

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL**

NATASHA GUABIRABA DOS SANTOS

**SAÚDE DO/A TRABALHADOR/A DA ASSISTÊNCIA SOCIAL:
Uma experiência no Creas Partenon (Porto Alegre - RS)**

Porto Alegre
Julho de 2016

NATASHA GUABIRABA DOS SANTOS

SAÚDE DO/A TRABALHADOR/A DA ASSISTÊNCIA SOCIAL:

Uma experiência no Creas Partenon (Porto Alegre - RS)

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Serviço Social da Universidade Federal do Rio Grande do Sul para fins de obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Míriam Thais Guterres Dias.

Porto Alegre
Julho de 2016

CIP - Catalogação na Publicação

SANTOS, Natasha Guabiraba dos
Saúde Do/a Trabalhador/a Na Assistência Social:
Uma Experiência No Creas Partenon (Porto Alegre -
RS) / Natasha Guabiraba dos SANTOS. -- 2016.
35 f.

Orientador: Míriam Thais Guterres DIAS.

Trabalho de conclusão de curso (Graduação) --
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Instituto
de Psicologia, Curso de Serviço Social, Porto Alegre,
BR-RS, 2016.

1. Saúde do Trabalhador. 2. Assistência Social.
3. Serviço Social. 4. Medidas Socioeducativas. I.
DIAS, Míriam Thais Guterres, orient. II. Título.

NATASHA GUABIRABA DOS SANTOS

SAÚDE DO/A TRABALHADOR/A DA ASSISTÊNCIA SOCIAL:

Uma experiência no Creas Partenon (Porto Alegre - RS)

Trabalho de Conclusão de Curso de graduação apresentado ao Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

Aprovado em: 1º de julho de 2016.

BANCA EXAMINADORA

Miriam Thais Guterres Dias – UFRGS
Orientadora

Mailiz Garibotti Lusa – UFRGS
Arguidora

AGRADECIMENTOS

Minha imensa e eterna gratidão às pessoas que estiveram envolvidas no meu processo de formação quer diretamente quanto indiretamente. Aqui mencionarei alguns nomes dessas pessoas que contribuíram para esse processo de formação.

Minha mãe Elizabeth, meu pai Marcelo e minhas irmãs Aline e Júlia pelo apoio incondicional. Minha avó Mercedes, pelo carinho sem limites. Minha tia Margareth e minha prima Drisana pelo incentivo. Minha amiga Juliana Guimarães de Alencastro Astarita e família.

Minha orientadora Míriam Thais Guterres Dias pela dedicação à orientação da monografia e pelos apontamentos feitos ao longo da graduação. A Prof.^a Dr.^a Jussara Mendes, pela oportunidade de me aproximar da questão da Saúde do/a Trabalhador/a no NEST no início da graduação, o que me proporcionou paixão pelo tema. As professoras Rosa Maria Castilhos Fernandes e Mailiz Garibotti Lusa, que me mostraram formas diferente, incríveis e envolventes de atuação na docência.

Os/as supervisores/as de estágio, em especial Maria Fernanda Landim, Roselaine Aguirre (essa profissional maravilhosa) e Cátia Segabinazzi, que teve muita compreensão e me deu espaço para finalizar esta monografia (muito obrigada, mesmo!). A Assistente Social Naira Teresinha Carvalho, que não foi minha supervisora, mas me ensinou muito sobre a delicadeza de como lidar com os/as usuários/as das políticas e por quem nutro admiração e carinho.

Os/as colegas dos campos de estágios do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), CRAS Centro, CREAS Partenon, Setor de Ações Socioambientais do Tribunal Regional Federal (TRF) da 4ª Região. Vocês fizeram meus dias mais alegres e me deram forças frente aos diversos desafios que enfrentei.

Os/as colegas de aulas da UFRGS. Deixo um agradecimento em especial aos/as usuários/as com os quais tive o privilégio de conviver nesses anos de estágio das políticas de Saúde, de Assistência Social e no Judiciário e demais envolvidos/as (são tantas pessoas especiais que seus nomes tomariam conta de numerosas páginas).

As trocas, os ensinamentos, a compreensão, a paciência, o incentivo, o consolo, os puxões de orelha, a palavra, o ombro e o ouvido amigos de vocês fizeram toda a diferença para a profissional que me tornei nesses anos de graduação. Como ninguém nasce, vive ou troca aprendizados sozinho/a, digo que o nome nessa monografia pode até ser o meu, mas aqui consta um pedacinho de cada um/a que contribuiu para esse processo. Então, deixo registrado publicamente meus sinceros agradecimentos.

Sem mais, seguimos na luta!

“Le présent n’est pas un passé en puissance, il est le
moment du choix et de l’action”

“O presente não é um possível passado, ele é um
momento de escolha e de ação”

Simone de Beauvoir

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

Cad-Único	Cadastro Único para Programas Sociais
CEBAS	Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social
CEREST	Centro de Referência em Saúde do/a Trabalhador/a
CFESS	Conselho Federal de Serviço Social
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CNST	Conferência Nacional de Saúde do/a Trabalhador/a
CRAS	Centro de Referência em Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado em Assistência Social
FASC	Fundação de Assistência Social e Cidadania
FGTS	Fundo de Garantia do Tempo de Serviço
JIJ	Juizado da Infância e Juventude
LA	Liberdade Assistida
LOS	Lei Orgânica da Saúde
LOAS	Lei Orgânica de Assistência Social
MDS	Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome
MSEMA	Medida Socioeducativa em Meio Aberto
NOB	Norma Operacional Básica
PAIF	Serviço de Proteção e Atendimento Integral às Famílias e Indivíduos
PAEFI	Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos
PBF	Programa Bolsa Família
PSB	Proteção Social Básica
PSC	Prestação de Serviço Comunitário ou à Comunidade
PNST	Política Nacional de Saúde do/a Trabalhador/a
PPA	Plano Plurianual
PSEMC	Proteção Social Especial de Média Complexidade
RENAST	Rede Nacional de Atenção à Saúde do/a Trabalhador/a
RH	Recursos Humanos
SIAS	Sistema Integrado da Assistência Social
SUAS	Sistema Único de Assistência Social

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	09
2. A SAÚDE DO/A TRABALHADOR/A NOS MARCOS DO PROCESSO DE REDEMOCRATIZAÇÃO DO PAÍS.....	10
2.1 Contextualização histórica do trabalho e definições acerca do conceito de Saúde do/a Trabalhador/a.....	10
2.2 A Saúde do/a Trabalhador/a na conjuntura brasileira a partir da década de 1990.....	15
3. REFLEXÕES SOBRE A RELEVÂNCIA DA SAÚDE DO/A TRABALHADOR/A DA POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL.....	19
3.1 Apresentação à Política de Assistência Social.....	19
3.2 Há Saúde do/a Trabalhador/a da Política de Assistência Social?	22
4. ANÁLISE SOBRE A RELAÇÃO ENTRE SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE DO/A TRABALHADOR/A DA POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL.....	25
4.1 Vivência na Proteção Social Especial de Média Complexidade num Equipamento da Assistência Social de Porto Alegre: as Medidas Socioeducativas em Meio Aberto no Creas Partenon.....	25
4.2 Ponderações acerca da relação entre Serviço Social, Saúde do/a Trabalhador/a e Assistência Social.....	29
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	32
REFERÊNCIAS.....	33

1. INTRODUÇÃO

O presente Trabalho de Conclusão de Curso foi elaborado para fins de obtenção do grau de bacharel em Serviço Social. Aqui será problematizada a questão da Saúde do/a Trabalhador/a na política de assistência social. O objetivo geral é subsidiar a discussão sobre a Saúde do/a trabalhador/a na política de Assistência Social. Os objetivos específicos são: contextualizar a Saúde e o trabalho no processo de redemocratização do país; refletir sobre a relevância da Saúde do/a Trabalhador/a na política de assistência social; analisar sobre a relação entre Serviço Social e Saúde do/a Trabalhador/a na política de assistência social.

A metodologia usada foi composta por diversos elementos, tais como artigos, livros; o material produzido e utilizado na bolsa de iniciação científica em Saúde do/a Trabalhador/a no Núcleo de Estudos e Pesquisas em Saúde e Trabalho (NEST-UFRGS), com enfoque na Saúde do/a Trabalhador/a bancário/a no período de outubro de 2010 a agosto de 2011; nas vivências dos estágios curriculares não obrigatórios no Hospital de Clínicas de Porto Alegre entre outubro de 2012 a agosto de 2013 e no CRAS Centro entre agosto de 2013 e fevereiro de 2014; no material utilizado e elaborado a partir do estágio curricular obrigatório no CREAS Partenon no período dos semestres de abril de 2014 a julho de 2015; demais produções realizadas durante a graduação em Serviço Social.

Além dessas fontes serão utilizados/as leis, decretos, normas, livros, artigos, anais, relatórios, trabalhos de conclusão de curso e produções científicas em geral relativos/as aos temas da Saúde, da Saúde do/a Trabalhador/a, do trabalho, do Serviço Social e da assistência social. O referencial teórico norteador é o materialismo histórico dialético de Marx por ser o fio condutor do saber e agir profissional.

A questão relativa à Saúde do/a Trabalhador/a tem perfeita consonância com o projeto ético-político profissional, e a inserção de Assistentes Sociais na política de Assistência Social tem crescido ao passo que o Sistema Único de Assistência Social (SUAS) se concretiza cada vez mais. Para compreender a Saúde do/a Trabalhador/a na Assistência Social é imprescindível que haja entendimento sobre a Saúde, e o trabalho, bem como sobre a própria política de assistência social. Tais elementos serão conceituados e situados historicamente nos marcos de seus surgimentos e modificações.

Ao longo desta monografia serão feitas referências tanto ao gênero masculino quanto ao feminino, seguindo a Resolução do CFESS de nº 594 de 2011, que determina: “Art. 4º. Introduzir em todo o texto do Código de Ética do/a Assistente Social [...] a linguagem de

gênero, adotando forma feminina e masculina: o/a; os/as; [...]” na perspectiva de desconstrução do machismo na linguagem escrita.

Os limites do presente Trabalho de Conclusão de Curso são definidos pela pouca disponibilidade de materiais referentes ao tema da Saúde do/a Trabalhador/a na política de Assistência Social no Brasil, bem como impossibilidade de realizar um projeto de pesquisa juntamente com os/as trabalhadores/as da Fundação de Assistência Social e Cidadania de assistência social no Município de Porto Alegre.

2. A SAÚDE DO/A TRABALHADOR/A NOS MARCOS DO PROCESSO DE REDEMOCRATIZAÇÃO DO PAÍS

2.1 Contextualização histórica do trabalho e definições acerca do conceito de Saúde do/a Trabalhador/a

Na medida em que se considera indissociável a relação entre vida e trabalho, fica evidente a relação entre trabalho e saúde, posto que esse pode proporcionar a saúde ou adoecimento. A Saúde do/a Trabalhador/a é entendida através da união entre seus dois conceitos centrais, o de saúde e o de trabalho. É definida como “área do conhecimento, investigação e intervenção” (MENDES, WUNSCH, 2011).

Numa perspectiva de totalidade, a Saúde do/a Trabalhador/a é passível de intervenções advindas dos contextos político, social e econômico. Está prevista no Sistema Único de Saúde (SUS) como um conjunto de ações que visam a promoção e proteção integral da Saúde do/a Trabalhador/a. Segundo a dialética marxiana, a promoção e proteção do/a trabalhador/a seria uma forma de manutenção de sua subsistência (reprodução) dentro do modo de produção capitalista, ao passo que está inserido no mesmo, numa lógica de reprodução do capital.

O conceito de Trabalho em Marx é entendido como produto da interação do ser humano sobre a natureza, no intuito de mudá-la por um determinado propósito: o de satisfazer suas necessidades. Conforme Colmán e Pola (2009, p. 181) “[...] o objeto de investigação de Marx é o valor enquanto forma social do produto do trabalho”.

Para garantir sua subsistência e, conseqüentemente, a produção e reprodução do modo de vida, trabalhadores/as vendem sua força e capacidade de trabalho que, para Marx,

[...] é o conjunto das faculdades físicas e espirituais que existem na corporalidade, na personalidade viva de um homem e que ele põe em movimento toda vez que produz valores de uso em qualquer espécie [...] Como pessoa, ele tem que se relacionar com sua força de trabalho como sua propriedade e, portanto, sua própria

mercadoria, [...] deixando-a ao consumo, portanto, sem renunciar à sua propriedade sobre ela por meio de sua alienação” (MARX, 1988, p. 35).

Posto que a força de trabalho é o trabalho em si e, ao mesmo tempo, propriedade do/a trabalhador/a e mercadoria, ao passo que ele/a a aluga por determinado período de tempo para consumo do/a proprietário/a dos meios de produção capitalista. Quando a oferta de força de trabalho é maior do que a demanda de trabalho, a concorrência proporciona o barateamento dos salários. A alienação pode ser caracterizada como o estranhamento do/a trabalhador/a com o produto final de seu trabalho, com sua inserção na classe trabalhadora e consigo mesmo. Ao passo que o/a trabalhador/a não tinha consciência da sua força enquanto coletivo, mais facilmente serviu ao capital, numa perspectiva de reprodução do modo de produção.

O trabalho em si teve diferentes facetas ao longo da humanidade. Conforme Batista (2014) o trabalho anterior à Idade Média baseava-se, de modo geral, na escravidão, e durante e a Idade Média (entre os séculos IV a XVI) a relação de trabalho pautava-se no sistema de servidão centrado no uso da terra e aquilo que dela era produzido.

Dos séculos XVI a XVIII o capitalismo comercial (mercantilista) tomou forma, caracterizado por um conjunto de práticas econômicas voltado à acumulação de riquezas e exploração de minérios preciosos advindos desses lugares recém-descobertos. No século XVIII nasceu o liberalismo econômico, doutrina política cuja característica central é a ausência de intervenção estatal na economia. Posteriormente foi readaptada à atualidade e transformada em neoliberalismo.

No mesmo período, nos países europeus, a classe trabalhadora encontrava-se na configuração de ser composta por homens, mulheres e até crianças. Com o fim do sistema feudalista, a maior disponibilidade de venda da força de trabalho era inversamente proporcional às remunerações oferecidas. Nas últimas décadas do século XVIII foi criada a máquina a vapor e o tear, configurando a Primeira Revolução Industrial e a passagem do capitalismo para a sua fase industrial, que teve berço na Inglaterra.

A produtividade originada pelo uso do maquinário era cada vez maior, assim como a cobrança de produtividade do/a trabalhador/a que, se não acompanhasse o ritmo acelerado da produção, era facilmente substituído por outro/a. Criou-se um exército de reserva composto por trabalhadores/as remanescentes do mercado de trabalho, assim, a concorrência entre os mesmos encontrava-se cada vez mais acirrada. Silva (2011), ao tratar sobre as fragilidades enfrentadas pelos/as trabalhadores/as infere que

[...] a insegurança quanto à permanência no emprego é o elemento psicológico explorado [...] o subemprego e a instabilidade do trabalho assalariado - atualmente

entendidos em termos de precarização - atingem os extensos contingentes de trabalhadores (SILVA, 2011, P. 163).

Tal precarização existe desde os primórdios do capitalismo e perdura até os dias atuais, posto que é uma característica intrínseca do modo de produção. A classe que vive do trabalho, termo utilizado por Antunes (2015) como renomeação ao termo proletariado de Marx, encontra-se subjugada à intensificação dessa precarização, ou seja, dos impactos das expressões da questão social, contradições oriundas e inerentes da relação entre capital e trabalho.

A criação das máquinas, apesar de ser um advento positivo para o/a capitalista, acabou sendo uma ameaça ao/à trabalhador/a, pois acelerava a produção que outrora era realizada exclusivamente por mãos humanas. A pobreza e a miséria aumentaram drasticamente, o que provocou a classe que vive do trabalho a atentar-se a si mesma.

Para Batista (2014) o século seguinte foi delineado com certas particularidades, como a criação da luz elétrica, da máquina a vapor, do motor de explosão e da apreensão do uso do petróleo e do aço, caracterizando, assim, a Segunda Revolução Industrial. Ao passo que as tecnologias se aprimoravam, a precarização do trabalho foi se intensificando, pois substituíam (mesmo que em parte) o trabalho humano. Para os/as trabalhadores/as as dificuldades só aumentavam.

Nessa lógica, nos anos 1910, surgiu nos Estados Unidos o modelo de produção fordista, caracterizado pela produção em massa por uma linha de montagem; com excedentes (estoque), cuja produção definia o consumo; monovalência e individualização do/a trabalhador/a, que deveria ser especializado somente no que lhe era solicitado. Os impactos deste novo modelo de produção afetaram negativamente a classe que vive do trabalho. Assim, novamente os/as trabalhadores/as realizaram manifestações por melhores condições e ofertas de trabalho.

Na década de 1950, no Japão pós Segunda-Guerra Mundial, surgiu o modelo de produção toyotista. De acordo com Antunes (2015) suas características são: estoque mínimo, ou o *“just in time”*, com o consumo definindo a produção, e não o contrário, como ocorria no modo de produção fordista; a produção voltada a pequenos pedidos que, por sua vez, são variados; o/a trabalhador/a devendo ser polivalente, ou seja, saber desempenhar diversas tarefas, numa lógica de desespecialização e multifuncionalidade; aumento do ritmo da produção e, por conseguinte, de cobranças; lógica da colaboração entre trabalhadores/as, que

acaba por diluir a responsabilização das chefias dentre os/as colegas trabalhadores/as; gestão participativa; horizontalização da produção, que acaba por provocar a ampliação da alienação.

A importância da compreensão acerca da trajetória das mudanças dos modelos de produção situa-se na continuidade desses, que por sua vez perduram concomitantemente até a atualidade. A Organização Internacional do Trabalho (OIT) define trabalho precário como relacionado à “ausência ou déficit de direitos de proteção social e instabilidade de vínculos do ponto de vista de interesse do trabalhador. Está associado a setores da economia que criam vulnerabilidade social para os trabalhadores” (MACHADO; KOSTER, 2011, p. 200). Seus efeitos nocivos e perversos sobre a classe que vive do trabalho perduram e agudizam-se há mais de 70 anos.

No panorama brasileiro, a partir da década de 1930, ocorreu o processo de industrialização, mesmo que tardio se comparado aos países europeus, continente berço das Revoluções Industriais. A sociedade passou a ter uma nova composição, e o êxodo rural configurou um processo de urbanização que ocasionou um inchaço nas grandes cidades em função da inexistência de planejamento. Nesta época o país sofreu com os mesmos problemas com os quais a Europa se defrontou no século anterior: aumento da pobreza e da miséria e novas questões de saúde, em especial com o aumento dos acidentes de trabalho (LACAZ, 2007).

Ao abordar o conceito de saúde, é preciso haver entendimento sobre seus três paradigmas. De acordo com o modelo biomédico a saúde é meramente a ausência de doenças (esta sendo o foco de intervenção), numa perspectiva restritiva e mecanicista do corpo humano.

O modelo biopsicossocial tem uma visão um tanto mais ampla se comparado ao anterior por considerar a influência de fatores externos ao ser humano. Seguindo essa lógica, a Organização Mundial da Saúde (OMS), a saúde é não só uma situação provocada pela ausência da doença, mas o completo estado do bem-estar social, mental e físico. Trata-se também de um conceito ultrapassado por desconsiderar

[...] as injunções sociais atuam sobre este aparato complexo que é o sujeito. O estilo e o ritmo de vida impostos pela cultura, a modalidade da organização do trabalho, a vida nas metrópoles, entre tantos outros fatores [...] (SEGRE; FERRAZ, 1997).

Já o conceito ampliado de saúde a entende como resultante de processos, abarcando as condições de alimentação, de vida, de moradia, de educação, de lazer, de transporte e de trabalho e emprego. Trata-se de um conceito ampliado em relação aos modelos biomédico reducionista (o qual se atém à visão fragmentada da pessoa humana e ignora os demais

aspectos de sua subsistência) e biopsicossocial, que mesmo sendo mais avançado que o anterior, ainda assim não inclui os complexos de fatores externos aos sujeitos.

No Brasil, o percurso da Saúde, enquanto política pública de caráter universal e prevista constitucionalmente, é resultado de processos provocados por agentes tensionadores de mudanças. Para entendê-la, deve-se ter maior atenção a partir do início do século XX, mais especificamente dos anos de 1930, quando a preocupação relativa à saúde pública, além de restritiva, era voltada ao controle sobre situações de epidemias e calamidades.

Pelos anos seguintes, tanto nos períodos da República Nova quanto das ditaduras de Vargas e da ditadura militar, a Saúde era atrelada ao ofício de cada trabalhador/a ou tratada de forma caritativa emergencial aos/às necessitados/as. As Conferências Nacionais de Saúde iniciaram-se na década de 1940 e tiveram papel importante nas deliberações acerca do tema, mas têm especial importância quando começam a contar com a participação de agentes da academia e trabalhadores/as da política. Tal participação teve maior relevância com a aproximação do término da ditadura militar.

A Saúde do/a Trabalhador/a, até então, era entendida meramente na concepção de Saúde Ocupacional, sob intensa influência do prisma biomédico de saúde (relação entre agente, hospedeiro, ambiente), não necessariamente preocupando-se com a prevenção de doenças e demais fatores que a influenciam. A Saúde Ocupacional pauta-se “a partir da visão empirista e positivista trazida da clínica. [...] caberá pouco espaço para a subjetividade do trabalhador” (LACAZ, 2007), prevendo atuação multiprofissional privilegiando, especialmente, a medicina e a engenharia.

Nas décadas de 1970 e 1980, seguindo a tendência de discussões em âmbito mundial, especialmente na América Latina, os questionamentos acerca da saúde provocaram a mudança no paradigma norteador de seus objetivos e ampliação do conceito de trabalhadores/as. Deste modo, se evidencia a relevância da área de Saúde do/a trabalhador/a, pela sua íntima conexão com o mundo do trabalho.

O mundo do trabalho, expressão comumente utilizada por Antunes (2015) ao referir-se à centralidade do trabalho na vida humana, vem sofrendo modificações ao longo do capitalismo. Diante da atual conjuntura do trabalho, conforme Mendes e Wunsch (2011), os/as trabalhadores/as são vítimas da precariedade, expressa pela insuficiência de recursos materiais e estruturais no processo de trabalho; da precarização, sendo esta a carência de aspectos imateriais inerentes ao trabalho, como recursos humanos e diálogo com gestores/as; da ultrapassagem dos riscos socialmente aceitáveis para níveis que propiciam o adoecimento do/a trabalhador/a; da polivalência de funções e do aceleração do ritmo de produção, numa

perspectiva taylorista do trabalho que acabam por ocasionar em sobressolicitação mental e do transbordamento cognitivo.

Tais fatores são apenas alguns dos efeitos nocivos das expressões da questão social sobre o trabalho. Os resultados acabam configurando um campo de antagonismos e contradições, posto que, de acordo com a teoria marxiana, o trabalho deveria ser gerador de satisfação das necessidades humanas, mas acaba por adoecer os/as trabalhadores/as.

Para haver compreensão da intencionalidade política implicada na Saúde do/a Trabalhador/a é fundamental que se compreenda o conceito de hegemonia, discutido por Antonio Gramsci dentre as categorias do método do materialismo histórico dialético. Consiste no direcionamento político ideológico da sociedade civil, mais especificamente da classe dominante sobre as classes dominadas, que também tensionam a classe dominante objetivando um novo projeto societário (SIMIONATO, 2011, p. 47).

Assim, a Saúde do/a Trabalhador/a, na perspectiva marxiana, pretende, no seu aspecto político, evidenciar as contradições advindas da relação entre o capital e o trabalho e seus impactos nocivos e até fatais àqueles/as que vivem do trabalho, destacando sua força enquanto coletivo, num movimento contra-hegemônico (LACAZ, 2007). Prevê a inserção de profissionais cujos projetos ético-políticos sejam partícipes de um projeto societário em que o trabalho seja fonte de saúde ao invés de adoecimento.

2.2 A Saúde do/a Trabalhador/a na conjuntura brasileira a partir da década de 1990

O final dos anos 1980 e início dos anos 1990 foram marcados pela forte política neoliberal no país. Seu foco era a reinvenção da não intervenção estatal na economia, bem como a lógica da redução de gastos governamentais com políticas públicas e sociais, precarização do trabalho, diminuição e flexibilização de direitos trabalhistas, privatizações do patrimônio e serviços públicos, ou seja, todas as ações que estivessem a serviço e em prol do capital (PEREIRA, 2012).

Terminada a ditadura militar, ocorreu a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), em 1986, que contou com a participação significativa de movimentos sociais. Na ocasião foi deliberada a realização das Conferências Nacionais de Saúde do/a Trabalhador/a. Tal decisão partiu do “consenso sobre a forma capaz de permitir maior impacto e repercussão possíveis ao debate da questão Saúde e Trabalho” (RENAST, 1986), e resultou na sua publicação no relatório final. A 8ª CNS foi um marco no quesito saúde universal e gratuita, assim como na perspectiva de Saúde do/a Trabalhador/a pela superação da lógica da Saúde Ocupacional. No

ano seguinte, 1987, foi instalada a Assembleia Nacional Constituinte, permeada pela noção ampla de cidadania, que criou as condições para a Constituição Federal incluir a Saúde como direito social dos brasileiros.

Assim, a 1ª Conferência Nacional de Saúde do/a Trabalhador/a aconteceu em dezembro de 1986. Contou com a participação (tanto na elaboração quanto na execução) de diversos órgãos, como a Ordem dos/as Advogados/as do Brasil, Central Única dos/as Trabalhadores/as, Associação Brasileira de Saúde Coletiva, Fundação Oswaldo Cruz, Ministério do Trabalho, dentre outros.

As problematizações ultrapassaram a mera preocupação com a saúde ocupacional (sob modelo biomédico da saúde, na perspectiva da medicina do trabalho), mas entendendo que saúde é fruto “de fatores de ordem política, social e econômica [...] pleno emprego; trabalho estável e bem remunerado” (RENAST, 1986). Esta CNST teve como deliberação principal a indicação da criação de uma Política Nacional de Saúde do/a Trabalhador/a.

As Conferências Nacionais de Saúde do/a Trabalhador/a, as CNSTs, são expressões do controle social previsto na Lei 8.080 de 1990 do Sistema Único de Saúde (SUS). A dinâmica das Conferências baseia-se na deliberação e consulta acerca da política, enquanto os conselhos são permanentes, a eles competindo a aprovação de diretrizes e o controle da execução da política. Controle social, para Bravo e Correia (2012), pode ser definido como o controle que a sociedade civil tem sobre o Estado, em especial no que compete às políticas públicas e sociais.

Posto que o Estado deve estar democraticamente a serviço da sociedade civil, nada mais lógico que ela incida sobre as decisões que lhe competem. Também pode ser manifestado através da atuação de movimentos sociais que pressionam direta e indiretamente o Estado visando mudanças econômicas, políticas e sociais. Além disso, as CNSTs, ao longo dos anos, estiveram em consonância com as Conferências Nacionais de Saúde, articulando-se mutuamente entre si.

Mesmo os anos de 1980 sendo marcados pela crise econômica e política, em 1988, ano da promulgação da Constituição Federal, algumas conquistas e ampliações de direitos foram substanciais, como: a redução da jornada de trabalho semanal de 48 (quarenta e oito) horas para 44 (quarenta e quatro) horas; férias anuais remuneradas acrescidas de $\frac{1}{3}$ (um terço) do salário; estabelecimento do estágio probatório de dois anos a funcionários/as públicos/as; extensão do FGTS a todos/as trabalhadores/as; ampliação do tempo da licença maternidade de noventa para cento e vinte dias; instituição da licença paternidade; reconhecimento do direito

a greve; aumento da idade mínima para trabalhar, de 12 (doze) para 14 (quatorze) anos; instituição do seguro-desemprego para trabalhadores/as urbanos/as e rurais (PEREIRA, 2012).

A partir das Conferências Nacionais de Saúde e de Saúde do/a Trabalhador/a em meados dos anos 1980, e mais intensamente dos anos 1990 em diante, a questão da Saúde do/a Trabalhador/a tem requerido maior atenção. Alguns dos fatores que influenciaram um maior foco na questão foram a reestruturação produtiva dos meios de produção e o crescimento das tendências neoliberalistas, que são umas das formas de intensificação das expressões da questão social sobre o mundo do trabalho. Em 1990, com a promulgação da Lei Orgânica de Saúde (LOS) de nº 8.080, a Saúde do/a Trabalhador/a passou a ser entendida enquanto política pública, como uma vertente da política de Saúde composta por um conjunto de ações de vigilância epidemiológica e sanitária que visam às promoção, proteção, reabilitação e recuperação dos/as trabalhadores/as.

Apesar de previstas constitucionalmente, algumas políticas só foram postas em prática anos depois, quando não foram simplesmente descontinuadas, se já em vigor, ou extintas. Na década de 1990, o movimento conservador da contrarreforma tomou força nas administrações das três esferas de poderes, destacando-se os governos de Fernando Collor de Mello (1990 a 1992), cujas propostas governamentais foram discrepantes de suas ações, e Fernando Henrique Cardoso (FHC) cujos dois mandatos aconteceram entre os anos de 1995 a 2002.

Durante o governo Collor, uma administração neoliberal, caracterizada pela falta de suporte das políticas públicas, ocorreram demissões em massa, aumento do desemprego, resgate do assistencialismo e populismo, estas tentativas de manobras de diminuição de direitos previdenciários e da seguridade social em geral e focalização de políticas. A inflação durante seu governo foi intensa, tendo em vista a desestabilização dos preços, que impactou negativamente a população, o que influenciou indiretamente na sua renúncia em 1992.

No governo FHC a prática do neoliberalismo foi fortalecida. O país estava aberto ao capital estrangeiro, numa configuração de globalização econômica. Efetivou diversas privatizações e tentou, a todo custo, diminuir o papel estatal enquanto provedor social responsável pelas políticas públicas e sociais (PEREIRA, 2002).

Nessa conjuntura ocorre a 2ª CNST, em 1994, em Brasília, com o tema “Construindo Uma Política de Saúde do Trabalhador?”. Sua característica central foi a crítica do trabalho e das condições de vida dos/as trabalhadores/as dentro do modo de produção capitalista, porém permeada de ideias acerca da saúde ocupacional, voltada ao modelo biomédico da saúde. A participação de trabalhadores/as aumentou em comparação à Conferência anterior, em especial pela atuação dos Conselhos Nacional, Municipal e Estadual de Saúde (RENAST,

1994). Quanto mais a classe que vive do trabalho se envolve em questões acerca dos seus processos de saúde e doença, menos alienada ela se torna, ou seja, mais ciente da relação entre seu trabalho e o produto final e do seu pertencimento na classe trabalhadora como um todo.

A 2ª CNST também contou com a presença de empregadores/as, e seu diferencial foi a construção conjunta da política nacional a partir do disposto sobre a Saúde do/a Trabalhador/a na LOS. Apesar de haver previsão de que as Conferências Nacionais de Saúde aconteçam a cada quatro anos, segundo a lei nº 8.142 de 1990, não há o mesmo disposto sobre as CNSTs.

Em 2002, sob instituição da Portaria Ministerial 1.679, foi estabelecida a criação da Rede Nacional de Saúde do/a Trabalhador/a, a RENAST, cuja responsabilidade é a implementação da Política Nacional de Saúde do/a Trabalhador/a, em especial através da criação dos Centros de Referência em Saúde do/a Trabalhador/a, os CERESTs. A função dos CERESTs é proporcionar suporte técnico na assistência, promoção e vigilância em saúde, na perspectiva de apoio matricial em Saúde do/a Trabalhador/a na esfera estadual.

A 3ª Conferência Nacional de Saúde dos/as Trabalhadores/as aconteceu onze anos após a anterior, em novembro de 2005, também em Brasília, sob o título: “Trabalhar, sim! Adoecer, não!”. Foi realizada a partir das mais de mil e duzentas conferências ocorridas nas demais esferas estatais (municipais, estaduais e microrregionais) que deliberaram eixos a serem discutidos na 3ª CNST.

Os Ministérios do Trabalho e Emprego, Previdência e Saúde fizeram-se não só presentes, como foram os promotores da 3ª CNST, que a partir das discussões e deliberações realizadas, elaborou um extenso documento acerca do tema, focando no seu aspecto enquanto política pública. No mesmo ano foi publicada a Portaria nº 2.437, que dispõe sobre a ampliação e o fortalecimento da RENAST, no âmbito do SUS.

Em 2012 foi promulgada a Portaria nº 1.823, que instituiu a Política Nacional de Saúde do/a Trabalhador/a (PNST), caracterizada pelos princípios e diretrizes do SUS: universalidade, descentralização e equidade. A PNST considera de forma mais ampla quem são os/as trabalhadores/as, sendo estes

[...] homens e mulheres, independentemente de sua localização, urbana ou rural, de sua forma de inserção no mercado de trabalho, formal ou informal, de seu vínculo empregatício, público ou privado, assalariado, autônomo, avulso, temporário, cooperativados, aprendiz, estagiário, doméstico, aposentado ou desempregado são sujeitos desta Política (BRASIL, 2012).

Ainda que recente, considera-se um enorme avanço que o conceito de trabalhadores/as incorpore estagiários/as, mesmo que estes/as não tenham vínculo empregatício, conforme a lei 11.788 de 25 de setembro de 2008 que dispõe sobre os estágios.

Em 2014, nove anos depois da Conferência anterior, foi realizada a 4ª CNST (2014) no Distrito Federal. O Conselho Federal de Serviço Social não somente se fez presente, como realizou ferrenha crítica à visão restrita da medicina do trabalho da PNST, posicionando-se politicamente em relação à não previsão obrigatória de Assistentes Sociais na Saúde do/a Trabalhador/a.

Entre avanços e retrocessos oriundos de influências conjunturais de naturezas econômica, social e política, a Saúde do/a Trabalhador/a vem conquistando paulatinamente seu espaço nas agendas governamentais. Propicia críticas políticas ao modo de produção capitalista através da conscientização da classe trabalhadora sobre a alienação que sofre. É nessa dimensão que o processo de trabalho na política de Assistência Social carece de discussões.

3. REFLEXÃO SOBRE A RELEVÂNCIA DA SAÚDE DO/A TRABALHADOR/A DA POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL

3.1 Apresentação à Política de Assistência Social

Existem dois prismas majoritários ao tratar-se das políticas sociais, que para Couto (2010) dividem-se entre os binômios da concessão e da conquista. O primeiro caracteriza as políticas sociais como um mecanismo de manutenção da força de trabalho no modo de produção capitalista. Já o segundo as caracteriza como conquistas que visam à ampliação dos direitos. Seria ingênuo avaliar as políticas sociais somente sob uma das perspectivas, posto que, mesmo contraditórias, não se anulam, mas são concomitantes: ao mesmo tempo que visam à garantia dos mínimos sociais, perpetuam o modo de produção vigente.

Na atual Constituição Federal a Seguridade Social foi estabelecida como um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à Saúde, à Assistência Social e à Previdência Social. Tais políticas são denominadas como o tripé da Seguridade Social brasileira.

Diante das crescentes pressões sociais e aumento dos índices de pobreza e extrema pobreza houve prudência dos/as governantes em incluir a Assistência Social enquanto política pública, numa perspectiva do governo reconhecer

[...] a enorme 'dívida social' que assolava o país [...] transformar em direito o que sempre fora tratado como favor e de reconhecer os 'desamparados' como titulares ou sujeitos de direitos (PEREIRA, 2002, p. 156).

A autora faz uma discussão sobre os objetivos da política de assistência social, conforme a LOAS, de provisão de mínimos sociais, por considerá-los uma expressão neoliberal que configura práticas minimalistas em relação às necessidades sociais. Já as necessidades básicas, sob a perspectiva de proteção social, ultrapassariam o ínfimo para atingir “as condições prévias suficientes para o exercício da cidadania” (PEREIRA, 2002, p.26). Este debate revela os desafios ainda existentes na política de Assistência Social no país. O contexto econômico-político em que a Assistência Social foi estabelecida como dever do Estado pela via constitucional foi demarcado pelo ideário neoliberal, que intensifica a terceirização da oferta de serviços referentes ao alcance dos direitos sociais, ao repassar a responsabilidade da execução para a sociedade civil, onerando minimamente os gastos públicos com os mesmos, ou seja, um estado mínimo.

No que concerne ao marco legal da política, somente cinco anos depois da Constituição Federal foi promulgada a Lei Orgânica da Assistência Social, aprovada em 07 de dezembro de 1993, dispondo sobre a organização da política, ainda que de forma incipiente. A política tem por objetivos a proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência e à velhice; o amparo às crianças e adolescentes carentes; a promoção da integração ao mercado de trabalho; a habilitação e reabilitação das pessoas portadoras de deficiência e a promoção de sua integração à vida comunitária; a garantia de um salário mínimo de benefício mensal à pessoa portadora de deficiência e ao idoso que comprovem não possuir meios de prover a própria manutenção ou de tê-la provida por sua família (BRASIL, 1993).

Como se trata de uma política sob matricialidade sociofamiliar, é fundamental que se conceitue a família. Pode ser entendida como “[...] a unidade nuclear composta por um ou mais indivíduos, eventualmente ampliada por outros indivíduos que contribuam para o rendimento ou tenham suas despesas atendidas por aquela unidade familiar, todos moradores em um mesmo domicílio” (BRASIL, 2007). Tal ponto de vista considera centralmente a questão econômica para conceituar família, que também pode ser entendida como um grupo de pessoas unidas por laços afetivos ou de solidariedade (REIDEL, RAMOS, 2014), configurando um conceito ampliado de família, ou seja, a família extensa.

A Assistência Social como política pública tem seu processo de implementação a partir das deliberações da IV Conferência Nacional de Assistência Social (CNAS), em 2003, a qual destacou a necessidade de concretização da LOAS. Assim, são publicadas a Política Nacional de Assistência Social (PNAS), em 2004, e a Norma Operacional Básica (NOB) em 2005, que passaram a orientar a materialização do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), dispondo sobre a “articulação em todo território nacional das responsabilidades,

vínculos e hierarquia, do sistema de serviços, benefícios e ações” (COUTO et al, 2012). Este sistema foi readequado em 2011, por meio da Lei que dispõe sobre a organização da Assistência Social (BRASIL, 2011) e, na sequência, pela NOB/SUAS 2012 (BRASIL, 2012).

A PNAS, cujo objetivo foi materializar as diretrizes previstas na LOAS, foi regularizada na lógica de incluir aqueles tidos como invisíveis enquanto “parte de uma situação social coletiva; as diferenças e os diferentes, as disparidades e as desigualdades” (BRASIL, 2004, p. 16). A política baseia-se no território, prevê articulação com as demais políticas (intersectorialidade), bem como o trabalho com famílias em suas diversas definições, focando na convivência familiar e comunitária.

Se comparada com a LOAS, a PNAS configura-se mais ampla ao prever a realização de ações pontuais (atendimentos), ou contínuas (acompanhamentos), em situações de vulnerabilidade, como o trabalho acerca dos vínculos sociais e familiares; uso de Substâncias Psicoativas (SPA); questões de gênero, etnia, cultura; violências em suas diversas formas e trabalho. A PNAS também determina as responsabilidades de cada esfera estatal em relação aos aspectos da política, em especial no que compete ao controle social.

De acordo com a Tipificação Nacional dos Serviços Sócio Assistenciais (BRASIL, 2009), a execução da Política fica a cargo dos municípios no que se refere aos recursos humanos dos serviços das proteções básica e especial de média e alta complexidades. Atualmente, a política de Assistência Social é coordenada, em nível nacional, pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, o MDS, e no município de Porto Alegre o órgão gestor da política é a Fundação de Assistência Social e Cidadania (FASC).

Os CRAs, Centros de Referência em Assistência Social, tem como objetivo prevenir violações de direitos, configurando a proteção social básica, que objetiva a inclusão social, prevenção da violação de direitos e do enfraquecimento de vínculos. Segundo dados da FASC (PORTO ALEGRE, 2016), existem 22 (vinte e dois) CRAs da rede própria, destacando-se os Serviços de Proteção e Atendimento Integral às Famílias e Indivíduos (PAIF) que realizam atendimentos e acompanhamentos a famílias e sujeitos, e o preenchimento do Cadastro Único para Programas Sociais (Cad-Único). Outros programas também são executados na proteção social básica, como o Pro Jovem e o Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV) para crianças e idosos/as, respectivamente, voltados à população de 15 a 18 anos incompletos, de 06 a 15 anos incompletos e idosos/as com mais de 60 anos.

O Cad-Único, além de ser a porta de entrada para o Programa Bolsa Família (PBF), também pode propiciar: desconto na luz elétrica até um determinado limite de consumo mensal; isenção de taxas de concursos públicos; linha telefônica residencial a baixo custo;

habilitação gratuita para condução de veículos; carteira interestadual do/a idoso/a, que possibilita idosos/as viajarem gratuitamente entre os estados brasileiros e castrações gratuitas de determinados animais. Alguns dos programas citados estabelecem um limite de renda per capita para ser acessado.

Os Centros de Referência Especializados de Assistência Social, CREAS, trabalham com famílias e sujeitos com direitos já violados, “mas cujos vínculos familiares e comunitários não foram rompidos” (COUTO et al, 2012, p.64). São equipamentos executores de serviços e pertencentes à Proteção Social Especial de Média Complexidade (PSEMC).

No município de Porto Alegre, no que compete a PSEMC, existem 09 (nove) CREAS, e são na sua totalidade equipamentos da rede própria municipal, os quais ofertam os seguintes serviços: Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos (PAEFI); Serviço Especializado de Atendimento à População Adulta em Situação de Rua (Centro “POP”); Serviço de Atendimento à População Idosa (Centro Dia do/a Idoso/a); Serviço Especializado em Abordagem Social; Serviço de Proteção Social a Adolescentes em Cumprimento de Medida Socioeducativa de Liberdade Assistida (LA) e de Prestação de Serviço à Comunidade (PSC), estes dois últimos serviços terão maior foco no presente Trabalho de Conclusão de Curso.

Por fim, a Proteção Social Especial de Alta Complexidade visa garantir alimentação, moradia, higienização e trabalho a famílias, crianças, adolescentes e idosos, que além de terem seus direitos violados, já não dispunham de laços familiares e comunitários suficientes para que tivessem esses direitos garantidos. Configura-se em espaços como abrigos e albergues.

O processo de trabalho na Assistência Social requer que os/as trabalhadores/as tenham conhecimento sobre outras políticas, tais como Saúde (saúde mental, planejamento familiar, Saúde do/a Trabalhador/a), Educação, Trabalho, dentre outras. Não é incomum haver entraves para a efetivação de encaminhamentos realizados devido a dificuldades das demais políticas que também estão suscetíveis às expressões da questão social, tais como falta de recursos materiais e humanos, dentre outros.

3.2 Há Saúde do/a Trabalhador/a na Política de Assistência Social?

A necessidade de se discutir a Saúde do/a Trabalhador/a dentro da Política de Assistência Social vem aumentando ao passo que as expressões da questão social se intensificam no mundo do trabalho. Pressões acerca do estabelecimento de metas e

cumprimento de prazos, burocracias a serem vencidas, falta de recursos humanos e materiais, sobressolicitação mental e transbordamento cognitivo (FALZON, 2007, *apud* MENDES, WUNSCH, 2011) são apenas alguns dos fatores que influenciam negativamente no processo de trabalho na Assistência Social.

Tal necessidade de refletir sobre Saúde do/a Trabalhador/a desta política se pauta no fato de que “a Assistência Social é um setor intensivo de uso de força de trabalho humano, o que representa um desafio para a criação de condições adequadas de trabalho e de sua gestão cotidiana” (COUTO et al, 2012, p. 82). O reconhecimento desta relação foi feito pelo campo da assistência social, quando a partir das negociações e pactuações realizadas no âmbito do SUAS, foi originada a NOB/RH, configurando-se como fruto dos tensionamentos políticos realizados (RACIHELIS, 2011.)

Desde a versão preliminar da Norma Operacional Básica de Recursos Humanos, NOB-RH/SUAS estipulava-se a proposição de “mecanismos reguladores da relação entre os gestores, os prestadores de serviços socioassistenciais e os trabalhadores” (BRASIL, 2006). Nessa versão, no item relativo às diretrizes dos/as gestores/as estaduais, do Distrito Federal e municipais, previu-se o estabelecimento de normas e protocolos que garantissem a qualidade de vida e segurança do trabalho no SUAS.

Visto que, com a publicação da PNAS, a Assistência Social estava se consolidando enquanto política pública, e as questões relativas à gestão dos recursos humanos tornaram-se mais evidentes, posto que essas políticas tomaram maior espaço na agenda do âmbito federal. A partir da realização de: consulta pública; reuniões dos Conselhos Estaduais e do Distrito Federal de Assistência Social, que contaram com a participação de trabalhadores/as, gestores/as, acadêmicos/as e especialistas da área, além de discussões entre as instâncias de articulação de esferas governamentais das Comissões de Intergestores Bipartites (estados e municípios) e Tripartites (União, estados e municípios), foi elaborada e aprovada a nova NOB/SUAS de 2012 (BRASIL, 2012).

No seu conteúdo salientam-se os avanços conquistados na política, que se encontra implementada em quase sua totalidade nos municípios do país, frisam-se os avanços e destacam-se pontos a aprimorar. (BRASIL, 2012). Na NOB-SUAS 2012 foi incluída, no item referente à Gestão do Trabalho, “a garantia de ambiente de trabalho saudável e seguro, em consonância às normativas de segurança e saúde dos trabalhadores” (CNAS, 2012).

No município de Porto Alegre, em outubro de 2013, foi publicado o Plano Plurianual (PPA) da Assistência Social pela FASC. Configura-se num instrumento de planejamento cujo propósito é apresentar as ações, programas, serviços e benefícios a serem executados durante

o quadriênio 2014-2017.

No referido PPA consta a previsão de ações voltadas à Saúde do/a Trabalhador/a Servidor/a, sendo notável a exclusão do/a trabalhador/a terceirizado/a por organizações filantrópicas, atualmente denominadas de Entidades Beneficentes de Assistência Social (detentoras do Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social - CEBAS) conveniadas à FASC, prestadoras de serviços da Assistência Social.

No PPA elaborado pela Fundação há uma pormenorização das ações de operacionalização da política. Dentre elas há previsão da “Implantação da Mesa de Negociação Permanente do SUAS” através do estabelecimento de um fórum permanente de discussões entre gestores/as públicos/as e privados/as, bem como trabalhadores/as acerca da gestão do trabalho. Prevê que haja um aspecto democrático nas deliberações desses fóruns. As metas objetivadas são: a redução das situações de conflitos entre trabalhadores/as, implantação de um plano de carreira, cargos e salários e realização de reuniões mensais com os/as trabalhadores/as. Como resultado espera-se a democratização das relações de trabalho na FASC. Dentre os indicadores estão a quantidade de reuniões, de relatórios e de trabalhadores/as envolvidos/as.

Também dispõe sobre a possibilidade de ações de acompanhamento funcional semestral de 100% (cem por cento) dos/as servidores/as, inclusive os/as ingressantes, que estejam enfrentando questões que dificultam o trabalho e realização de encaminhamentos pertinentes; realização de reuniões e divulgação dentre coordenadores/as dos serviços. Como indicador de impacto espera-se haver redução de afastamentos por questões de saúde decorrentes de conflitos oriundos do trabalho, pedidos de exoneração, transposição, cedências e aumento da satisfação no trabalho.

No PPA ainda estão ações de “Assessoria na Área de Saúde Mental dos/as Trabalhadores/as” das Proteções Sociais Básica e Especial, tanto de média e de alta complexidades. As ações envolvem o diagnóstico dessas demandas nas equipes de tais serviços, dispondo de recursos humanos para realizarem tal apoio, criação de espaços coletivos e individuais de trabalhadores/as que apresentem questões relacionadas à saúde mental. Objetiva-se, inclusive, a prevenção sobre os fatores de risco aos quais os/as trabalhadores/as estão expostos/as, em prol do aumento da satisfação com o trabalho e melhora nos serviços prestados à população, assim como reduzir os afastamentos por questões de saúde mental. (PORTO ALEGRE, 2013)

Com a inclusão da questão da Saúde do/a trabalhador/a no PPA municipal da Assistência Social, percebe-se a importância da questão da Saúde dos/as Trabalhadores/as em

si, mas também a relação desta com a qualidade dos serviços prestados na referida Política em Porto Alegre. É notável, assim, o reconhecimento do adoecimento de trabalhadores e trabalhadoras da Política de Assistência Social no nível municipal, contudo, as ações previstas no PPA não são amplamente divulgadas. Até o presente momento não há conhecimento se estão sendo concretizadas.

É fundamental que a Saúde do/a Trabalhador/a da Assistência Social tenha cada vez mais visibilidade devido às especificidades dos processos de trabalho na Política, levando em conta a precariedade dos locais de trabalho e precarização dos/as trabalhadores/as terceirizados/as e estagiários/as. Estes/as compõem grande parte do quadro funcional dos serviços da PSB, além de serem considerados/as trabalhadores/as de acordo com o Art. 3º da PNST - Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora.

4. ANÁLISE SOBRE A RELAÇÃO ENTRE SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE DO/A TRABALHADOR/A NA POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL

4.1 Vivências na Proteção Social Especial de Média Complexidade num Equipamento da Assistência Social de Porto Alegre: As Medidas Socioeducativas em Meio Aberto no Creas Partenon

O CREAS Partenon é um equipamento pertencente à PSEMC do município de Porto Alegre. Denomina-se a partir de um dos bairros de sua abrangência, juntamente com os territórios dos bairros Alameda, Agronomia, São José e parte do Santo Antonio, com o qual divide-se com o CREAS Centro.

No CREAS Partenon a precarização do trabalho é expressa em diversos aspectos. Dentre eles encontra-se a diversificada natureza de vínculos dos profissionais na composição das equipes, que segue a mesma tendência nacional de serviços da Assistência Social.

Conforme Paz (2015), os dados do Censo SUAS de 2013 demonstram que ao tratar-se de vínculos empregatícios nos CREAS são de cerca de 35,4% de servidores/as públicos/as sob regime empregatício estatutário, 7,6% são de trabalhadores/as empregados/as públicos/as em regime de CLT (Consolidação das Leis do Trabalho) e alarmantes 48,4% possuem vínculos empregatícios não permanentes.

Este dado é composto por trabalhadores/as estagiários/as e contratados/as de organizações conveniadas aos municípios, comumente chamados/as de terceirizados/as. Há uma certa discrepância em haver grande quantidade de trabalhadores/as com vínculo não

permanente num serviço público, configurando as incompatibilidades e incoerências advindas da disputa dos poderes público e privado, permeando-se entre si. Para Raichelis (2011) os efeitos dessa prática de terceirizações de serviços influem no resultado do trabalho realizado com famílias e sujeitos, ao passo que, ao romperem-se os contratos de convênios, os vínculos estabelecidos com esses/as usuários/as são interrompidos, comprometendo a ação profissional na política de assistência social.

Também são formas de precarização dentro do CREAS Partenon a existência de diferentes cargas horárias das equipes. Enquanto há trabalhadores/as que possuem carga horária equivalente a 30 horas semanais, outros/as têm carga de 40 (quarenta) horas semanais. Atenta-se em especial ao fato dos/as estagiários de Serviço Social estarem submetidos/as a carga horária equivalente à dos/as profissionais Assistentes Sociais, conforme dispõe a Lei nº 12.317 de 2010 (Lei de regulamentação da carga horária do/a Assistente Social. A lei pauta-se na defesa da qualidade do trabalho desempenhado pelo/a Assistente Social.

Na FASC e, conseqüentemente, nos equipamentos e serviços da Assistência Social em geral, a mesma carga horária dos/as estagiários/as de nível superior com os profissionais configura-se uma severa contradição. Posto que estão em processo de aprendizado acadêmico e ainda não são profissionais formados/as, e como estagiários/as estão suscetíveis às precarizações do mundo do trabalho tanto quanto trabalhadores/as formais, mesmo protegidos/as pela Lei nº 11.788 de 2008, que dispõe sobre os estágios.

Seguindo a lógica de acumulação do capital, a Lei Complementar 101 de 04 de maio de 2000, denominada de Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF) dispõe um limite para pagamento de RH, que foi limitado a percentuais da receita corrente líquida de 50% para a União, 60% para os Estados e Municípios. A estratégia adotada pelos/as gestores/as para manter serviços, programas e projetos foi a terceirização.

As terceirizações, de modo geral, provocam insegurança quanto ao emprego, posto que os vínculos trabalhistas desses/as trabalhadores/as estão sujeitos às incertezas relativas à renovação anual de contratos de parceria-convênio (Parceria Público-Privada). Além disso, a prática da Fundação tem sido a contratação de estagiários/as para suprimento da demanda de trabalhadores/as, visto que o investimento necessário para a formação de um quadro de servidores/as públicos/as é superior.

A FASC elaborou o Projeto de Reordenamento Institucional a fim de estabelecer a abertura de concursos públicos e, por consequência, aumento do número de servidores/as em seu quadro funcional (PORTO ALEGRE, 2015). O Projeto enfrentou entraves legais para ser

aprovado nas instâncias da Câmara de Vereadores/as de Porto Alegre e Assembleia Legislativa do Rio Grande do Sul, assim, sua consolidação tem sido morosa.

Uma vez que estagiários/as são temporários e podem permanecer vinculados/as por até 2 (dois) anos a um determinado campo de estágio, há uma considerável rotatividade dos recursos humanos nos equipamentos da Assistência Social. Nos princípios e diretrizes da NOB/RH do SUAS há previsão do fim das terceirizações na política, contudo, esse aspecto avança vagarosamente. Nesse intervalo entre a elaboração e concretização do Projeto de Reordenamento Funcional, a FASC realizou contratações com instituições beneficentes da sociedade civil, ou seja, terceirizações, para suprimento da demanda de trabalhadores/as.

Os/as trabalhadores/as terceirizados/as do CREAS Partenon também estiveram submetidos a atrasos nos pagamentos de vale transporte, refeição e salário, supostamente por questões referentes aos repasses de verba para a entidade detentora do CEBAS em questão. Além disso, os/as trabalhadores/as da Assistência Social em geral não recebem o acréscimo de insalubridade e/ou periculosidade aos/às trabalhadores/as, mesmo estando expostos/as a doenças como tuberculose, escabiose e pediculose, dentre outras. Tal reivindicação tem sido pauta nas greves dos/as servidores/as públicos/as municipais/as realizadas tanto em 2014 quanto em 2015.

Os baixos salários e a informatização do trabalho são expressões dessa precarização na Assistência. Essa informatização culmina em cobranças de aumento da produtividade e mecanização de atividades burocráticas, em especial de formulários (PAZ, 2015), relatórios e evoluções de atendimentos e acompanhamentos e no monitoramento mensal que requer uma contagem minuciosa dos dados sobre as atividades realizadas.

A atuação nas Medidas Socioeducativas em Meio Aberto (MSEMA) requer um comprometimento legal com as documentações. Por tratar-se de questões judiciais envolvendo adolescentes e jovens adultos/as que cometeram Ato Infracional (AI), a necessidade de realizar numerosos registros documentais permeia praticamente todas as ações realizadas.

São encaminhados/as pelo Juizado da Infância e Juventude para cumprimento de suas respectivas MSE's no equipamento da PSEMC de referência do seu território, ou seja, conforme o endereço de residência. Em diversas ocasiões a Vara responsável pelo encaminhamento desses/as adolescentes e jovens adultos/as sobrecarregou a reduzida equipe do CREAS Partenon, que acabou por causar esgotamento dos/as envolvidos/as.

Ao se apresentarem no local e dia determinados, passam pela acolhida inicial, quando são preenchidas documentações judiciais denominadas de Guia de Adesão e Plano Individual

de Atendimento (PIA). A partir daí suas presenças e evolução dos atendimentos e acompanhamentos são registrados, tanto no cumprimento da PSC quanto da LA, de forma que haja comprovação do cumprimento efetivo da MSE. Também há obrigatoriedade da inserção das informações de cada adolescente e jovens adultos/as no Sistema Integrado da Assistência Social (SIAS), cuja finalidade é manter registros em meio eletrônico sobre as MSEs e demais questões judiciais sobre os/as adolescentes e jovens.

No período do estágio curricular obrigatório em Serviço Social houve intercorrências relativas à equipe técnica, que resultou na escassez de recursos humanos mínimos para o equipamento da PSEMC do CREAS Partenon. Conforme disposto na NOB/RH do Suas, a equipe mínima dos CREAS para um município como Porto Alegre deve ser composta por um/a coordenador/a de nível superior pertencente ao quadro funcional próprio da FASC, dois/as Assistentes Sociais, um/a psicólogo/a, um/a advogado/a, um/a profissional de nível superior (formado/a em pedagogia, educação física, sociologia ou outra área a ser definida), quatro educadores/as sociais com formação de nível médio, um/a assistente administrativo/a e dois/as estagiários/as de nível superior.

No que tange à equipe mínima do CREAS Partenon, durante o período de estágio curricular obrigatório em Serviço Social, pode-se verificar que, devido a questões da gestão da FASC, o quadro funcional encontrou-se sem os/as dois/a estagiários/as de nível superior previstos na NOB/RH do Suas e a equipe correspondente à equipe mínima uma considerável parte do quadro funcional estava composto por trabalhadores/as terceirizados/as.

Salienta-se a troca da supervisão de estágio decorrente da quebra de convênio da Fundação com entidade beneficente de Assistência Social responsável pela contratação de uma das Assistentes Sociais que estava inserida nas MSE's. Além de haver incertezas sobre a continuidade do estágio naquele determinado campo, o restante da equipe acabou por absorver diversas demandas que estavam sob responsabilidade da referida Assistente Social.

Inicialmente, em abril de 2014, a equipe das MSE's era composta por uma Assistente Social, uma advogada, dois/as educadores/as sociais e duas estagiárias de Serviço Social no acompanhamento de 32 adolescentes e jovens adultos/as em LA. No mesmo período de 2015 havia somente uma estagiária, uma educadora e uma advogada para atender a demanda de 33 adolescentes (SANTOS, 2015).

Tal situação acarretou no acúmulo de funções por parte dos demais membros da equipe das MSE's, em especial da estagiária de Serviço Social, demandando a polivalência dos/as trabalhadores/as envolvidos/as pela falta de RH. Muitos/as desses/as adolescentes e jovens demandam encaminhamentos para serviços de outras políticas sob determinação

judicial, registro e planejamento dos atendimentos e grupos de PSC (devido à falta de Unidades de Execução para encaminhá-los/as, controle do tempo de cumprimento da MSE, relatórios periódicos ao JIJ, dentre outras atividades que requerem atenção por parte da equipe que os/as acompanha. Como havia Assistentes Sociais no equipamento, mesmo que não inseridas nas MSE's, não houve impedimento para o seguimento do estágio e as supervisões continuaram acontecendo com a supervisora anterior que estava realocada na sede da FASC.

A equipe, de forma geral, manifestou insatisfação e aparente sufocamento frente à realidade do processo de trabalho precário no local. A complexidade das situações apresentadas atreladas à falta de recursos humanos e materiais (precariedade dos ambientes de trabalho, falta de cartões assistenciais fornecidos à população atendida) e às diversas configurações da precarização do trabalho de uma forma geral afetam não só aqueles/as que trabalham na política, mas também os sujeitos e as famílias para os/as quais a política existe.

Dessa forma, há comprometimento dos objetivos da Assistência Social, posto que a qualidade dos serviços prestados depende de como são executados. Há contradição ao tratar-se de uma política feita para quem dela necessitar, que objetiva a proteção social e garantia à vida, e que acaba por comprometer a vida e a saúde de seus/as próprios/as trabalhadores/as.

4.2 Considerações acerca da relação entre Serviço Social, Saúde do/a Trabalhador/a e a Política de Assistência Social

O Serviço Social surgiu no Brasil aproximadamente na década de 1930 vindo da Europa, mais precisamente na Bélgica, gerado no cerne das igrejas católicas sob a lógica da beneficência. O contexto de exploração da força de trabalho e agravamento da pobreza e miséria oriundos da industrialização tardia provocam o surgimento de uma profissão que lide com “as tarefas de assistência social” (FREIRE, CÂNDIDO, 2013).

Conforme afirma Cornely (2003) a primeira escola de Serviço Social foi inaugurada em 1937 em São Paulo, através do movimento realizado pela Liga das Senhoras Católicas, que desenvolviam um trabalho com características caritativas. Já nos Estados Unidos, a Assistente Social Mary Richmond foi a primeira a atentar-se à necessidade de sistematizar o que era o Serviço Social e a diferença entre caridade e Serviço Social em si, cujo modo de trabalho era tratar das situações relativas aos sujeitos de forma individualizada através do Serviço Social de Caso.

Em seguida, de acordo com Freire e Cândido (2013), quando a categoria dos/as Assistentes Sociais percebeu que tratar de casos isoladamente não supria as demandas

trazidas, surge o Serviço Social de Grupo. Ambas as formas de intervenção tinham caráter de execução terminal de políticas e estavam a serviço dos interesses do capital, pois prontificavam-se a apaziguar conflitos e manter a ordem. As ações eram de conscientização da população nos quesitos higiene, moral e bons costumes.

Durante e depois da Segunda Guerra Mundial, a Organização das Nações Unidas (ONU) acionou o Serviço Social como estratégia de reconstrução no período e para “aliviar os problemas humanos causados” (CORNELLY, 2003). De tal forma, a profissão ganhou crescente visibilidade e relevância perante os olhos dos Estados e das sociedades. Nas décadas de 1940 e 1950, em especial após a vitória dos Aliados na Segunda Guerra Mundial, o Brasil sofria forte interferência dos Estados Unidos. Assim, o Serviço Social no país passou a ter mais influência estadunidense que europeia.

Nssa época, o Serviço Social brasileiro passou a ter uma nova configuração: a de harmonizar as relações entre o Estado e a sociedade civil. Perdurou o agir baseado no Serviço Social de Grupo e acrescentou-se o Serviço Social de Comunidade, ainda, sob crescente influência estadunidense. Mesmo assim, com o aumento da criticidade da categoria profissional, a mesma foi em busca de um referencial teórico que propusesse mudanças sociais, e em 1957 a profissão foi regulamentada no Brasil.

Dentre as décadas de 1970 e 1980 o Serviço Social retomou as discussões acerca do referencial teórico norteador da profissão. Mais especificamente em 1979, na cidade de São Paulo, ocorreu o III Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais, o Congresso da Virada, configurando o processo de ruptura do Serviço Social com o conservadorismo. Desde então, a categoria firmou a teoria marxiana como o referencial teórico norteador do saber e fazer do/a profissional, ao passo que os referenciais anteriores se tornaram insuficientes frente às mudanças das expressões da Questão Social.

A partir da década de 1990, o Brasil passou por um período de práticas reducionistas de enxugamento das verbas investidas em políticas públicas, configurando um estado mínimo sob direcionamento neoliberal. O resultado foi o comprometimento da qualidade e da quantidade dos serviços públicos, paulatinamente as demandas para tais serviços só aumentavam (RAICHELIS, 2011).

Os/as Assistentes Sociais, assim como os/as demais trabalhadores/as assalariados/as, dispõe da sua força de trabalho como meio de subsistência “contribuindo [...] no processo de produção e reprodução das relações sociais presentes na sociedade capitalista” (PAZ, 2015). As precarizações que permeiam a gestão do trabalho acabam por deixar a categoria tão

suscetível quanto às demais no que concerne a violação de seus direitos, em especial da flexibilização e desregulamentação dos vínculos trabalhistas.

Com os avanços da Assistência Social enquanto Política Pública, os/as Assistentes Sociais têm sido cada vez mais requisitados/as a intervir, em especial pela ampliação dos programas de transferência de renda, como o PBF, quanto pela crescente municipalização dos serviços socioassistenciais (PAZ, 2015) através da Lei do SUAS, Lei nº 12.435 de 2011, que alterou a LOAS ao acrescentar o Sistema como estratégia de enfrentamento à pobreza (RAICHELIS, 2011).

Levando em consideração a relevância da Saúde do/a Trabalhador/a com o projeto ético-político do Serviço Social, e ao tratar-se da Assistência Social como uma política relativamente nova, que necessita de aperfeiçoamentos, torna-se substancial que haja atenção à questão da Saúde do/a Trabalhador/a na Assistência Social. Visto que os/as Assistentes Sociais fazem parte das equipes mínimas dos serviços da política, este se configura como um espaço sócio-ocupacional importante para a categoria.

Posto que quanto maior a qualificação dos/as trabalhadores/as, “menos sujeitos à manipulação e mais preparados para enfrentar os jogos de pressão política e de cooptação nos espaços institucionais, conferindo qualidade e consistência teórica, técnica e política ao trabalho realizado (COUTO, ET AL, 2010, p. 85). A direção política do trabalho (COUTO, et al, 2010, p.83) desempenhado por Assistentes Sociais deve estar em sintonia com o projeto ético-político profissional, não recaindo no tecnicismo, ou seja, num processo de trabalho voltado unicamente para a dimensão técnico-operativa, um trabalho meramente burocrático e quantitativo permeado de ações de preenchimento de formulários e cumprimento metas.

O/a profissional deve ter uma postura tensionadora de mudanças na perspectiva contra-hegemônica contemporânea. A partir dessas compreensões, torna-se imperativo que o Serviço Social priorize não só a Saúde do/a Trabalhador/a, mas tenha atenção especial à sua própria saúde enquanto trabalhador/a, reconhecendo-se como este, considerando as contradições às quais está exposto/a, num exercício de rompimento com a alienação.

A inserção da questão relativa à Saúde do/a Trabalhador/a, mesmo que ainda ausente ou insuficiente nas grades curriculares do Serviço Social, tem perfeita consonância com o projeto ético-político profissional. A partir da adoção da teoria marxiana como norteadora do saber e agir profissional, mais intensamente nas décadas de 1990.

Mesmo havendo reconhecimento da própria política sobre a necessidade de organizar a gestão do trabalho no SUAS e, conseqüentemente, preocupar-se com o/a trabalhador/a da Assistência Social através da NOB-RH e de demais produções do MDS sobre o tema, ainda

iophá um distanciamento entre as legislações e a realidade das condições de trabalho. Conforme afirmado por Paz (2015) isso torna-se uma questão acerca da qualidade dos serviços prestados à população, ou seja, sobre a efetivação e ampliação de direitos sociais. Por esse motivo, é indispensável que o Serviço Social volte sua atenção, inclusive, para a Saúde do/a Trabalhador/a na Assistência Social, por tratar-se de uma questão ético-política que deve ser discutida, em especial, na dimensão teórico-metodológica do Serviço Social.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O trabalho possui um papel central como meio de subsistência da classe que vive do trabalho no contexto capitalista. Deveria ser fonte de satisfações das necessidades humanas e percebe-se a intensa contradição quando provoca o adoecimento dos/as trabalhadores/as, posto que está sujeito às expressões da questão social. Assim, as discussões acerca da Saúde do/a Trabalhador/a tornam-se indispensáveis sob o aspecto político para a prevenção, e minimização dos efeitos do processo de adoecimento pelo trabalho.

Sendo a Assistência Social uma política relativamente nova, ainda em processo de implementação, as discussões relacionadas à gestão do trabalho e à Saúde do/a Trabalhador/a ainda estão tomando forma, encontrando-se num estágio embrionário. As considerações aqui relatadas são oriundas da articulação entre os escassos referenciais teóricos acerca do tema e dos materiais elaborados a partir da vivência no campo de estágio do CREAS Partenon através do estágio curricular obrigatório em Serviço Social durante os meses de abril de 2014 a julho de 2015.

O presente trabalho teria fundamentação teórica mais aprofundada se houvesse possibilidade de realizar uma pesquisa científica com os/as trabalhadores/as e estagiários/as da FASC. Mesmo assim é notável, a partir dos relatos realizados, o quanto a gestão do trabalho no Sistema Único de Assistência Social deve avançar na promoção e proteção da Saúde dos/as seus/as trabalhadores/as, devendo estes/as ser os/as protagonistas dessa mudança.

Visto que: o/a Assistente Social é um/a profissional componente das equipes mínimas dos serviços das PSB e PSEMC assistência social; a formação profissional propicia os subsídios para as discussões para o comprometimento sobre a questão, sob o aspecto ético-político, e que os/as Assistentes Sociais são, historicamente, profissionais tensionadores de mudanças; torna-se crucial que a questão da Saúde do/a Trabalhador/a na Assistência Social tome maior espaço das produções da categoria.

REFERÊNCIAS

ANTUNES, Ricardo. **Adeus ao trabalho: ensaios sobre a metamorfose e a centralidade do mundo do trabalho**. 16. ed. São Paulo: Editora Cortez, 2015.

BATISTA, Alfredo. Processos de trabalho: da manufatura à maquinaria moderna. **Revista Serviço Social e Sociedade**: São Paulo, abr/jun 2014, n. 118.

BRASIL. Rede Nacional de Saúde do(a) Trabalhador(a) - Renast. **Relatório da 1ª Conferência Nacional de Saúde do(a) Trabalhador**. Brasília, 1986. Disponível em http://renastonline.ensp.fiocruz.br/sites/default/files/arquivos/recursos/1a_conf_nac_saude_trabalhador.pdf Acesso em 25 de abril de 2016.

_____. **Lei Orgânica de Assistência Social - Lei Nº 8.742, de 07 de dezembro de 1993**. LOAS. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8742.htm Acesso em 09 de abril de 2014.

_____. Rede Nacional de Saúde do(a) Trabalhador(a) - Renast. **Relatório da 2ª Conferência Nacional de Saúde do(a) Trabalhador**. Brasília, 1994. Disponível em http://renastonline.ensp.fiocruz.br/sites/default/files/arquivos/recursos/0207cnst_relata_final.pdf Acesso em 25 de abril de 2016.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome - MDS. **Política Nacional de Assistência Social - PNAS**. Brasília: 2004. Disponível em <http://www.sesc.com.br/mesabrasil/doc/Pol%C3%ADtica-Nacional.pdf> Acesso em 13 de maio de 2016.

_____. **Portaria nº 1.823 de 2012 - Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora**. Disponível em http://conselho.saude.gov.br/web_4cnst/docs/Portaria_1823_12_institui_politica.pdf Acesso em 1º de dezembro de 2015.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Política Nacional de Assistência Social e Norma Operacional Básica**. Brasília: nov. 2005. Disponível em: http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Normativas/PNAS2004.pdf Acesso em 07 de julho de 2014.

_____. **Decreto 6.135 de 26 de junho de 2007: Dispõe sobre o Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal e dá outras providências**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/Decreto/D6135.htm Acesso em 07 de julho de 2014.

_____. **Lei 11.788 de 25 de setembro de 2008 - Dispõe sobre o estágio de estudantes e dá outras providências**. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2008/lei/11788.htm Acesso em 20 de novembro de 2015.

_____. **CNAS. Resolução nº de 11 de novembro de 2009.** Aprova a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais. Conselho Nacional de Assistência Social – CNAS. Brasília: CNAS, 2009.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **As Conferências Nacionais de Saúde: Evolução e perspectivas.** Brasília: 2009.

_____. **Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome: Norma Operacional Básica de Recursos Humanos - Versão Preliminar.** 2006. Disponível em: <http://www.aracaju.se.gov.br/userfiles/norma_op_basica_suas_rh.pdf> Acesso em 08 de junho de 2016.

_____. **Conselho Nacional de Assistência Social - CNAS: Resolução nº 33, de 12 de Dezembro de 2012.** Disponível em <<http://www.mds.gov.br/cnas/legislacao/resolucoes/arquivos-2012/cnas-2012-033-12-12-2012.pdf/download>> Acesso em 08 de junho de 2016.

_____. **Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome: NOB/Suas 2012.** Brasília: 2012. Disponível em <http://www.mds.gov.br/cnas/legislacao/resolucoes/arquivos-2012/cnas-2012-033-12-12-2012.pdf/download> Acesso em 17 de junho de 2016.

BRAVO, Maria Inês Souza; CORREIA, Maria Valéria Costa. Desafios do controle social na atualidade. **Revista Serviço Social e Sociedade.** Editora Cortez: São Paulo, 2012, n.109, p. 126-150. ISSN 0101-6628.

COLMÁN, Evaristo; POLA, Karina Dala. Trabalho em Marx e Serviço Social. **Serviço Social em Revista.** Universidade Estadual de Londrina, jan/dez 2009, v. 12, n. 1, ISSN: 1516-3091. Disponível em: http://www.uel.br/revistas/ssrevista/pdf/2009/2009_2/Artigo%20evaristo.pdf Acesso em 21 de novembro de 2015.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL - CFESS. **Resolução 594 de 21 de janeiro de 2011: Altera o Código de Ética do Assistente Social, introduzindo aperfeiçoamentos formais, gramaticais e conceituais em seu texto e garantindo a linguagem de gênero.** Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/Res594.pdf> Acesso em 29 de junho de 2014.

CORNELY, Seno Antônio. História da Organização Político-Acadêmica do Serviço Social na América Latina. **Revista Temporalis,** jan/jun 2003, n.07, p. 50-60.

COUTO, Berenice Rojas. **O Direito Social e a Assistência Social na Sociedade Brasileira: uma equação possível?** 4. ed. São Paulo: Editora Cortez, 2010, p. 58-73.

COUTO, Berenice Rojas; Yazbek, Maria Carmelita; Silva, Maria Ozanira da Silva; RAICHELIS, Raquel. **O Sistema Único de Assistência Social no Brasil: uma realidade em movimento.** 3. ed. São Paulo: Editora Cortez, 2012..

FREIRE, Abraão dos Santos; CÂNDIDO, Sandra da Silva. Uma Análise da Origem do Serviço Social no Brasil. **Revista Eletrônica da Faculdade José Augusto Vieira.** Sergipe: 2013, n. 08.

LACAZ, Francisco Antonio de Castro. O campo Saúde do Trabalhador: resgatando conhecimentos e práticas sobre as relações trabalho-saúde. **Caderno de Saúde Pública,** Rio

de Janeiro: 2007, v. 23, n. 04. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n4/02.pdf>
Acesso em 03 de maio de 2016.

MARX, Karl. **O Capital: crítica da economia política**. 3. ed. São Paulo: Editora Nova Cultural, 1988, tradução de Regis Barbosa e Flávio R. Kothe.

MENDES, Jussara Maria Rosa; WUNSCH, Dolores Sanchez. Serviço Social e Saúde do Trabalhador: uma dispersa demanda. **Revista Serviço Social e Sociedade**. Editora Cortez: São Paulo, jul/set 2011, n. 107. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ssoc/n107/05.pdf>
Acesso em 23 de novembro de 2015.

PAIM, Jairnilson; TRAVASSOS, Claudia; ALMEIDA, Celia; BAHIA, Ligia; MACINKO, James. **O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios**. The Lancet: maio de 2011. Disponível em <http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/artigos/artigo_saude_brasil_1.pdf>
Acesso em 11 de abril de 2016.

PAZ, Fernanda Alves Ribeiro. A Precarização no Trabalho do Assistente Social na política de Assistência Social. **Anais da VIII Jornada Internacional de Políticas Públicas**. Maranhão: 2015. Disponível em <<http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2015/pdfs/eixo2/a-precarizacao-no-trabalho-do-assistente-social-na-politica-de-assistencia-social.pdf>> Acesso em 15 de maio de 2016.

PEREIRA, Potyara. **Necessidades humanas: subsídios às críticas dos mínimos sociais**. 6. ed. São Paulo: Editora Cortez, 2002.

PORTO ALEGRE. **Plano Municipal Plurianual de Assistência Social: 2014-2017**. 2013. Disponível em http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/fasc/usu_doc/plano_municipal_plurianual_de_assistencia_social_2014_-_2017.pdf Acesso em 1º de dezembro de 2015.

RAICHELIS, Raquel. **O TRABALHO E OS TRABALHADORES DO SUAS: O ENFRENTAMENTO NECESSÁRIO NA ASSISTÊNCIA SOCIAL in BRASIL**. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Gestão do trabalho no âmbito do suas: Uma contribuição necessária para ressignificar as ofertas e consolidar o direito socioassistencial**. Brasília – DF: 2011, p. 41 a 65.

REIDEL, Tatiana; RAMOS, Malena Bello. **Medida Socioeducativa: entre A & Z**. Editora UFRGS: Porto Alegre, 2014. p. 110.

SANTOS, Natasha Guabiraba dos. **Relatório Final de Estágio Curricular Obrigatório – III**. Porto Alegre: UFRGS, 2015.

SEGRE, Marco; FERRAZ, Flávio Carvalho. O conceito de saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 31, n. 5, p. 538-542, Out. 1997. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101997000600016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 05 de fevereiro de 2016.

SILVA, Edith Seligmann. **Trabalho e Desgaste Mental: o direito de ser dono de si mesmo**. São Paulo: Editora Cortez, 2011.

SIMIONATO, Ivete. **GRAMSCI: sua teoria, incidência no Brasil, influência no Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 2011, 4ª Ed, p. 45-48.

