sociais que a profissão é reconhecida ou não, valorizada ou não, respeitada ou não, conquistando sua autonomia ou não” (2006, p. 245 grifos não originais).

Quanto à relação dos/as profissionais com o CRESS, a necessidade de maior proximidade aflorou de maneira recorrente, entendendo-se positivamente às visitas de fiscalização, considerando-se os aspectos interventivos e educativos. Contudo, trata-se de um esforço de aproximação a ser feito tanto pelo órgão como pelos/as profissionais.

Observou-se também que, embora os/as profissionais expressassem entendimento sobre o caráter fiscalizatório do órgão sobre o exercício profissional, foi significativa a demonstração da necessidade de representatividade para questões específicas. Desde o final da década de 1980 e início da década de 1990, quando a representação sindical foi assumida pela profissão a partir dos ramos de atividade e não mais pela categoria profissional (ABRAMIDES; CABRAL, 1995), essa questão está em aberto. Discutia-se na implantação da nova estrutura sindical, naquela época, que as questões específicas da categoria seriam assumidas por órgãos de representação a serem criados, tais como “grêmios, colégios ou associações” (p. 186, nas teses da IV ANAS). Observa-se, porém, que na falta de tais organismos na contemporaneidade, parte dos/as assistentes sociais ainda atribui ao CRESS tal papel.

De outra maneira, dado que um número expressivo de assistentes sociais referiu acesso às informações veiculadas pela internet, talvez a aproximação pudesse também ser realizada pelo incremento desse instrumento, respondendo tanto à necessidade de informação dos/as profissionais como à necessidade de comunicação do órgão.

Quanto à política social em questão em São Paulo, se desde o final da década de 1990, ainda no governo Mário Covas, observava-se um movimento pioneiro no País, precoce e ágil, de desresponsabilização do Estado na prestação direta da atenção à saúde, a partir dos últimos anos nota-se um acentuado esforço de prefeituras e do estado para a privatização da assistência na área, continuando a destacar-se também em relação a outros estados.

As Organizações Sociais de Saúde proliferaram-se por todo o território, e aos poucos, desde o final dos anos 2000, adentrando nesta atual década, estado e municípios vão estabelecendo legislações que desconstroem princípios de justiça, universais e igualitários, previstos constitucionalmente e regulamentados nas leis que instituíram o SUS³⁸. Hospitais, ambulatórios (AMAS), Programas Saúde da Família (PSF) passaram a ser administrados por esse tipo de gestão, afastando a sociedade da possibilidade do controle social e evidenciando interferências do setor privado sobre os interesses e espaços públicos.

São desafios que também se colocam no campo de trabalho de assistentes sociais e demandam posicionamentos que devem expressar com clareza os projetos profissionais e societários postos no horizonte.

³⁸ Observar nesse sentido, entre outros, o Decreto Lei do Estado de São Paulo nº 57.108 de 6/7/2011, que regulamenta a Lei Complementar nº 1.131 possibilitando a abertura de 25% dos leitos de hospitais públicos aos seguros saúde e convênios no estado, objeto de pendências judiciais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABRAMIDES, Maria Beatriz Costa; CABRAL, Maria do Socorro Reis. O novo sindicalismo e o Serviço Social. São Paulo. Cortez, 1995.
- ANDERSON, Perry. Balanço do neoliberalismo. In BORÓN, Atilio; SADER, Emir. Pós-Neoliberalismo: as políticas sociais e o estado democrático. 5ª ed. São Paulo. Paz e Terra. 2000.
- BRASIL. Presidência da República. Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado – PDRAE. Brasília, 1995.
- _____. Presidência da República. Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência. Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência. 4ª.ed., rev. e atual. – Brasília. Secretaria de Direitos Humanos, 2012. Disponível em <http://www.pessoacomdeficiencia.gov.br/app/sites/default/files/publicacoes/convencaoopessoascomdeficiencia.pdf>. Acesso em 04/01/2014.
- _____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Entendendo o SUS. Brasília, 2007. Disponível em http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_entendendo_o_sus_2007.pdf. Acesso em 04/01/2014.
- CFESS. Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde. Conselho Federal de Serviço Social, Brasília. 2010.
- _____. Resolução N° 273, de 13/3/1993. Código de Ética do Assistente Social. In Legislação Brasileira para o Serviço Social. São Paulo. CRESS-SP, 2004.
- _____. Resolução N° 427, de 11/3/2002. Dispensa o pagamento de anuidade o assistente social que completar sessenta anos. Disponível em: http://www.cfess.org.br/arquivos/resolucao_427_02.pdf Acesso em 30/11/2013.
- _____. Resolução N° 442, de 23/5/2003. Institui os procedimentos para realização de desagravo público. Disponível em http://www.cfess.org.br/arquivos/resolucao_443_03.pdf Acesso em 30/11/2013.
- _____. Resolução N° 493, de 21/8/2006. Dispõe sobre as condições éticas e técnicas do exercício profissional do assistente social. Disponível em <http://www.cfess.org.br/visualizar/busca?q=Resolu%C3%A7%C3%A3o%20493> Acesso em 15/11/2013.
- _____. Resolução N° 533, de 29/11/2008. Regulamenta a supervisão direta de estágio. Disponível em <http://www.cfess.org.br/visualizar/busca?q=Resolu%C3%A7%C3%A3o%20533> Acesso em: 11/11/2013
- _____. Resolução N° 556, de 15/9/2009. Institui os Procedimentos para efeito da Lacerção do Material Técnico e Material Técnico-Sigiloso do Serviço Social Disponível em: http://www.cfess.org.br/arquivos/Resolucao_CFESS_556-2009.pdf Acesso em 30/11/2013.
- _____. Resolução N° 582, de 1/6/2010. Regulamenta a consolidação das Resoluções do Conjunto CFESS/ CRESS e dispõe sobre os procedimentos para cancelamento do registro profissional. Disponível em <http://www.cfess.org.br/arquivos/582.pdf> Acesso em 30/11/2013.
- IAMAMOTO, Marilda Vilela. Serviço Social em Tempo de Capital Fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social. São Paulo, Cortez, 2007.
- _____. Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional. 2ª ed. São Paulo, Cortez, 1999.
- IAMAMOTO, Marilda Vilela; CARVALHO, Raul. Relações Sociais e Serviço Social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica. 2ª ed. São Paulo, Cortez, 1982.
- MARSIGLIA, Regina Maria Giffoni. A trajetória do Serviço Social na área da Saúde em São Paulo: 1940-1999. Relatório de Pesquisa. NEPSAS, PUC-SP. 2001.
- MIRA, Maria Lúcia Garcia. Organização Social de Saúde: possibilidades de reconhecimento de um espaço público. São Paulo, 2003. [Dissertação de Mestrado – Universidade de São Paulo].
- MOREIRA, Carlos Felipe Nunes. O trabalho com grupos em Serviço Social: dinâmica de grupo como estratégia para reflexão crítica. São Paulo. Cortez, 2013.
- VASCONCELOS, Ana Maria de. Serviço Social e práticas democráticas na saúde. In: Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional. São Paulo. ABEPSS/ OPAS/OMS/Cortez, 2006. p. 242-272.
- _____. O trabalho do assistente social e o projeto hegemônico no debate profissional. In CFESS-ABEPSS-CEAD/NED-UnB Capacitação em Serviço Social e Política Social. Mód. 4. CFESS-ABEPSS-CEAD/NED-UnB. Brasília, 2000. p.125-137.

CONSIDERAÇÕES DA DIREÇÃO
ESTADUAL DO CRESS-SP À LUZ
DA DEFESA DA SAÚDE PÚBLICA
NO ESTADO DE SÃO PAULO

A concepção de saúde presente na Constituição Federal de 1988 é caracterizada como decorrente das condições de vida, de trabalho e da necessidade de acesso igualitário a todos os serviços que objetivem a promoção, proteção e recuperação da saúde. No entanto, embora a Constituição nos revele avanços do ponto de vista dos direitos sociais, assistimos nas duas últimas décadas a ataques sistemáticos a essas conquistas, pautados sobretudo pelo receituário neoliberal. Esses ataques, direcionados pela lógica privatista, tornaram as políticas de seguridade social espaços lucrativos para os “tubarões da saúde, previdência, assistência social e outros”, representados, no caso da saúde, pelo empresariado, convênios privados, associações, organizações sociais, entre outros, em um amplo mosaico privatizador da gestão pública em disputa do fundo público.

A problemática da privatização não se restringe à saúde, mas se estende por todas as políticas públicas (educação, desenvolvimento urbano, previdência, assistência social, entre outras), portanto representa a destruição dos direitos conquistados historicamente pela classe trabalhadora. Assim, a luta contra a privatização da saúde é também a luta contra a liquidação dos direitos sociais e das políticas públicas em tempos de barbárie neoliberal.

O amplo processo de terceirização e privatização da saúde no Estado de São Paulo é emblemático, pois explicita o nítido confronto entre dois projetos em disputa na sociedade: de um lado, o projeto da reforma sanitária dos anos 1980, fruto das lutas sociais, voltado para a afirmação de um sistema público, universal e de qualidade para todos; de outro, o projeto privatista que caminha na contramão da afirmação do SUS como direito social, alinhado com o desmonte do Estado e a transformação da Saúde em mera mercadoria lucrativa.

Tal processo de privatização ameaça a universalização da saúde, na medida em que coloca essa política pública como um nicho de mercado à disposição da iniciativa privada. Destacamos as lamentáveis iniciativas no estado de São Paulo na tentativa de venda dos 25% de leitos do SUS para os convênios privados, a sistemática ampliação das OSs (Organizações Sociais) na gestão e execução, as parcerias público-privadas (chamadas PPP) que estabelecem nesse estado a desregulamentação de direitos, a precarização do trabalho, a descontinuidade de serviços públicos essenciais para a população, a desarticulação com os princípios da gestão pública comprometida com as necessidades da população usuária, entre outros.

Na mesma linha, observa-se que o SUS, especialmente em São Paulo, tem sofrido um processo contínuo de desmonte de seu caráter público e estatal, acarretando ameaças concretas ao direito universal à saúde e ampliação de sua cobertura e qualidade para a população. Os “novos modelos de gestão” são hoje, sem dúvida, uma das maiores expressões desse processo de desconstrução e privatização do direito à saúde, *impondo ao SUS o comando duplo do sistema com ligeiras vantagens ao poder das oligarquias da saúde.*

No Estado de São Paulo, a resposta hegemônica das administrações (municipais e Estadual) ao conjunto dos movimentos em defesa do SUS 100% público e estatal tem sido a criminalização do controle social, dos movimentos sociais, usuários/as e trabalhadores/as que defendem o SUS como patrimônio do povo brasileiro e o controle social como estratégia da gestão democrática nas políticas públicas.

Esse cenário conjuntural exigiu (e exige) da classe trabalhadora ações efetivas pela defesa de direitos, tendo sido os enfrentamentos coletivos fundamentais na luta pela saúde pública, valendo então destacar a atuação do CRESS-SP na defesa do SUS 100% público e estatal em conjunto com outros sujeitos sociais importantes como a **Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde**², Fórum Popular de Saúde do Estado de São Paulo e Plenária Municipal de Saúde.

Outras lutas travadas no campo foram as ações protagonizadas na região da Cracolândia, chamadas de Operação Sufoco, apelidada pelos movimentos de direitos humanos como “dor e sofrimento”. Seu principal objetivo era “rebatização”, pelo então prefeito do município de São Paulo Gilberto Kassab, como “Nova Luz”, em um amplo projeto de mercantilização da vida humana, por meio de estímulos à iniciativa privada e especulação imobiliária. Tal política foi marcada pelo terrorismo de Estado e violação de direitos humanos. Foram operacionalizadas na região a demolição de casas, dispersão de usuários/as com uso de violência policial, uma política de encarceramento em massa por meio de internações compulsórias, consubstanciando um cenário de barbárie social.

Os constantes ataques aos direitos humanos, criminalização da pobreza e movimentos sociais, uso da violência pelos/as agentes do estado contra as comunidades, e ações arbitrárias voltadas à internação compulsória e militarização da região conhecida como Cracolândia³ mobilizaram os/as Assistentes Sociais da direção e da base do CRESS-SP em conjunto com os movimentos sociais para fazer uma frente de resistência em favor do tratamento em liberdade, defesa do direito de escolha de dependentes químicos/as e seus/suas familiares, bem como implantação e ampliação da rede de serviços de saúde mental e outras políticas públicas efetivas no estado de São Paulo.

Nesse sentido, o CRESS-SP agilizou a publicação de manifestos, cartas abertas e documentos (em diversas mídias - jornais, rádios, canais de televisão etc.) que expressaram o posicionamento contrário a essas ações higienistas arremessadas sobre as pessoas em situação de rua e em condição de dependência química na região central da cidade e também cidades do interior.

No âmbito da política de saúde mental, ações operacionalizadas pelos governos Estadual e municipal (Geraldo Alckmin e Gilberto Kassab) no enfrentamento da problemática das drogas se deram na contramão dos princípios da reforma psiquiátrica dos anos 1980, especialmente na fracassada política sobre drogas, com ações governamentais que teimam em financiar e implantar serviços de cunho manicomial, incentivando internações compulsórias em hospitais, até mesmo em comunidades terapêuticas, em um claro desrespeito aos direitos humanos.

² A *Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde* é composta por diversos fóruns estaduais, entidades, sindicatos, centrais sindicais, movimentos e organizações sociais, partidos políticos em torno da luta por um SUS 100% público, estatal e de qualidade.

³ A região central da cidade de São Paulo tornou-se palco de descaso por parte do estado, violência policial e violações de direitos humanos contra a população em situação de rua e/ou dependentes químicos/as. A região foi pejorativamente intitulada como Cracolândia.

Outra frente de atuação que não podemos deixar de ressaltar foi a inserção do CRESS-SP nos processos de controle social e fóruns de trabalhadores/as e usuários/as, articulando e disputando posicionamentos na sociedade, especialmente no âmbito das conferências municipais, estadual e nacional em todas as áreas das políticas sociais.

Ações estas que se estenderam para o âmbito da articulação com as demais categorias profissionais, como a participação no Fórum dos Conselhos Atividade Fim da Saúde⁴ (FCAFS), sendo marcado pela disputa de posição contra a privatização da saúde orientada pela defesa do SUS 100% público, estatal e de qualidade, contra a precarização da formação profissional para as áreas da saúde e contra a precarização do trabalho por meio dos cargos genéricos e largos, além da articulação estadual em torno do controle social com direção política.

Nesse campo, destacamos duas ações relevantes enfrentadas junto ao FCAFS: a primeira foi a posição contrária do CRESS-SP em relação à realização do exame de proficiência, entendendo-a como falsa medida de enfrentamento da precarização do ensino e da formação no âmbito da saúde; a segunda foi o protagonismo do CRESS-SP, junto com parceiros importantes vinculados a outros conselhos profissionais, na luta contra a desregulamentação do trabalho e criação de cargos genéricos⁵.

Este é um breve resumo das ações do CRESS-SP, Gestão 2011/2014 *AmpliAçãoSS: Unindo Forças e Ousando na Luta*, no contexto da defesa da saúde pública e das prerrogativas profissionais.

Acreditamos que essa análise dos levantamentos das condições de trabalho e atuação dos/as assistentes sociais na área da saúde possa subsidiar a organização de novas e antigas lutas no campo da política pública de saúde no estado de São Paulo. Certos/as de que o presente levantamento sobre as “condições do exercício profissional dos/as assistentes sociais na área da saúde” poderá fomentar, na base da categoria, inquietações ético-políticas, teórico-metodológicas e técnico-operativas capazes de avançarmos coletivamente na afirmação do serviço social nos diversos espaços sócio-ocupacionais, do projeto ético-político dessa profissão e na defesa do SUS 100% público e estatal e de qualidade.

Comissão de Seguridade Social (COSS)

CRESS-SP - Gestão 2011/2014

⁴ O Fórum dos Conselhos Atividade Fim da Saúde (FCAFS) é uma instância de articulação entre as profissões regulamentadas da área da saúde congregando as áreas de Serviço Social, Biologia, Educação Física; Farmácia; Enfermagem; Fisioterapia; Fonoaudiologia; Medicina; Medicina Veterinária; Nutrição; Odontologia; Psicologia e Terapia Ocupacional.

⁵ Na ocasião, foi elaborada uma **Ação Civil Pública**, movida coletivamente pelo CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO ESTADO DE SÃO PAULO, CONSELHO REGIONAL DE QUÍMICA DA IV REGIÃO, CONSELHO REGIONAL DE FONOAUDIOLOGIA DA 2ª REGIÃO, CONSELHO REGIONAL DE BIOLOGIA DA 1ª REGIÃO, CONSELHO REGIONAL DE SERVIÇO SOCIAL DE SÃO PAULO (9ª REGIÃO), CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DA 6ª REGIÃO – CRP 06, e CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL DA 3ª REGIÃO – CREFITO 3, contra o Governo do Estado de São Paulo. Tal ação teve como objetivo **desconsiderada a nomenclatura do cargo de “Agente Técnico de Assistência à Saúde” criado pela Lei Complementar do Estado de São Paulo n.º 1.157/2011, para que seja respeitada a denominação e as atribuições de cada uma das profissões.**

ANEXOS

**CONSELHO REGIONAL DE SERVIÇO SOCIAL
9ª REGIÃO
SÃO PAULO**

**PROJETO DE ESTUDO DAS ESPECIFICIDADES DO EXERCÍCIO
PROFISSIONAL DOS/AS ASSISTENTES SOCIAIS
DA ÁREA DA SAÚDE
NO ESTADO DE SÃO PAULO**

**São Paulo
Janeiro de 2010
CONSELHO REGIONAL DE SERVIÇO SOCIAL
9ª REGIÃO
SÃO PAULO**

**ESTUDO DAS ESPECIFICIDADES DO EXERCÍCIO
PROFISSIONAL DOS/AS ASSISTENTES SOCIAIS DA ÁREA DA
SAÚDE NO ESTADO DE SÃO PAULO**

Projeto de estudo proposto
pela coordenação da Cofi, com
participação do Núcleo de Saúde
do CRESS-SP 9ª Região, com
acompanhamento da assistente
social Maria Lúcia Garcia Mira.

**São Paulo
Janeiro de 2010**

SUMÁRIO

Introdução	04
Referencial Teórico	06
Justificativa	10
Objetivos.....	11
Objetivo Geral	11
Objetivos Específicos.....	11
Pressuposto ou Hipótese	11
Metodologia.....	12
Cronograma.....	13
Referencial Bibliográfico.....	13
Financiamento.....	XX

INTRODUÇÃO

A proposta de sistematização de visitas de rotina por segmento a assistentes sociais, para a fiscalização da profissão, levou o Conselho Regional de Serviço Social de São Paulo 9ª Região (CRESS-SP) a buscar a elaboração de um estudo que pudesse revelar a realidade relacionada ao exercício profissional, bem como ao campo de atuação dos/as assistentes sociais na área da saúde, no estado de São Paulo. A política de saúde, campo de ação dos/as assistentes sociais na área, tem sido implementada no estado, a partir de propostas público/privadas que precisam ser desveladas na maneira como afetam, além do trabalho profissional, os direitos de seus/suas usuários/as.

A saúde vem sendo apontada como a área que requisitou historicamente, no Brasil, o maior contingente de profissionais do Serviço Social (Marsiglia, 2001). A implantação e operacionalização do Sistema Único de Saúde (SUS), que, procurando a descentralização administrativa, deixou a cargo dos municípios a execução da política, ampliou a contratação dos/as assistentes sociais nesse nível. É preciso, no entanto, marcar diferenças na capacidade da atenção à saúde, e, por consequência, da ação profissional dos/as assistentes sociais nos pequenos ou grandes municípios.

Por sua vez, a atenção integral na saúde, um dos princípios do SUS, comporta a assistência em diferentes níveis de complexidade, nos quais os/as assistentes sociais se inserem, com discrepância para as solicitações do trabalho desses/as profissionais. As demandas para o trabalho profissional, contudo, diversificam-se ainda por diferentes razões.

As razões relacionadas à concepção de saúde disputam, de um lado, o projeto médico hegemônico que entende a saúde como ausência de doença, focalizando no indivíduo o processo de adoecimento e cura; por outro, a concepção pela qual o SUS foi definido constitucionalmente relaciona-se às condições de vida dos/as brasileiros/as, e às razões de caráter estrutural da sociedade, mais próxima do projeto ético-político hegemônico (Netto, 2000) dos/as assistentes sociais, no Brasil, desde a década de 1990.

As demandas relacionadas à política de saúde também contribuem para diferentes enfoques, uma vez que a implantação e o desenvolvimento da política no SUS vêm ocorrendo contraditoriamente, num campo de disputas pelo fundo público. Essa disputa, desde a gestão Collor de Mello, materializou-se na reforma do aparelho do Estado, implementada por Fernando Henrique Cardoso e tendo continuidade no governo Lula. Assim, o próprio Estado vem se desresponsabilizando da prestação direta da assistência à saúde. Especificamente no estado de São Paulo, a criação de parcerias entre instituições da sociedade civil e o Estado tem sido uma resposta frequente na área da saúde (Mira, 2003). As instituições criadas a partir

dessa parceria direcionam, também, as condições e o trabalho dos/as assistentes sociais que integram seu quadro funcional.

É necessário considerar também que, na área, os/as assistentes sociais se inserem em processos de trabalho ao lado de outros/as profissionais, na busca de condições de saúde como objetivo final do trabalho. Tal situação leva a diferentes condições, horizontalizadas ou não, na participação dos/as assistentes sociais nas equipes de trabalho. Para Vasconcelos (2006), a inserção valorizada ou a subalternizada do/a profissional decorre muitas vezes do grau de aprofundamento teórico que detém o/a assistente social, e que lhe possibilita a leitura da realidade e a argumentação em suas propostas. Soma-se a esse cenário a formação dos/as próprios/as assistentes sociais, que na graduação alcançam, no conhecimento adquirido, um instrumento de trabalho (Iamamoto, 1998), ou ainda a capacitação buscada durante a vida profissional. É preciso considerar que a bagagem teórica de cada assistente social condiciona as possibilidades ou desafios relacionados à capacidade de proposição do próprio trabalho, em que se materializam os valores éticos e os aspectos políticos de sua profissão.

A atual conjuntura, da qual alguns aspectos foram aqui referidos, desafia o projeto ético-político da categoria profissional e estimula o estudo da realidade. Nesse sentido, faz-se necessário indagar a respeito do campo de trabalho e do exercício profissional do/a assistente social inserido/a na área da saúde: onde se formou e como se atualiza? Como se insere na instituição? Há quanto tempo está trabalhando na área ou instituição? Que propostas de trabalho lhes são solicitadas institucionalmente? Quais propostas tem construído? Como sistematiza os dados da realidade com que trabalha? Como responde às demandas que lhe chegam individualmente? Ocorrem diferenciações de propostas de trabalho nos municípios, dependendo de seu tamanho e capacidade? Há diferenciações entre as propostas profissionais nos equipamentos diretos ou indiretos do Estado? O/A assistente social participa de propostas de trabalho coletivas? Como se posiciona frente às demandas e condições de trabalho que possibilitam ou condicionam seu exercício profissional? Como compreende e se posiciona frente à conjuntura que incide em seu exercício profissional? Participa dos espaços públicos com os quais seu trabalho se relaciona? Quais são suas referências teóricas, éticas e políticas?

Buscando respostas a essas e outras indagações, sem pretender esgotá-las, mas abrir possibilidades de reflexão, bem como subsídios para as ações políticas internas para a direção do CRESS, e ainda frentes de luta ao lado de entidades parceiras, este estudo se propõe a uma aproximação das especificidades do exercício profissional dos/as assistentes sociais nos respectivos campos de trabalho, relacionados à área de saúde no estado de São Paulo.

REFERENCIAL TEÓRICO

A luta pela efetivação de direitos sociais, cidadania, democracia e liberdade em que a sociedade brasileira esteve envolvida nas décadas de 1970 e 1980 ocorreu em um momento em que a globalização econômica buscava a saída da crise, depois de um período mais longo de estabilidade. Dessa maneira, após a conquista da Carta Constitucional, e do início do período democrático, a regulamentação das políticas sociais deu-se no Brasil, quando o Estado descaracterizava-se¹ pelas recomendações dos organismos internacionais², com dificuldades para manter pactos para a efetivação da cidadania³.

A política de saúde regulamentada em 1990, apesar da presença importante do movimento da Reforma Sanitária, foi uma das primeiras a constituir-se nesse cenário.

Os princípios de universalidade, equidade, integralidade e justiça social presentes no SUS e assegurados formalmente desde a Constituição Federal de 1988, foram resultados de uma trajetória de conquista de direitos na área da saúde, em que participaram usuários/as, movimentos sociais, sindicatos, trabalhadores/as, entre os/as quais os/as assistentes sociais, e gestores/as da área. Considerando a referência legal alcançada, em decorrência da definição constitucional e regulamentada nas Leis 8080/90 e 8.142/90 é possível observar, contudo, a disputa por diferentes projetos.

O movimento pela Reforma Sanitária (Bravo; Matos, 2006) portava, durante a história recente do País, objetivos de mudanças de relações na sociedade brasileira, mais além da reforma no setor. Assim, os aspectos éticos e políticos garantidos nas leis que regulamentaram o SUS trouxeram a proposta da saúde como direito universal e a participação dos/as cidadãos/ãs no controle do papel do Estado no planejamento, gestão, operacionalização e gastos com a política, como direitos.

Mas os propósitos neoliberais acatados pelo Estado brasileiro e as forças hegemônicas na área da saúde, de cunho privado, também se mantiveram. O resultado foi o “consenso possível” que instituiu um sistema de saúde, que embora se denomine único, manteve as fortes raízes do setor de natureza privada, que historicamente no Brasil estiveram presentes desde o início da assistência à saúde (Menicucci, 2007). Vale lembrar que, para a garantia de princípios, entre os quais, os de participação social no controle do Estado, o Sistema teve que ser regulamentado em duas leis.

¹ O Estado, referido a um determinado território e com soberania sobre o destino de suas riquezas e de sua população e compreendido no conceito de Estado-Nação, a partir da globalização do capital passou a se submeter às recomendações dos organismos internacionais e perdeu a autonomia para decidir sobre os gastos com políticas sociais, que responderiam às necessidades da população.

² Tais como o Banco Mundial (BIRD) e o Fundo Monetário Internacional (FMI).

³ É preciso lembrar que a busca pela “cidadania”, ou pela *igualdade*, é necessária porque a estrutura da sociedade, criada pelos homens em um determinado momento da história e que prevalece, renovando-se no capitalismo em diferentes estágios até hoje, produz a *desigualdade* (Iamamoto, 1982).

Faz-se necessário considerar a trajetória histórica e a conjuntura para entender a contradição entre os princípios assegurados legalmente e as possibilidades reais de efetivação de projetos na sociedade, dada a disputa sempre presente entre decisões sobre as políticas econômicas e as políticas sociais, estas campo de trabalho profissional dos/as assistentes sociais.

É preciso considerar também, na história recente, que a profissão foi reconhecida tanto pela produção de conhecimentos como no trabalho com a população para a ocupação de espaços públicos (Yazbek; 2006); expôs seu aspecto eminentemente político; construiu o Código de Ética (1993), a Lei de Regulamentação da Profissão (1993) e as Diretrizes Curriculares (1996), bem como contribuiu para a regulamentação e implementação de diferentes legislações sociais: Lei Orgânica da Saúde (LOS, 1990); Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA, 1990); Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS, 1993); Estatuto do Idoso (2003), entre outras. Os/As assistentes sociais no Brasil conseguiram institucionalizar a representação profissional no conjunto do Conselho da profissão – CFESS/CRESS, na Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social – ABEPSS, na representação dos/as estudantes de Serviço Social – ENESSO. Foram conquistas consideráveis, apontados por diversos/as autores/as (Iamamoto, 1998; Yazbek, 2009) como a chegada à “maioridade” da profissão no Brasil.

O projeto profissional, que expresso nos princípios do Código de Ética inicia com o reconhecimento da liberdade como valor ético central e se desdobra na defesa de direitos humanos, cidadania, democracia, equidade e justiça social, conclui, entre outros, pela qualidade dos serviços prestados à população. A construção de outras relações sociais colocou, nesse sentido, a participação da profissão na “articulação com os movimentos e outras categorias profissionais que partilhem dos princípios desse Código e com a luta geral dos/as trabalhadores/as” (CRESS 9ª; 2006:39).

Intencionais como propostas de intervenção, os princípios éticos dos documentos legais da área da saúde e os da profissão convergem como projetos de construção de novas relações sociais.

Os/As autores/as que vêm discutindo e sendo as principais referências para o debate dos fundamentos teóricos, históricos e metodológicos do Serviço Social no Brasil (Iamamoto; 2009; 2006; 2000; 1998; 1982; Netto; 2002; 1996; Yazbek; 2009; 2006; 2000a; 2000b) têm apontado a profissão como inserida na divisão social e técnica do trabalho, na produção e reprodução das relações sociais, tendo a questão social⁴ como objeto de intervenção. A profissão foi necessária quando

⁴ Questão social, decorrente das relações capital/trabalho, que, sendo manifestação da desigualdade, também se coloca como manifestação de resistência e enfrentamento por parte de quem a vivencia (Iamamoto; 1982; 1999; 2006).

era imperativo que o Estado e a sociedade propusessem respostas de consenso para as condições de vida da classe trabalhadora, que resistia e se manifestava buscando a igualdade.

Trabalhando com questões objetivas e subjetivas, ligadas à reprodução da vida, a profissão dirige suas ações na assistência às necessidades concretas, para o acesso a direitos, e em ações educativas que configuram possibilidades e capacidades de inserção da população com a qual trabalha em diferentes espaços (Iamamoto, 2009).

No entanto, dada a conjuntura atual em que direitos sociais são desconstruídos para o acúmulo do capital, autores/as que têm pesquisado o trabalho dos/as assistentes sociais apontam para a “necessidade de qualificar ações que mobilizam e impulsionam novas maneiras de realizar a prática, em especial o Serviço Social na área da saúde” (Vasconcelos; 2006, p. 242).

Para a autora:

“É pelo conjunto da prática dos Assistentes Sociais que a profissão de Serviço Social é reconhecida ou não, valorizada ou não, respeitada ou não, conquistando sua autonomia ou não” (Vasconcelos; 2006; p. 245)

JUSTIFICATIVA

O estudo sobre o exercício profissional dos/as assistentes sociais na área da saúde no estado de São Paulo é possível pela proximidade dos/as agentes fiscais do CRESS-SP dos campos de trabalho, em visitas institucionais de rotina voltadas à prevenção, orientação e fiscalização da profissão.

É preciso considerar que a visita concretiza as dimensões da Política Nacional de Fiscalização do Conselho Federal do Serviço Social (PNF-CFESS), especialmente a dimensão político-pedagógica. Trata-se de um momento singular de reflexão para os/as profissionais sobre suas propostas de trabalho, seu cotidiano institucional, as especificidades da política de saúde e a regulamentação da profissão, bem como sobre sua inserção política na sociedade e junto ao CRESS, com a facilitação de esclarecimentos pertinentes do/a agente fiscal.

Considerando que a profissão é condicionada pelas demandas que a ela chegam e pela maneira como os/as profissionais a compreendem, e ainda que nesse momento a disputa por projetos societários incida sobre o exercício profissional, o estudo é necessário para o conhecimento da realidade onde se desenvolve o exercício profissional e que solicita a sistematização dos dados coletados e a análise a partir de um referencial teórico que ilumine sua compreensão.

Uma outra consideração está relacionada com as normativas e resoluções⁵ que determinam a fiscalização do exercício da profissão visando assegurar “a defesa do espaço profissional e a melhoria da qualidade de atendimentos aos usuários do Serviço Social” (Art. 5º da Resolução CFESS 512/2007) e que solicitam o conhecimento sistematizado sobre as condições do exercício profissional nos diferentes espaços ocupacionais.

O estudo sistematizado proposto, portanto, justifica-se pelas considerações acima referidas.

OBJETIVOS

Objetivo Geral

- Conhecer as especificidades do exercício profissional dos/as assistentes sociais nos diferentes campos ligados à política de saúde, na maneira como ocorre na atualidade, no estado de São Paulo, levando-se em conta a interação público/privada.

Objetivos Específicos

- Levantar o perfil dos/as assistentes sociais cujo exercício profissional esteja ligado à área da saúde.
- Observar a inserção da profissão nos serviços de assistência à saúde focalizando o tempo de inserção institucional e as ações desenvolvidas.
- Conhecer o referencial teórico-metodológico, técnico-operativo e ético-político de ação dos/as profissionais em estudo.
- Observar as propostas de trabalho construídas pelos/as profissionais a partir de sua inserção na área da saúde.
- Compreender como a gestão da política na interação público/privada repercute na ação profissional do/a assistente social na área da saúde, no estado de São Paulo.

PRESSUPOSTO OU HIPÓTESE

A bagagem teórico-ética e política dos/as assistentes sociais, a atual conjuntura no estado de São Paulo e as condições concretas de trabalho dos/as profissionais têm condicionado suas possibilidades de trabalho.

⁵ Considerando-se a Lei de Regulamentação da Profissão e Lei Federal 8.662/1993, bem como a Resolução CFESS 512/2007.

METODOLOGIA

Este estudo pretende uma aproximação dos/as assistentes sociais que mantêm o exercício profissional na área da saúde, com perspectivas qualitativas no sentido de entender as representações dos/as profissionais a respeito de sua ação profissional, bem como quantitativas para a sistematização de dados de perfil, propostas de intervenção e dados sobre os locais de trabalho.

Para atender aos objetivos da pesquisa, será elaborado coletivamente um formulário com perguntas abertas e fechadas, que possibilite a coleta de dados e das representações dos/as profissionais que participarem como sujeitos deste estudo. É preciso lembrar que a construção do instrumental tem por base o modelo de roteiro de visita que compõe a PNF, com a inclusão de conteúdo pertinente à política de saúde.

Pretende-se atingir uma amostra de assistentes sociais em exercício profissional na área da saúde no estado de São Paulo, contemplando instituições estatais e privadas onde os/as assistentes sociais estejam inseridos/as. O tamanho da amostra será definido por critérios que especifiquem o interesse dos objetivos deste estudo e pela capacidade operacional dos/as agentes de fiscalização, uma vez que as entrevistas ocorrerão nas visitas de rotina, estimando-se a realização, no mínimo, de seis visitas/mês/agente.

Deverão ser contemplados, nesse sentido, os municípios que contarem com maior número de assistentes sociais; procurando os de diferentes gestões, entre as progressistas ou conservadoras; municípios de diferentes portes; bem como equipamentos de saúde nos diferentes níveis de complexidade, de diferentes naturezas institucionais, que contarem com o trabalho dos/as assistentes sociais.

As entrevistas para aplicação dos formulários serão realizadas pelos/as agentes fiscais do CRESS-SP, após a realização de capacitação sobre as especificidades da área e discussão do instrumental. As entrevistas serão realizadas nos locais de trabalho dos sujeitos de pesquisa, após agendamento e consentimento. A preocupação ética de sigilo e de não prejuízo dos sujeitos que participaram do estudo deverá estar presente em todas as etapas do trabalho.

CRONOGRAMA PARA 2010/2011

Atividade/Mês	01/10	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	01/10	02	03
Construção do Projeto	X	X	X												
Definição do instrumental	X	X	X												
Capacitação dos/as agentes fiscais			X												
Realização da 1ª visita				X											
Realização das visitas e entrevistas				X	X	X	X	X	X	X					
Compilação dos dados					X	X	X	X	X	X	X				
Análise e construção do texto final												X	X	X	
Devolutivas descentralizadas pelo estado de São Paulo														X	X

REFERENCIAL BIBLIOGRÁFICO

BRAVO, M. I. S.; MATOS, M. C. de. *Projeto Ético Político do Serviço Social e sua relação com a Reforma Sanitária: elementos para o debate*. in Serviço Social e Saúde: Formação e trabalho profissional. Cortez. ABEPSS/OPAS/OMS/MS. S. Paulo. 2006.p.197-217.

GRESS 9ª R. *Código de Ética Profissional do Assistente Social*. in Legislação Brasileira para o Serviço Social. 2ª ed. GRESS-SP. São Paulo. 2006.

IAMAMOTO, M.V. *O Serviço Social na cena contemporânea*. in Serviço Social: Direitos e Competências Profissionais. CFESS/ABEPSS. Brasília. 2009. p.15 – 50.

_____. *As dimensões Ético-políticas e Teórico-metodológicas do Serviço Social Contemporâneo*. in Serviço Social e Saúde: Formação e trabalho profissional. Cortez. ABEPSS/OPAS/OMS/MS. S. Paulo. 2006. p. 161-196.

_____. *O Serviço Social na Contemporaneidade: trabalho e formação profissional*. Cortez, SP, 2ª ed. 1998.

_____. e CARVALHO, R *Relações Sociais e Serviço Social no Brasil*. Cortez, 2ªed. 1982.

Ianni, O. A política mudou de lugar in: Dawbor L; Ianni O; Resende PEA (org) *Desafios da Globalização*. 4ª ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2002. p.17-27.

MARSÍGLIA, M. R. G. A trajetória do Serviço Social na área da Saúde em São Paulo: 1940 – 1999. Relatório de Pesquisa. NEPSAS. PUC-SP. 2001.

MENICUCCI, T. M. G. Público e Privado na Política de Assistência à saúde no Brasil atores, processos e trajetória. FioCruz, Rio de Janeiro. 2007.

MIRA, M. L. G. A participação popular em saúde na perspectiva de um modelo de atenção pública não estatal – o caso do Hospital Geral do Grajaú. Dissertação de Mestrado. USP. São Paulo. 2003.

NETTO, J. P. *A construção do projeto ético-político do Serviço Social frente à crise contemporânea*. in Capacitação em Serviço Social e Política Social, mód. I: Crise contemporânea, questão social e Serviço Social. Brasília CEAD/UnB, 2000.

_____. Ditadura e Serviço Social. Uma análise do Serviço Social no Brasil pós-64. Cortez, SP, 5ª ed. 2001.

_____. *Transformações Societárias e serviço Social – notas para uma análise prospectiva da profissão no Brasil*. In Serviço Social e Sociedade, nº 50. Cortez. SP. Abril de 1996.

YAZBEK, M.C. *O significado sócio-histórico da profissão*. in Serviço Social: Direitos e Competências Profissionais. CFESS/ABEPSS. Brasília. 2009. p.125 – 142.

_____. *O serviço social e o movimento histórico da sociedade brasileira* in CRESS 9ª R, Legislação Brasileira para o Serviço Social. CRESS-SP, 2ª ed. 2006.

_____. *Os fundamentos do Serviço Social na Contemporaneidade*. In Capacitação em Serviço Social e Política Social. Mód. 4 : O trabalho do Assistente Social e as Políticas Sociais. Brasília. CEAD/UnB 2000a .

_____. *O Serviço Social como especialização do trabalho coletivo* in Capacitação em Serviço Social e Política Social Mód. 2 : Reprodução Social, trabalho e Serviço Social. CEAD/UnB 2000b.

VASCONCELOS, A. M. de. *Serviço Social e Práticas Democráticas na Saúde*. In Serviço Social e Saúde: Formação e trabalho profissional. ABEPSS/OPAS/OMS/MS/Cortez. 2006, p. 242 - 272.

RELATÓRIO DE VISITA DE ROTINA À INSTITUIÇÃO – ÁREA DA SAÚDE

Instituição: *(Obs: considerar a instituição/equipamento/administração que está sendo pesquisada)* _____

Município: _____

I - IDENTIFICAÇÃO DO MUNICÍPIO DE REFERÊNCIA

Município: _____ **Seccional:** _____

1.1 Administração política atual: _____

1.2 Últimas três administrações políticas: *(Objetiva-se identificar se os diferentes gestores deram continuidade às políticas sociais, em especial a da saúde, nas diferentes administrações)* _____

1.3 Porte do município: () Pequeno () Médio () Grande () Metrópole
(Considerando até 50 mil habitantes para indicação de pequeno, de 50.001 a 100 mil de médio, de 100.001 a 500 mil de grande e mais de 500.001 para metrópole)

1.4 O município possui Conselho Municipal de Saúde? () Sim () Não () Não sabe
Em caso positivo, especifique a atuação do Conselho: _____

Em caso positivo, especifique a composição do Conselho: _____

1.5 Gestão do município relacionada ao SUS:

Gestão Plena da Atenção Básica ()

Gestão Plena do Sistema Municipal ()

Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada ()

Pleiteante da Gestão Plena Municipal ()

Não está habilitado para qualquer gestão ()

Não sabe ()

(Portaria GM/MS nº 95 de 26/01/2001 que amplia as responsabilidades dos municípios na atenção básica e qualifica a regionalização)

1.6 O município possui equipamentos de complexidade: () Básica () Média
() Alta () Não sabe

1.7 Os equipamentos respondem à demanda e às necessidades da população? () Sim () Não

1.8 Se necessário, há previsão de ampliação do número de equipamentos?
() Sim () Não () Não sabe

Em caso positivo, qual(is)? _____ Quando? _____

(Obs: em se tratando da região metropolitana ou de município de grande porte, considerar a região administrativa)

II - IDENTIFICAÇÃO DA INSTITUIÇÃO/EQUIPAMENTO

Nome: _____

2.1 Tipo: _____

(Especificar se é Unidade Básica de Saúde, Equipe de Programa Saúde da Família, Núcleo de Apoio à Saúde da Família, ambulatório, Centro de Atenção Psicossocial, centro de referência (de saúde do trabalhador, de Aids, ou outro), hospital, pronto-socorro, Vigilância Sanitária, Núcleos de Gestão Assistencial, Comitê Técnico Assessor, ou outro)

• Endereço: _____

• Telefone/ Fax: _____

• E-mail: _____

• Ano de criação da instituição/equipamento: _____

2.2 Nível de atenção de saúde a que pertence a instituição:

() Atenção primária – *(Baixa complexidade)*

() Atenção secundária – *(Média complexidade)*

() Atenção terciária – *(Alta complexidade)*

() Atenção quaternária – *(Alta complexidade)*

() Outra _____

2.3 Natureza da instituição:

• Gestão direta estatal, no nível: () Federal () Estadual () Municipal () Autarquia
() Fundação () Privada () Filantrópica () OSCIP () Gestão indireta () OSS

• No caso de gestão indireta ou OSS, especificar a instituição parceira:

• A natureza da instituição, de alguma forma interfere/direciona a ação programática de atenção à saúde? *(Especificar se a natureza profissional, de ensino ou outra, da instituição, interfere de alguma forma na agenda da demanda)*

2.4 População usuária:

- Qual a população atendida? *(Breve caracterização: se atende ou excede à demanda do município; faixa etária; motivos que levam à procura pela instituição; outra)*

- Número de atendimentos da instituição/equipamento no último mês:

2.5 Ações da instituição/equipamento/administração relacionadas aos/às seus/suas trabalhadores/as:

- A instituição oferece plano de carreira? () Sim () Não
- A instituição oferece cursos de capacitação? () Sim () Não
- A instituição oferece biblioteca ou acesso a outro recurso de atualização? () Sim () Não

Em caso afirmativo, pontue se está:

Relacionado à política de saúde : _____

Relacionado à área profissional: _____

- A instituição () promove () incentiva () põe obstáculos a (à) participação do setor do Serviço Social em seminários, encontros, congressos, cursos?
- Descreva a participação do setor do Serviço Social em tais eventos, se houver:

III - IDENTIFICAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL

3.1 Implantação do Serviço Social na instituição, entre:

- () 0 – 1 ano () 2 – 5 anos () 6 – 10 anos () 11 – 20 anos () mais de 20 anos
- () Não sabe

3.2 Posição do Serviço Social no organograma institucional:

Setor específico: () Sim () Não

Especifique: _____

3.3 Formação da chefia imediata: _____

IV - TRABALHO PROFISSIONAL

4.1 O Serviço Social elabora o planejamento para a ação profissional:

() Sim () Não

Em caso afirmativo, quem elabora? *(Especificar se a equipe, chefia, comissão, profissional designado/a, ou outro/a)* _____

Qual a periodicidade? _____

4.2 O Serviço Social elabora a avaliação das ações executadas? () Sim () Não

Em caso positivo:

Qual a periodicidade? _____

Como elabora? _____

4.3 Assinale as ações realizadas pelo Serviço Social na instituição:

() Estudos e pesquisas com segmentos dos/as usuários/as para identificar demandas (reais e potenciais)

() Planejamento e coordenação de políticas e programas sociais

() Administração de benefícios

() Atendimento direto à população usuária

() Assessoria e consultoria em políticas sociais

() Assessoria e apoio a movimentos sociais e populares

() Outras _____

4.4 Pontue as atividades realizadas pelo Serviço Social relacionadas à ação direta à população usuária:

4.4.1 - Nas ações coletivas:

• Grupos de Sala de Espera: () Sim () Não

Em caso afirmativo, descreva: _____

(Assinalar: objetivos, população atingida, periodicidade, participação da equipe de saúde, dinâmica, outro)

- Grupos de cesso a direitos: () Sim () Não

Em caso afirmativo, descreva: _____

(Assinalar: objetivos, população atingida, periodicidade, participação da equipe de saúde, dinâmica, outro)

- Grupos de ações educativas: *(Planejamento familiar; gestantes; hipertensos; desnutridos, cuidadores, ou outros)*: () Sim () Não

Em caso afirmativo, descreva: _____

(Assinalar: objetivos, população atingida, periodicidade, participação da equipe de saúde, dinâmica, outro)

- Participação e/ou assessoria a movimentos sociais: () Sim () Não

Em caso afirmativo, descreva: _____

(Assinalar: objetivos, população atingida, periodicidade, participação da equipe de saúde, dinâmica, outro)

- Trabalho com as necessidades coletivas da população do entorno da instituição: () Sim () Não

Em caso afirmativo, descreva: _____

(Assinalar: objetivos, população atingida, periodicidade, participação da equipe de saúde, dinâmica, outro)

- Participação no controle social da instituição: () Sim () Não

Em caso afirmativo, descreva: _____

(Assinalar: se na representação (de usuários/as, trabalhadores/as ou administração), na assessoria, organização, ou outro)

- Outra: _____

4.4.2 - Na atenção individualizada

Atendimento a plantão: () Sim () Não

Atendimentos agendados: () Sim () Não

Atendimento no domicílio: () Sim () Não

Outro: _____

- O Serviço Social tem realizado estudos ou sistematizações relacionadas às ações desenvolvidas? () Sim () Não

Em caso afirmativo, descreva brevemente os resultados: _____

4.4.3 - Demandas à profissão que não são de sua competência:

- O Serviço Social faz comunicação de óbito? () Sim () Não

Em caso afirmativo, em quais situações? _____

- Outras: _____

- Nº de atendimentos do setor de Serviço Social no último mês:

4.5 Participação do Serviço Social em outras frentes de trabalho na instituição:

- *Conte Comigo: (Serviço implantado em estabelecimentos de saúde públicos estaduais, que visa à humanização)* () Sim () Não

Se sim, descreva as atribuições: _____

- *Jovem Acolhedor: (Programa da Secretaria de Estado da Saúde destinado à participação de universitários/as no acolhimento de usuários/as das unidades públicas de saúde, com o objetivo de investir no processo de humanização da assistência.)* () Sim () Não

Se sim, descreva as atribuições: _____

- Trabalho com voluntariado: () Sim () Não

Se sim, descreva as atribuições: _____

- Ouvidoria: () Sim () Não

Se sim, descreva as atribuições: _____

- Capacitação de trabalhadores/as: () Sim () Não

Se sim, descreva as atribuições: _____

4.6 Participação do Serviço Social na interssetorialidade entre instituições e políticas sociais

- O Serviço Social realiza visitas institucionais? () Sim () Não
- Efetua contatos institucionais? () Sim () Não
- Participa da rede de instituições, representando a instituição a que pertence? () Sim () Não
- Promove a Rede? () Sim () Não

Em caso afirmativo, como? _____

4.7 Participação do Serviço Social na equipe multiprofissional/interdisciplinar

- O Serviço Social participa de equipe interdisciplinar? () Sim () Não

Em caso afirmativo, como? _____

- A equipe é formada por quantos/as:

- () Assistentes sociais

- () Médicos/as Especifique as especialidades: _____

- () Enfermeiros/as () Dentistas () Psicólogos/as () Fonoaudiólogos/as

- Outros/as profissionais de nível superior: () Sim () Não

Em caso afirmativo, quais e quantos/as? _____

- Pessoal de enfermagem. Especifique: _____

- Auxiliar administrativo/a: () Sim () Não Em caso afirmativo, quantos/as? ()

- Agentes de ação comunitária: () Sim () Não Em caso afirmativo, quantos/as? ()

- Outros/as profissionais: _____

- Há necessidade de ampliação do quadro? () Sim () Não Especifique: _____

(Obs: entende-se que a falta de profissionais pode comprometer/inviabilizar o trabalho do Serviço Social)

- São realizadas reuniões sistemáticas de () planejamento; () acompanhamento; () avaliação? () Não

Em caso positivo, especifique a participação do Serviço Social:

- Há coordenador/a na equipe? () Sim () Não

Em caso afirmativo, quantos/as e qual a formação profissional da coordenação da equipe: _____

- Ocorre rodízio na coordenação? () Sim () Não Especifique: _____

4.8 Registros, relatórios e sistematização de dados

4.8.1 - Os registros dos atendimentos são realizados em:

- Prontuários institucionais? () Sim () Não
- Prontuários do Serviço Social? () Sim () Não
- Não são feitos registros de atendimentos ()

4.8.2 - Os registros de atendimentos são sistematizados em levantamentos de demandas? () Sim () Não

4.8.3 - São realizados relatórios do setor? () Sim () Não

Em caso positivo, como:

- () Mensal () Anual () Outra periodicidade
- () Quantitativo () Qualitativo

4.8.4 - É exigida produtividade do/a assistente social? () Sim () Não

• Em caso afirmativo, qual a exigência mínima? _____

• Nesse caso, a exigência é compatível com a demanda? () Sim () Não

• A exigência é compatível com os recursos disponíveis? () Sim () Não

Comentários: _____

4.9 Campo de estágio

4.9.1 - Existem estagiários/as de Serviço Social? () Sim Quantos/as? ____ () Não

4.9.2 - O Serviço Social tem conhecimento sobre a Resolução Nº 553, sobre a supervisão direta de estágio? () Sim () Não

4.9.3 - Existe plano de estágio?

• Por aluno/a? () Sim () Não

4.9.4 - O plano de estágio, se houver, está relacionado ao planejamento do Serviço Social? () Sim () Não

4.9.5 - Como é realizada a supervisão de campo? _____

4.9.6 - O/A aluno/a conta com supervisão acadêmica? () Sim () Não

Obs: _____

4.9.7 - De qual(is) UFA(s) os/as estagiários/as procedem? _____

4.9.8 - Qual ano/período cursam? _____

4.9.9 - Qual a modalidade de ensino dos cursos? () Presencial () Semipresencial

() A distância

4.9.10 - O Serviço Social entende que a modalidade de ensino está adequada?

() Sim () Não

Em caso negativo, o que o Serviço Social fez a respeito? _____

V - CONDIÇÕES ÉTICAS, TÉCNICAS E FÍSICAS DE TRABALHO

5.1 O Serviço Social tem conhecimento da Resolução 493/2006, que dispõe sobre as condições éticas e técnicas do exercício profissional do/a assistente social? () Sim () Não

5.2 Caso as condições de trabalho não atendam às necessidades, a situação foi formalizada junto à chefia? () Sim () Não Por quê? _____

5.3 Considerando o número de demandas, quais as necessidades de recursos humanos para o setor de Serviço Social?

() Assistentes sociais. Quantos/as? _____

() Estagiários. Quantos/as? _____

() Funcionários/as administrativos/as. Quais? _____

() Outros/as Especificar: _____

VI - AVALIAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL

6.1 O trabalho do Serviço Social é valorizado pela instituição?

() Muito () Razoavelmente () Pouco () Não é reconhecido

• A que se atribui esse grau de reconhecimento?

6.2 O Serviço Social teria críticas ou sugestões em relação à gestão e operacionalização do SUS no município?

6.3 O Serviço Social teria críticas ou sugestões em relação à gestão e operacionalização do SUS a partir da instituição em que atua?

Assinatura do/a agente fiscal e profissionais:

Agente fiscal: _____

Assistentes sociais: _____

Local: _____

Data: __/__/__

RELATÓRIO DE VISITA DE ROTINA A ASSISTENTE SOCIAL – SAÚDE

Instituição: _____

Município: _____

I - Identificação DO/A ASSISTENTE SOCIAL

1 - Dados de Identificação

Nome: _____

Nº CRESS: _____ Inscrição: () Condicionada () Definitiva

1.1 Tempo de exercício na área da saúde:

1.2 Tempo de exercício profissional:

1.3 Tempo de exercício na instituição/equipamento/administração:

1.4 Vínculo empregatício: () Estatutário () CLT () Terceirizado () Outra

Data de contratação: _____

Obs: _____

1.5 Carga horária de trabalho: _____

1.6 Referência/faixa salarial: R\$ _____

2 - Perfil

2.1 Data de Nascimento: ____/____/____

2.2 Sexo: () M () F

2.3 Estado civil: () Solteiro/a () Casado/a () Viúvo/a () Divorciado/a ()

Outro: _____

2.4 Número de filhos/as: _____

2.5 Religião: _____

3 - Capacitação Profissional

3.1 Possui curso de pós-graduação?

() Sim. Qual? _____

() Não

3.2 Possui outros cursos de capacitação?

() Sim. Qual (is)? _____

() Não

3.3 Tem participação em grupo de estudo?

3.3.1 () Sim. Qual? _____

3.3.2 () Não. Justificar: _____
_____**3.3.3 Participação em eventos nos últimos dois anos:**

Seminário: _____ Promoção: _____ Período: _____

Encontro: _____ Promoção: _____ Período: _____

Conferência: _____ Promoção: _____ Período: _____

Outro: _____ Promoção: _____ Período: _____

3.4 Bibliografia que tem lido no último ano:

3.4.1 Sobre a área de trabalho: _____

3.4.2 Específica do Serviço Social: _____

3.4.3 Assinatura de revistas e jornais: _____

4 - Conhecimento sobre Instrumento Normativo

4.1 Possui o Código de Ética Profissional de 1993? () Sim () Não

4.2 Tem feito a relação dos seus princípios com a atuação profissional?

() Sim () Não

Obs: _____

4.3 Tem relacionado os Arts. 4º e 5º da Lei 8.662/93, sobre competências e atribuições profissionais, com a sua prática profissional? () Sim () Não.

Por quê? _____

() Desconhece o conteúdo da Lei

4.4 Tem conhecimento do procedimento de lacração do material técnico sigiloso e em que casos pode ser utilizado? () Sim () Não

4.5 Conhece os procedimentos necessários para cancelamento do registro profissional? () Sim () Não

4.6 Conhece a Resolução de Desagravo Público? () Sim () Não

4.7 Conhece a Resolução de Isenção de Anuidade aos 60 anos? () Sim () Não

4.8 Conhece os parâmetros para a atuação dos assistentes sociais na área da saúde? () Sim () Não

5 - Participação Política

5.1 Participa de algum Conselho de Política Pública ou Conselho de Direito?

() Sim. Qual(is)? _____

() Não

5.2 Representa algum segmento? () Sim () Não.

Se sim, qual(is)? _____

• Desempenha alguma outra função no Conselho ou junto aos/às conselheiros/as?

() Sim. Qual(is)? _____

() Não. Por quê? _____

5.3 Tem feito alguma discussão sobre política pública nesta instituição?

() Sim. De que modo? _____

() Não. Por quê? _____

5.4 Tem acompanhado as discussões das entidades do Serviço Social sobre as políticas públicas?

() Sim. Qual sua opinião? _____

() Não. Por quê? _____

5.5 Tem acompanhado as discussões das entidades do Serviço Social sobre a política de saúde?

() Sim. Qual sua opinião? _____

() Não. Nesse caso, busca tomar conhecimento das deliberações das conferências (municipal, estadual e nacional de saúde) e deliberações dos Encontros CFESS/GRESS sobre a área da saúde? _____

5.6 Tem vinculação a alguma entidade organizativa? (sindicato, partido político, associação, outros).

Sim. Qual(is)? _____

Não

5.7 Participa de Comissão de Ética Multidisciplinar da Instituição?

Sim Não Não há

5.8 Participa de outra comissão?

Sim. Qual? _____

Não

5.9 Participa da Comissão de Instrução Processual de Ética/Desagravo do CRESS?

Sim. Fale a respeito: _____

Não

6 - Contato com o CRESS

6.1 Recebe informes do CRESS sobre as atividades desenvolvidas pela seccional? Sim Não

Em caso positivo, de que forma(s)?

Boletim eletrônico Jornal Ação

Outra(s) _____

6.2 Acessa o site? Sim Não

Em caso positivo, com que frequência?

Diária Semanal Quinzenal Mensal

6.3 Participa das atividades da seccional? () Sim () Não

Em caso positivo, qual(is)? _____

() Não

6.4 Participa das atividades da sede? Sim () Não ()

Em caso positivo, qual(is)? _____

6.5 Última participação (data e atividade): _____

6.6 Críticas e sugestões em relação à seccional: _____

6.7 Críticas e sugestões em relação ao CRESS-SP: _____

6.8 Autoriza inclusão do e-mail na mala direta do CRESS? () Sim () Não

E-mail: _____

Assinaturas do/a agente fiscal e do/a profissional:

Agente fiscal: _____

Assistente social: _____

Local: _____

Data: __/__/__

