

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
INSTITUTO DE PSICOLOGIA  
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICA SOCIAL E SERVIÇO SOCIAL

Cândida Kirst Bergmann

**O TRABALHO DO(A) ASSISTENTE SOCIAL NA GESTÃO DO SUS  
NO RIO GRANDE DO SUL**

Cândida Kirst Bergmann

**O TRABALHO DO(A) ASSISTENTE SOCIAL NA GESTÃO DO SUS  
NO RIO GRANDE DO SUL**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Política Social e Serviço Social da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Política Social e Serviço Social.

Orientador: Prof. Dr. Paulo Antônio Barros Oliveira

Linha de Pesquisa: Estado, Sociedade e Políticas Sociais.

## CIP - Catalogação na Publicação

Bergmann, Cândida Kirst

O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NA GESTÃO DO SUS  
NO RIO GRANDE DO SUL / Cândida Kirst Bergmann. --  
2021.

134 f.

Orientadora: Paulo Antônio Barros Oliveira.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do  
Rio Grande do Sul, Instituto de Psicologia, Programa  
de Pós-Graduação em Política Social e Serviço Social,  
Porto Alegre, BR-RS, 2021.

1. Trabalho do Assistente Social. . 2. Gestão em  
Saúde. . 3. Habilidades e Competência Profissional..  
I. Oliveira, Paulo Antônio Barros, orient. II.  
Título.

Cândida Kirst Bergmann

**O TRABALHO DO(A) ASSISTENTE SOCIAL NA GESTÃO DO SUS  
NO RIO GRANDE DO SUL**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Política Social e Serviço Social da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Política Social e Serviço Social.

Orientadora: Prof. Dr. Paulo Antônio Barros Oliveira

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof. Dr. Paulo Antônio Barros Oliveira  
Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS  
Presidente (Orientador)

---

Prof. Dra. Jussara Maria Rosa Mendes  
Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS  
Membro Interno

---

Prof. Dra. Míriam Thais Guterres Dias  
Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS  
Membro Interno

---

Prof. Dra. Maria Isabel Barros Bellini  
Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul - PUCRS  
Membro Externo à Instituição

*Aos meus amores **Carlos e Isabela** – razão do meu viver – pelo carinho, incentivo, confiança e paciência nos momentos de surto e também por me ajudarem a retomar a sanidade apostando em mim e torcendo pelo meu sucesso.*

*À minha mãe **Geovane Kirst**, que torce por mim incansavelmente.*

*À **Rebel Zambrano Machado**, minha incentivadora, minha amiga, peça fundamental nessa trajetória! Sem ela não haveria o mesmo encanto.*

*A vocês dedico!*

## **AGRADECIMENTOS**

Em meio a tantas pessoas a quem quero agradecer esta conquista, prefiro iniciar agradecendo a Deus, que deve ser o grande responsável não apenas por eu ter conseguido realizar esse meu objetivo, mas, principalmente, por eu ter tido a coragem de ir buscá-lo, trilhando um caminho novo e desconhecido que só tem me dado alegrias e realizações.

Ao meu marido Carlos Eduardo Bergmann, meu amor, meu amigo, companheiro de todos os momentos. Sou grata por seu amor, incentivo e paciência de estar sempre comigo nesta e em todas as jornadas da minha vida. Amo muito você.

A minha filha amada Isabela Kirst Bergmann, por ter me escolhido como sua mãe. Minha incentivadora, de amor e energia contagiante e a quem eu dedico todas as minhas conquistas. Amo você infinitamente.

Aos meus pais Valnei Oscar Kirst (in memorian) e Geovane Kirst pelo amor, dedicação e principalmente pela cidadã que hoje sou.

A minha amada tia Irene Kaiper Mühlenberg (in memorian) e sua família, por seu amor e apoio. Sua perda durante este trabalho foi um sofrimento enorme.

Aos demais familiares que de alguma forma dividiram comigo este momento.

Ao meu orientador Prof. Dr. Paulo Antônio Barros Oliveira, pelas essenciais orientações, correções, confiança no meu trabalho, afeto constante e compreensão.

Às professoras doutoras Miriam Thais Guterres Dias, Maria Isabel Belini membros da Banca Examinadora da presente dissertação, pelas essenciais contribuições durante a qualificação do projeto de pesquisa, e por constituírem importantes e inspiradoras referências profissionais.

À Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Política Social e Serviço Social(PPGPSSS/UFRGS), por todo o apoio prestado no decorrer do processo de mestrado.

A Professora Doutora Rebel Zambrano Machado, pelo seu incentivo, exemplo e apoio incondicional durante esta jornada.

Aos Assistentes Sociais da Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul que aceitaram participar comigo deste trabalho, garantindo a este uma reflexão consistente do nosso papel e comprometimento profissional.

## RESUMO

Esta dissertação tem como temática central o trabalho do(a) Assistente Social na Gestão em Saúde que é um espaço profissional considerado ainda pouco explorado por este profissional. A partir da década de 90 que esse campo foi reconhecido como um espaço de trabalho para o(a) profissional de Serviço Social. Como forma de compreender como está se desvelando o campo da Gestão em Saúde para o(a) Assistente Social, esta pesquisa objetivou identificar a relação entre o trabalho do(a) Assistente Social, o projeto ético-político e as atribuições para a gestão no SUS. Por tratar-se de pesquisa qualitativa, o interesse principal encontra-se no conteúdo estabelecido nas falas dos sujeitos e a reflexão com os autores possibilitando uma análise crítica da realidade observada. A dissertação de mestrado é organizada a fim de conceituar os marcos históricos do desenvolvimento da Política de Saúde brasileira, as relações de trabalho estabelecidas na sociedade capitalista, enfocando no trabalho do(a) Assistente Social na Gestão da Saúde. Por estar fundamentada no método Dialético-Crítico, mais do que conhecer a realidade existente, essa dissertação de mestrado propõe-se a elencar as características profissionais dos(as) Assistentes Sociais, as atribuições que são inerentes ao trabalhador da gestão e as competências, dificuldades e contribuições deste profissional na gestão do SUS. E a partir da apreensão dos dados confirmou-se que o processo de formação é reconhecido, mas não assegura a apropriação da gestão no Serviço Social. Dessa forma, o entendimento sobre a gestão no Serviço Social parte da experiência singular vivenciada pelo(a) Assistente Social no processo de inserção profissional, as habilidades e competências exercidas pela profissão tornam-se um diferencial. A leitura da prática profissional no setor público gaúcho estadual acaba sendo atrelada também às dificuldades enfrentadas no cotidiano institucional, principalmente nos aspectos políticos que permeiam tal contexto, espaço do poder e das relações sociais. Nesse sentido, são entendidos como fatores limitantes ao exercício profissional. Contudo o(a) Assistente Social vinculado a Gestão do SUS no RS, se reinventa constantemente para o exercício profissional, a forma como se percebe o Processo de Trabalho e a Identidade Profissional está associada a fatores onde se desenvolvem as competências teórico-metodológicas, políticas e técnico operativas. Estas competências são plantadas durante o processo de formação e fortalecidas no cotidiano de atuação. Por esse motivo, a Identidade do(a) Assistente Social será construída diante de seu processo de trabalho e se revelará como histórica a partir das vivências constituídas na práxis.

**Palavras-chave:** Trabalho do(a) Assistente Social. Gestão em Saúde. Habilidades e Competência Profissional.



## ABSTRACT

This thesis has as its core subject the work of the Social Worker in Health Management which is a professional area little yet explored by its professional. This field has been recognised as a work space for the professional Social Worker. In terms of understanding how the field of Health Management has been unveiled for the Social Worker, this research aimed at identifying the relation between the job of a Social Worker, the ethical-political project and the attributions for the management in SUS. Because this is a qualitative research., the main interest can be found in the content established in the speech of the subjects and the reflection with the authors making it possible a critical analysis about the reality observed. The master's thesis is organized in order to conceptualize the historical milestones of the development of the Brazilian Health Policy, the relations of work established in the capitalist society focusing on the work of the Social Worker in Health Management. Since it is based in the Dialectic-Critical method, more than knowing the existent reality, this master's thesis proposes to enumerate the professional characteristics of the Social Worker, the attributions which are inherent to the worker of the management and the skills, difficulties and contributions from this professional in the management of SUS. From the apprehension of data, it has been confirmed that the process of formation is recognized , but it does not secure the appropriation of the management of Social Work. For this reason, the understanding about the management in Social Work comes from the unique experience lived by the Social Worker in the process of professional insertion, the abilities and competences applied by the profession become a differential. The reading of the professional practice in the public area in the state of Rio Grande do Sul ends up being linked also to the difficulties faced in the institutional daily life, especially in the political aspects that permeate such context, the place of power and the social relations. In this way, they are understood as limiting factors in the professional practice. Nevertheless, the Social Worker linked to the management of SUS in Rio Grande do Sul is constantly reinvented for the professional practice, the way the Process of Work and the Professional Identity are perceived is associated with factors which theoretical-methodological, political and technic-operational skills are developed. These skills are implemented during the formation process and strengthened in the daily practices. For this reason, the Identity of the Social Worker will be built in the face of his work process and will be revealed as historical from the experiences constituted in praxis.

**Keywords:** Work of the Social Worker, Management in Health, Professional Skills and Competences .

## LISTA DE QUADROS

<i>Quadro 1. Categorias de Análise a partir das Categorias de Marx</i> .....	61
<i>Quadro 2 Categorias de análise do Projeto de Pesquisa</i> .....	63
<i>Quadro 3. Categorias iniciais da análise I</i> .....	67
<i>Quadro 4. Tempo de vinculação na SES</i> .....	69
<i>Quadro 5. Tempo de formação</i> .....	70
<i>Quadro 6. Categorias iniciais de análise II</i> .....	72
<i>Quadro 7. Formação complementar dos entrevistados</i> .....	74
<i>Quadro 8. Categorias iniciais de análise III</i> .....	83
<i>Quadro 9. Categorias Iniciais IV</i> .....	93
<i>Quadro 10. Categoria Final</i> .....	104
<i>Quadro 11. Análises Finais I</i> .....	112
<i>Quadro 12. Análises Finais II</i> .....	<b>Erro! Indicador não definido.</b> 7
<i>Quadro 13. Análises Finais III</i> .....	110
<i>Quadro 14. Análises Finais IV</i> .....	1102

## LISTA DE SIGLAS

ABEPSS	Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social
CFESS	Conselho Federal de Serviço Social
CIB	Comissões Intergestores Bipartites
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CIR	Comissão Intergestores Regional
CRESS	Conselho Regional de Serviço Social
CRS	Coordenadorias Regionais de Saúde
ECA	Estatuto da Criança e Adolescente
ESF	Estratégia de Saúde da Família
LOAS	Lei Orgânica de Assistência Social
LOS	Lei Orgânica da Saúde
MDS	Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
RS	Rio Grande do Sul
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS)
SUS	Sistema Único de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>14</b>
<b>2 DE ONDE ESTAMOS FALANDO.....</b>	<b>20</b>
2.1 O CENÁRIO NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS .....	23
<b>3 O TRABALHO DO(A) ASSISTENTE SOCIAL .....</b>	<b>32</b>
3.1 O ASSISTENTE SOCIAL NA GESTÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)	35
3.2 A FORMAÇÃO PROFISSIONAL DE HABILIDADES E COMPETÊNCIAS ESTRATÉGICAS DO ASSISTENTE SOCIAL, À GESTÃO DO SUS.....	41
<b>4 GESTÃO EM SAÚDE .....</b>	<b>44</b>
4.1 A GESTÃO NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS .....	44
4.2 A COMPREENSÃO DA QUESTÃO SOCIAL E O TRABALHO DO(A) ASSISTENTE SOCIAL NA GESTÃO DA SAÚDE.....	47
<b>5 O CAMINHO METODOLÓGICO DA PESQUISA .....</b>	<b>532</b>
5.1 MÉTODO E SUAS CATEGORIAS .....	532
5.2 TIPO DE PESQUISA .....	554
5.3 PROCEDIMENTOS DE COLETA E ANÁLISE DE DADOS .....	576
5.3.1 Questão Ética da Pesquisa.....	610
<b>6 DESVENDANDO A REALIDADE .....</b>	<b>632</b>
6.1 AS CARACTERÍSTICAS PROFISSIONAIS DOS(AS) ASSISTENTES SOCIAIS VINCULADOS A GESTÃO DE POLÍTICAS, PROGRAMAS E PROJETOS NO SUS DO RIO GRANDE DO SUL.....	676
6.1.1 Tempo de Vinculação dos entrevistados no espaço de Gestão do SUS no RS.....	698
6.1.2 A Formação em Serviço Social e sua contribuição para vincular-se a trabalho na Gestão.....	698
6.2 ATRIBUIÇÕES QUE SÃO INERENTES AO TRABALHADOR DA GESTÃO DO SUS.....	720
6.3 AS COMPETÊNCIAS, DIFICULDADES E CONTRIBUIÇÕES DO TRABALHO DO(A) ASSISTENTE SOCIAL NA GESTÃO DE POLÍTICAS, PROGRAMAS E PROJETOS NO SUS .....	821

6.3.1As habilidades estabelecidas para a profissão no espaço de Gestão do SUS .....	821
6.3.2 Os desafios do(a) Assistente Social na Gestão do SUS no RS .....	932
6.4 O(A) ASSISTENTE SOCIAL NA GESTÃO DO SUS NO RS.....	1043
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>11515</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>1198</b>
<b>ANEXO A.....</b>	<b>1286</b>
<b>ANEXO B.....</b>	<b>1308</b>
<b>APÊNDICE A .....</b>	<b>13129</b>
<b>APÊNDICE B.....</b>	<b>1320</b>
<b>APÊNDICE C .....</b>	<b>1342</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O trabalho dos(as) Assistentes Sociais no eixo de planejamento e gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) é um espaço já conquistado, mas que pode ser qualificado por estes profissionais. Os(As) Assistentes Sociais podem e devem compor estes espaços de várias formas: no planejamento, na elaboração e execução de programas e projetos, no monitoramento e avaliação, e em cargos de coordenação da política. Discutir e analisar o quanto os Assistentes Sociais sentem-se preparados para compor estes espaços e o quanto realmente atuam nestas posições, faz surgir uma perspectiva de análise quanto às competências que compõem a sua formação como também as atribuições que o SUS preconiza. Acredita-se que é possível neste espaço ampliar a atuação profissional e principalmente verificar se o profissional sente-se preparado para isto.

As competências profissionais que permitem ao Assistente Social realizar a análise crítica da realidade, para, então, estruturar seu trabalho para o enfrentamento das situações e demandas sociais que se apresentam em seu cotidiano são:

- a. Apreensão crítica dos processos sociais de produção e reprodução das relações sociais numa perspectiva de totalidade;
- b. Análise do movimento histórico da sociedade brasileira, apreendendo as particularidades do desenvolvimento do Capitalismo no país e as particularidades regionais;
- c. Compreensão do significado social da profissão e de seu desenvolvimento sócio-histórico, nos cenários internacional e nacional, desvelando as possibilidades de ação contidas na realidade;
- d. Identificação das demandas presentes na sociedade, visando a formular respostas profissionais para o enfrentamento da questão social, considerando as novas articulações entre o público e o privado (ABESS, 1996).

Dentre os principais pontos que foram analisados, o estudo teve como propósito uma abordagem quanto a necessidade de fortalecer e qualificar a inserção

dos profissionais de Serviço Social no eixo de intervenção de processos de planejamento e gestão SUS, assim como compreender a intervenção profissional para além da execução nas políticas, serviços, programas e projetos sociais.

O Serviço Social tem na questão social a base de sua fundamentação enquanto especialização do trabalho. Nessa perspectiva, a atuação profissional deve estar pautada em uma proposta que vise o enfrentamento das expressões da questão social que repercutem nos diversos níveis de complexidade da saúde. Saber se esta profissão está contribuindo numa construção colaborativa é fundamental para podermos nos fortalecer nos espaços de gestão.

No Brasil, desde os anos de 1990, a produção teórica referente à intervenção profissional tornou-se palco de debates e tomou importância acadêmica, tendo em vista a inserção dos assistentes sociais nos mais diversos espaços ocupacionais (NETTO, 1996).

A inserção dos profissionais de Serviço Social nesta diversidade de espaços e, conseqüentemente, nos espaços de planejamento e gestão de Políticas Públicas, remete discutir sobre a importância de uma intervenção qualificada num contexto societário de intensas mudanças e sua relação permanente com princípios e valores defendidos pelo projeto ético-político profissional. Conhecer as habilidades, competências para tratar e assumir estes espaços em cargos de condução de serviços e/ou sistemas de saúde é fundamental. A complexidade da política de saúde na perspectiva de seu escopo da gestão do sistema de saúde exige que os profissionais que ocupam tais espaços compreendam suas macro funções bem como suas atribuições, peculiaridades, seus fluxos e operacionalidades.

O Serviço Social como campo de atuação da saúde vem contribuir para efetivação das propostas do SUS. O profissional de Serviço Social, na área da saúde, exerce a profissão a luz da lei de regulamentação da profissão nº 8662, da resolução nº 273/93 do Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) que institui o Código de Ética Profissional (ABEPSS, 1996). O Conselho Nacional de Saúde através da Resolução nº 218, de 06 de março de 1997, considerando as conquistas após a 8ª Conferência Nacional de Saúde no ano de 1986, e o reconhecimento da importância do trabalho interdisciplinar na área da saúde, reconhece o assistente social como uma das catorze profissões da área da saúde de nível superior - junto com o biólogo, biomédico, educador físico, enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, médicos, médicos veterinários, nutricionistas,

dentistas, psicólogos e terapeutas ocupacionais. A resolução do CFESS nº 383, de 29 de março de 1999, indica este aspecto: “[...] o Serviço Social não é exclusivo da saúde, qualifica o profissional a atuar com competência nas diferentes dimensões da questão social no âmbito das políticas sociais, inclusive a saúde” (CFESS, 1999).

Observa-se historicamente que a atuação do Serviço Social na saúde se deu no âmbito curativo e com abordagem individual (Serviço Social de Caso), sendo a preocupação com a saúde, uma questão política, explicitada somente na virada da década de 1980 para 1990, quando houve a mudança do conceito saúde e a ascensão do Movimento da Reforma Sanitária (BRAVO, 1996).

O trabalho do Serviço Social na área da saúde possui suas particularidades e está inserido numa dinâmica de cooperação dos serviços de saúde. O termo cooperação, afirmando ser o conjunto das operações coletivas de trabalho que garantem uma determinada lógica de organização e funcionamento dos serviços públicos de saúde. O processo de cooperação envolve atividades especializadas, saberes e habilidades que mobilizam, articulam e põem em movimento, unidades de serviços, tecnologias, equipamentos e procedimentos operacionais (COSTA, 2000).

A lógica das mudanças e complementos introduzidos no marco legal da política de saúde, na primeira década deste século, determinam uma visão de sistema ampliada e integrada. As demandas profissionais que envolvem a gestão exigem um assistente social que pensa, cria, negocia, articula e elabora propostas de intervenção, e cujo produto é o atendimento de necessidades individuais e coletivas, e não um profissional interessado meramente na gestão da pobreza. Diante de tantos desafios, é importante que os mesmos sejam enfrentados em conjunto com a formação e o exercício profissional.

Essa relação fará que haja garantias de enfrentamentos das necessidades colocadas hoje para a profissão. O Serviço Social contribui efetivamente para a consolidação de direito a saúde, transcendendo o conceito de saúde/doença para consolidar-se de acordo com os princípios do SUS. Para desenvolver suas ações, os profissionais buscam se fundamentar na legislação social brasileira, como, por exemplo: Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS), Lei Orgânica da Saúde (LOS) e Estatuto da Criança e Adolescente (ECA), Política Nacional do Idoso, Política Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, entre outros. Estas são leis que regulamentam os direitos sociais instituídos na Constituição Federal de 1988 (WAGNER; MUNIZ, 2002).



Outro aspecto, diz respeito à busca por fundamentação dessa profissão, no Código de Ética profissional e na lei que a regulamenta, levando-a a possuir um compromisso profissional com os direitos sociais, as políticas públicas e a democracia. Pode-se assim, dizer que o Serviço Social fundamenta-se em leis que garantem os direitos dos usuários.

Outro fator importante de ser considerado ao se pensar a relação da Saúde e Serviço Social é que, o Serviço Social tem um conhecimento acumulado por problemas de natureza diversos que tornam os seus debates um verdadeiro desafio para aqueles que se propõem realizá-lo. Como também, em termos genéricos, são as precárias condições de vida e acesso às riquezas produzidas e a bens e serviços, que enquanto expressão das desigualdades, coloca-se como uma expressão da questão social, que interferem na eficácia dos programas de saúde (MOTTA, 2007).

O Serviço Social se sobressai no endosso ao reconhecimento dos fatores determinantes e condicionantes das condições de saúde, para o enfrentamento das expressões da questão social. A profissão vem produzindo conhecimentos e alternativas para enfrentar as dificuldades vivenciadas no cotidiano, provocando o alargamento do trabalho profissional, que, associada à produção de conhecimentos e constante qualificação, tem ampliado a inserção do profissional na área da saúde. (SARRETA, F. O. 2008).

O documento *Parâmetros para a Atuação de Assistentes Social na Saúde* foi amplamente discutido com a categoria no Brasil através de Seminários e Encontros, ouvindo aproximadamente 5000 Assistentes Sociais e atendendo a uma demanda antiga desses profissionais, tem como finalidade referenciar a intervenção dos profissionais de Serviço Social na área da saúde (CFESS, 2010).

O Assistente Social é um profissional que trabalha a conexão das necessidades de saúde da população com os princípios e diretrizes do SUS e para além do sistema, buscando conexão com a rede externa de proteção social, visando sempre ao atendimento integral das necessidades em saúde dos usuários (COSTA, 2000).

Tendo em vista o disposto acima, o perfil do Assistente Social para atuar nas diferentes políticas sociais deve afastar-se das abordagens tradicionais, que reforçam as práticas conservadoras que tratam as situações sociais como problemas pessoais que devem ser resolvidos individualmente. O reconhecimento da questão social como objeto de intervenção profissional (conforme estabelecido nas Diretrizes

Curriculares da ABEPSS de 1996), demanda uma atuação profissional em uma perspectiva totalizante, baseada na identificação dos determinantes sociais, econômicos e culturais das desigualdades sociais.

A intervenção orientada por esta perspectiva crítica pressupõe: leitura crítica da realidade e capacidade de identificação das condições materiais de vida, identificação das respostas existentes no âmbito do Estado e da sociedade civil, reconhecimento e fortalecimento dos espaços e formas de luta e organização dos(as) trabalhadores(as) em defesa de seus direitos; formulação e construção coletiva, em conjunto com os trabalhadores, de estratégias políticas e técnicas para modificação da realidade e formulação de formas de pressão sobre o Estado, com vistas a garantir os recursos financeiros, materiais, técnicos e humanos necessários à garantia e ampliação dos direitos.

Sendo assim, a dissertação trata do seguinte tema: O trabalho do Assistente Social na gestão do SUS no Rio Grande do Sul (RS). Tendo como objeto de estudo o trabalho dos profissionais Assistentes Sociais e suas particularidades no espaço da gestão do SUS, se utilizando de habilidades e competências estabelecidas na formação e as atribuições exigidas pelo SUS.

Portanto, a escolha do tema referente ao trabalho dos Assistentes Sociais na gestão do SUS como objeto da pesquisa de mestrado não foi aleatória. Trata-se de experiência vivida ao longo de 15 anos de atuação, tendo como realidade cotidiana a gestão de políticas públicas de saúde e a necessidade de produzir conhecimento que privilegia as mediações teórico-práticas a partir da idiossincrasia entre trabalho e formação profissional.

Contudo, há explicações que decorrem não só de afinidades eletivas da pesquisadora, mas, principalmente, da importância científica e política da problematização contemporânea do tema como o SUS um dos maiores espaços sócio-ocupacional do Assistente Social, o desafio de superar o que José Paulo Netto (1990) denomina do trabalho profissional restrito à execução terminal de políticas sociais. Sendo assim, o tema proposto neste projeto tem sua centralidade na produção de conhecimento crítico a partir da compreensão da realidade de trabalho dos Assistentes Sociais na Gestão do SUS.

Destaca-se que foi a partir da década de 1980 que os(as) Assistentes Sociais assumiram cargos importantes dentro da Gestão da Secretaria Estadual da Saúde (SES), evidencia-se a Direção Técnica do Hospital Psiquiátrico São Pedro,

Direção do Departamento de Ações em Saúde e por duas vezes como Secretária de Estado da SES. Para tanto, o problema que se colocou em curso é qual a relação entre o trabalho do(a) Assistente Social, o projeto ético-político e as atribuições para a gestão no SUS.

Nessa perspectiva a dissertação buscou responder as seguintes questões: Quais as características profissionais dos(as) Assistentes Sociais vinculados a gestão do SUS? Quais as atribuições que são inerentes ao trabalhador da gestão do SUS? Quais as competências, dificuldades e contribuições do trabalho do(a) Assistente Social na gestão do SUS?

No primeiro capítulo realizamos um percurso sobre a Proteção Social, a Seguridade Social buscando fazer uma trajetória teórica sobre a Política de Saúde sua evolução histórica para que pudéssemos ter a compreensão do espaço ao qual iríamos percorrer e enquanto espaço sócio-ocupacional do(a) Assistente Social e de outros profissionais, para assim problematizarmos a inserção profissional do Serviço Social na Gestão da Saúde, sua formação que o prepara com habilidades e competências para seu trabalho cotidiano.

No segundo capítulo buscamos trazer para reflexão o trabalho do(a) Assistente Social e sua inserção na Gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) no RS, seguindo o terceiro capítulo problematizarmos a inserção profissional do Serviço Social na Gestão da Saúde, sua formação que o prepara com habilidades e competências para seu trabalho cotidiano Gestão do SUS.

No quarto capítulo trazemos a tona a questão da Gestão em Saúde e a compreensão da questão social e o trabalho do(a) Assistente Social neste contexto.

Destacamos que o quinto capítulo é o caminho metodológico percorrido para realizar a pesquisa de forma a contribuir para uma análise comprometida da realidade do(a) Assistente social vinculado a gestão.

Dando seguimento no sexto capítulo buscamos a partir da análise dos dados levantados na pesquisa ir caminhando para a análise final, desvendar a realidade apresentada e fazer a interlocução com os autores que puderam nos subsidiar as reflexões quanto as características dos(as) profissionais pesquisados(as) suas competências, habilidades e dificuldades para o enfrentamento profissional na Gestão do SUS no RS possibilitando identificar o(a) Assistente Social e sua práxis na Gestão da Saúde.

## 2 DE ONDE ESTAMOS FALANDO

Para guiar o estudo é importante refletir-se de onde se está falando, de qual o contexto iremos partir em nossa reflexão. Nessa lógica apresenta-se brevemente a trajetória da Proteção Social no Brasil, um dos mecanismos de política social, utilizado pelo Estado para atingir seus objetivos em relação ao Bem-Estar Social, que é o Sistema de Seguridade Social criado com a Constituição Federal de 1988.

A análise buscará mergulhar no aspecto da Seguridade Social com foco na Saúde, pois este é o cenário ao qual a pesquisa se desenvolveu. Examinar a política social com vistas a dirimir o estado de necessidade em seus diversos aspectos, destacando que não se iniciou com a Constituição de Federal de 1988, mas vem evoluindo ao longo da história brasileira.

Mas, como todo o estudo, há a necessidade de um ponto de corte, e nós o tomamos a partir da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 onde se estabeleceu a regularização da seguridade social vivida até hoje e que vem sofrendo profundos ataques na sua estrutura e se mantendo a duras penas.

A carta magna traz novas garantias, tendo como base o primado do trabalho e como objetivos o bem-estar e a justiça social. Estabelece como direitos sociais: a educação, a saúde, o trabalho, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados.

Em seu artigo 194, define-se como direitos dos trabalhadores urbanos e rurais: seguro desemprego; fundo de garantia do tempo de serviço; salário mínimo nacional capaz de atender as necessidades do trabalhador e sua família com moradia, alimentação, educação, saúde, lazer, vestuário, higiene, transporte e previdência social (com preservação de poder aquisitivo e vedação de vinculação para qualquer fim); décimo terceiro salário integral; salário-família para seus dependentes; licença de dias para a gestante; aposentadoria; seguro obrigatório pelo empregador contra acidentes do trabalho; integração à previdência social assegurada para os trabalhadores domésticos. Para concretizar parte dessas garantias, institui o Sistema de Seguridade Social, composto pela Saúde, Assistência Social e pela Previdência Social<sup>1</sup> (BRASIL, 1988).

---

<sup>1</sup> Seguridade Social, é o conjunto de medidas constitucionais de proteção dos direitos individuais e coletivos concernentes à saúde, à previdência e à assistência social (BALERA, 2009)

O Sistema de Seguridade Social é formado pela Saúde, Previdência Social e Assistência Social, através da ação integrada dos Poderes Públicos e da sociedade, e com interface com as demais áreas, Trabalho, Educação, Habitação entre outras buscam atender os seguintes objetivos: universalidade da cobertura e do atendimento; uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais; seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços; irredutibilidade do valor dos benefícios; equidade na forma de participação do custeio; diversidade da base de financiamento e caráter democrático e descentralizado da administração.

Assim, estão protegidas pelo Sistema de Seguridade Social brasileiro as seguintes contingências sociais: doença, invalidez, morte, idade avançada, desemprego involuntário, maternidade, carência financeira. Esta proteção ocorre em vários níveis, em caráter contributivo ou não contributivo. Nesse sentido,

[...] a seguridade social brasileira terá duas vias de acesso aos problemas sociais: a via previdenciária (seguro social) e a via assistencial (composta por dois instrumentos de atuação: o sistema de saúde e o sistema de assistência social) e no interior do sistema, é legítimo combinar diversas medidas, a fim de que diferentes necessidades sejam satisfeitas, atentos os entes protetores à peculiaridade das situações que surgem (BALERA, 2009, p. 72-73).

O Sistema de Seguridade Social criado pela Constituição Federal significa uma evolução no esquema protetivo do cidadão brasileiro. Entretanto este sistema não é exatamente aquele imaginado por Beveridge (1942) como a Seguridade Social ideal, mas um misto entre o antigo Seguro Social e a Seguridade idealizada.

Na Seguridade idealizada por Beveridge, a proteção seria universal e completa, onde todos os cidadãos estariam protegidos contra todas as necessidades provocadas pelos riscos sociais, com prestações financiadas por toda a sociedade num regime de solidariedade obrigatória, sem qualquer vinculação à contribuição prévia.

A Seguridade Social brasileira, limitada por questões políticas e orçamentárias, mescla os dois sistemas e está estruturada em um sistema misto de Seguro Social (Previdência Social de filiação e contribuição obrigatória relacionadas ao exercício do trabalho e protegendo os segurados contra a incapacidade para o mesmo) e Seguridade Social (prestações de Assistência Social e Saúde universais e não contributivas).

A Seguridade Social, assim se completa, atendendo, pela Assistência, aos que não o são pela Previdência. Entre os objetivos da Assistência Social, conforme determinado no art. 203 da Constituição Federal de 1988, é destinada a quem dela necessitar, de caráter não contributivo, estão: 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 com deficiência e a promoção de sua integração à vida comunitária; a garantia de um salário mínimo de benefício mensal à pessoa com deficiência e ao idoso que comprovem não possuir meios de prover à própria manutenção ou de tê-la provida por sua família, instituiu-se a pouco tempo através da lei nº 12435/11 que complementa a Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), dispõe sobre a organização do setor e institui o Sistema Único de Assistência Social (SUAS). Na prática, o SUAS vigora desde 2005 e garante uma gestão descentralizada e participativa que envolve gestores de 99,5% dos municípios brasileiros, de acordo com o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS) ao órgão que está afeta a sua execução.

A Saúde, regulamentada pela Lei nº. 8112 de 11/12/90, é o subsistema que apresentou inicialmente as inovações mais relevantes instituídas pela Constituição Federal de 1988, ao conceder proteção universalizante reconhecendo a todos o direito à saúde.

[...] o artigo 196 não faz escolhas nem abriga privilégios: dá o direito aos serviços médicos a quantos, no território nacional, deles tenham necessidade contra a doença. Esses serviços são devidos em dose igual seja qual for seu destinatário, bastando que se revele carecedor deles. É a saúde objeto de alongada disposição dos artigos 232 a 235, que tratam da prevenção das doenças e da restauração da saúde através de ações e serviços prestados por uma rede regionalizada e hierarquizada em sistema único (COIMBRA, 2001. p. 57).

Ainda deixa claro a Constituição Federal de 1988<sup>2</sup>, deixa claro que a saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido por meio das políticas sociais e econômicas à redução do risco de agravos à saúde e de outros, tendo acesso universal e igualitário às ações e serviços voltados à promoção, proteção e recuperação e reabilitação da saúde.

---

<sup>2</sup> No título VIII (Da Ordem Social), Capítulo II (Da Seguridade Social), seção II (Da Saúde), artigo 196 (BRASIL, 1988).

A Saúde Pública brasileira é norteada pelo SUS, que tem por definição um agrupamento de serviços e atividades de atenção à saúde prestados por órgãos e instituições públicas: federal, estadual e municipal, podendo ser de administração: direta, indireta ou via Organização Social e/ou fundações mantidas pelo Poder Público de controle da qualidade, pesquisa e produção de insumos, medicamentos, inclusive sangue e derivados, e de equipamentos de saúde, garantida, também, a participação complementar da iniciativa privada, tendo como princípios doutrinários a universalidade, integralidade e equidade.

O SUS não é um serviço ou uma instituição, mas um sistema que significa um conjunto de unidades, de serviços e ações que interagem para um fim comum, portanto ofertando a assistência à população baseada no modelo da promoção, proteção e recuperação da saúde, para que, assim, busquemos os meios capazes de alcançar eficiência e eficácia orientadas pelos princípios organizativos da descentralização, regionalização, hierarquização, resolutividade, participação social e complementariedade do setor privado.

O SUS nasceu no mundo contemporâneo, na contramão da discussão nos países centrais europeus a respeito do papel do Estado na garantia de direitos sociais, para reduzi-los e não para ampliá-los. Choque de gestão, estado mínimo, estado regulador, estado não prestador de serviços, mas delegatário de serviços públicos exclusivos e regulador do mercado. Um estado que deveria aplicar “na gestão pública os princípios da gestão empresarial” (SCHMIDT, 2007, p. 1997).

## 2.1 O CENÁRIO NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS

Na saúde o SUS é um sistema complexo que abrange todos os ramos de proteção do indivíduo, com acesso universal, integral além da equidade. As ações de saúde são de responsabilidade dos três entes federados União, Estados e Municípios.

O sistema de proteção do social na saúde destaca-se de maneira diferente dos demais, pois o Estado não pode negar acesso à saúde pública a uma pessoa sob o argumento que ela não contribuiu com impostos, não tem bens financeiros ou algo do tipo que a impossibilite de prover a sua própria saúde. Esse sistema é igualitário, independente das condições socioeconômicas do cidadão.

O SUS, foi implantado com o objetivo de proporcionar o reordenamento dos serviços e ações de saúde. Por diversidade de características e de realidades locais, a descentralização vem ocorrendo de forma gradual, heterogênea, conflituosa, mas também inovadora em todo o território nacional.

Uma grave crise econômica vivida em 2008<sup>3</sup>, e que permanece até hoje, mesmo que alguns achem que não, está sendo amenizada pela forte presença do capital estatal, o que está recebendo sempre constantes ataques, acaba trazendo novamente à discussão o papel do Estado. A forte presença do capital do Estado e a sua intervenção na economia, uma vez que dinheiro público e mais dinheiro público foram investidos para salvar capitais e empresas privadas, retomam o tema do papel do Estado. Até agora ninguém sabe com precisão se o Estado vai sair forte ou não dessa crise. Ainda não houve substancial mudança em seu papel. Houve apenas muito dinheiro investido em empresas para salvá-las, sob pena de os trabalhadores perderem seus empregos e todos sofrerem com as demais consequências da retração do mercado consumidor.

O modelo neoliberal, que já começou a sofrer uma revisão por volta de 1997, retoma, agora, com mais força, em razão da crise econômica da bolha imobiliária americana. Nesse sentido, a administração pública volta a ficar na berlinda, impondo discussões que visem encarar a herança do modelo burocrático que, no Brasil, se ajuntou ao clientelismo, ao personalismo, ao autoritarismo que sempre permearam a condução da máquina pública.

O SUS, concebido em 1988, encontrou esse modelo de Estado e de Administração Pública. Como o SUS introduz novos paradigmas na gestão pública, por se tratar de um modelo que exige compartilhamentos dos entes federativos, portanto uma gestão solidária e de espaços de gestão por consenso, com base em

---

<sup>3</sup> Considerada por muitos economistas como a pior crise econômica desde a Grande Depressão, a crise financeira de 2008 ocorreu devido a uma bolha imobiliária nos Estados Unidos, causada pelo aumento nos valores imobiliários, que não foi acompanhado por um aumento de renda da população. Em geral, os países emergentes – dentre eles o Brasil – sentiram menos os efeitos da crise. Ainda, entretanto, houve de fato uma forte queda no índice BOVESPA – que mede o valor das ações negociadas na bolsa de valores do país – e um aumento no preço do dólar. Isso porque os investidores ao redor do mundo estavam resgatando as aplicações devido à quebra de confiança no mercado. Assim, as expectativas de crescimento econômico foram reduzidas e em consequência houve redução nas previsões para o PIB do país. (Disponível em: <https://www.politize.com.br/crise-financeira-de-2008/>).



negociação permanente ( espaço de governança), as dificuldades de implementar serviços públicos de saúde são inúmeras.

Nessa perspectiva somente a existência do SUS, já exige uma administração pública que deveria ser alterada. Ele, o SUS, desborda das pautas administrativas e, do modelo atual da gestão pública. O SUS começa a inovar por ser um sistema nacional – que comporta todos os entes federativos: União, Estados, Municípios e Distrito Federal num único sistema que é descentralizado, política e administrativamente, com direção única em cada esfera de governo, mas que deve ser organizado de forma ascendente, sob o formato de rede regionalizada de saúde e com financiamento compartilhado, no sentido de que a Constituição conferiu aos entes federativos o poder-dever (MELLO, 2001) de cuidar da saúde; de regular, controlar e fiscalizar a saúde pública e privada (SILVA, 2007). Não se trata de um sistema com comando único federal e execução descentralizada por convênio (cooperação).

O processo de municipalização ocorreu em três etapas, e a que se destaca é o financiamento. A descentralização do poder e de recursos permite um olhar minucioso das necessidades e demandas da saúde de determinada população, facilitando não só a definição de ações de saúde, mas também o relacionamento entre o poder público e sociedade. Cabe destacar que processo de descentralização da saúde foi algo moroso e árduo, sendo que ainda continua, visto que nosso país é heterogêneo e a política polarizada.

Embora a descentralização traga em seu bojo a autonomia de estado e municípios para atender demandas de problemas específicos da sua população, vale destacar que existe uma agenda nacional e que, por isso, os entes federativos, precisam atuar conjuntamente para atender a agenda nacional, estaduais e/ou municipais. É preciso que se reafirme que vive-se um retrocesso na responsabilização pela saúde do País. O papel do estado no processo de descentralização é formular e cofinanciar políticas e programas, estimulando o comprometimento da garantia da qualidade dos serviços prestados.

Indiscutivelmente a legislação da saúde apresentou avanços importantes se tornando política de Estado. Antes, só quem tinha direito à assistência eram os grupos que contribuíam para a previdência, e quem não tivesse recursos para contribuir dependia de filantropia ou caridade. A implementação do SUS também representou uma mudança do conceito sobre o qual a saúde era interpretada no

país. Até então, e representava apenas um quadro de não doença, fazendo com que os esforços e políticas implementadas se reduzissem ao tratamento de ocorrências de enfermidades. Com o SUS, a saúde aumentou/priorizou a promoção e a prevenção dos agravos de modo que os mesmos passassem a fazer parte do planejamento das políticas públicas (FIOCRUZ, 2014).

A Saúde também é considerada na sua complexidade como um bem econômico que não se restringe ao mercado como forma de vida da sociedade, e sim como direito que se afirma enquanto política, com as dimensões de garantia ao acesso universal, qualidade e hierarquização (BRASIL, 2007). O atual sistema de saúde brasileiro vive um momento de intensos retrocessos, de muitos desafios a serem superados, particularmente quanto ao financiamento a insuficiência de gestão local do SUS.

É possível apontar os avanços no que se refere à oferta de diversos programas, projetos e políticas e que têm apresentado resultados inegáveis e exitosos para a população brasileira, como o sistema de vacinação nacional, que é referência mundial pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e o tratamento e desenvolvimento da oncologia no Brasil, que também é referência mundial. A criação do Sistema Único de Saúde foi o maior movimento de inclusão social já visto na História do Brasil e representou, em termos constitucionais, uma afirmação política de compromisso do Estado brasileiro para com os direitos dos seus cidadãos (BRASIL, 2007).

O SUS foi e é fruto de lutas e mobilização dos profissionais de saúde, articulados aos movimentos populares, que enfrentaram constantes tentativas de retrocessos e ataques em questões que eram asseguradas no sistema e, agora estão sendo extintas, o que nos faz continuar mobilizados pela continuidade do SUS. A preocupação central é assegurar que o Estado atue em função da sociedade pautando-se na concepção de Estado democrático e de direito, responsável pelas políticas sociais e, por conseguinte, pela saúde (COSTA, 1997).

O SUS hoje articulado ao mercado (mercantilização da saúde) ou a reatualização do modelo médico assistencial privatista está pautado na política de ajuste que tem como principais tendências: a) à contenção dos gastos com racionalização da oferta, ou seja, não é somente gastar menos, mas aplicar bem os recursos; e, b) a descentralização com isenção de responsabilidade do poder

central, dividir e compartilhar o poder através da comissão tripartite, governo federal, estadual e municipal (COSTA, 1997).

A tarefa do Estado, nesse projeto, consiste em garantir um mínimo aos que não podem pagar, ficando para o setor privado o atendimento dos que têm acesso ao mercado. Suas principais propostas são: a) caráter focalizado<sup>4</sup> para atender às populações vulneráveis através do pacote básico para a saúde, hoje é constituído principalmente pelo Estratégia de Saúde da Família (ESF); b) ampliação da privatização; c) estímulo ao seguro privado; ou seja, fortalecer e assegurar em lei a regulamentação dos planos privados de saúde; d) descentralização dos serviços ao nível local, ou seja, subdividir a assistência da esfera federal para a estadual e a municipal, criando e facilitando o serviço à população e fazendo com que o SUS se constitua e organize usando suas localidades com as três esferas de poder; d) eliminação da vinculação de fonte com relação ao financiamento, que o SUS, encontre formas de financiar nas suas três esferas, fazendo com que o Estado e o Município dividam com a Federação a responsabilidade pelo seu financiamento (COSTA, 1997).

Com o objetivo de promover inovações nos processos e instrumentos de gestão, buscando o alcance da eficiência e qualidade da assistência à saúde prestada ao Sistema Único de Saúde, os entes federativos realizaram uma pactuação quanto a um conjunto de reformas institucionais do SUS através do Pacto pela Saúde(2006)<sup>5</sup> que se divide em três grandes ações, embora não tenha sido implementado em sua totalidade.

O Pacto pela Vida está constituído por um conjunto de compromissos sanitários, expressos em objetivos de processos e resultados e derivados da análise da situação de saúde do país e das prioridades definidas pelos governos federal, estaduais e municipais. Significa uma ação prioritária no campo da saúde, que deverá ser executada com foco em resultados e com

---

<sup>4</sup> A noção de focalizado “focalização” traduz o entendimento de que diante do contingenciamento e da limitada disponibilidade de recursos financeiros para atender as demandas infinitas por serviços e benefícios sociais, inclusive estabelecendo a clássica relação custo-benefício, o Estado deve priorizar e direcionar a sua ação, no âmbito das políticas sociais, para as camadas mais desfavorecidas da população. Esta noção se contrapõe ao princípios da universalidade, inscrito na Constituição Brasileira, diante do qual o Estado deve garantir, para toda a população, o acesso a bens e serviços públicos de saúde, educação, saneamento básico, habitação, transporte, etc.

<sup>5</sup> O Pacto pela Saúde no seu conjunto de reformas institucionais do SUS pactuado entre as três esferas de gestão (União, Estados e Municípios) com o objetivo de promover inovações nos processos e instrumentos de gestão, visando alcançar maior eficiência e qualidade das respostas do Sistema Único de Saúde foi implantado mas ainda enfrenta muitas dificuldades com a questão que muitos Estados e municípios ainda não cumprem seus compromissos orçamentários.

a explicitação inequívoca dos compromissos orçamentários e financeiros para o alcance desses resultados.

O Pacto em Defesa do SUS envolve ações concretas e articuladas pelas três instâncias federativas no sentido de reforçar o SUS como política de Estado mais do que política de governos e de defender, vigorosamente, os princípios basilares dessa política pública, inscritos na Constituição Federal. A concretização desse pacto passa por um movimento de repolitização da saúde, com uma clara estratégia de mobilização social envolvendo o conjunto da sociedade brasileira, extrapolando os limites do setor e vinculada ao processo de instituição da saúde como direito de cidadania, tendo o financiamento público da saúde como um dos pontos centrais.

O Pacto de Gestão estabelece as responsabilidades claras de cada ente federado de forma a diminuir as competências concorrentes e a tornar mais claro quem deve fazer o quê, contribuindo, assim, para o fortalecimento da gestão compartilhada e solidária do SUS. Esse pacto parte de uma constatação indiscutível: o Brasil é um país continental e com muitas diferenças e iniquidades regionais. Mais do que definir diretrizes nacionais, é necessário avançar na regionalização e descentralização do SUS, a partir de uma unidade de princípios e uma diversidade operativa que respeite as singularidades regionais. Esse pacto radicaliza a descentralização de atribuições do Ministério da Saúde para os estados e para os municípios, promovendo um choque de descentralização, acompanhado da desburocratização dos processos normativos; reforça a territorialização da saúde como base para a organização dos sistemas, estruturando as regiões sanitárias e instituindo colegiados de gestão regional; e reitera a importância da participação e do controle social com o compromisso de apoio à sua qualificação (BRASIL, 2007, p. 22).

O desenvolvimento de ações profissionais relacionadas ao planejamento e à gestão são aquelas voltadas ao enfoque do planejamento institucional e ligadas a duas questões “a) a gestão das diversas políticas sociais das instituições e dos serviços congregadores de tais políticas, e b) à gestão e ao planejamento de serviços sociais em instituições, programas e empresas” (MIOTO; LIMA, 2009, p. 41).

Neste espaço de planejamento e gestão o(a) Assistente Social circula e complementa as funções gerenciais, respeitando suas atribuições, mas também se descobrindo dentro do seu saber profissional e assim promovendo interações entre as pessoas envolvidas de forma ética e comprometida, usando mecanismos que compatibilizam essa participação.

Desde a promulgação da EC 95 ocorre um desmonte explícito da Política de Seguridade Social, frente a uma crise estrutural do capital, de desregulamentação ou extinção das Políticas Públicas em razão de preferências políticas, ao qual milhões de trabalhadores sofrem todos os dias com o fato de nem conseguirem

acessar seus direitos. Esse desmonte reflexo de uma concepção de Estado mínimo<sup>6</sup> é demonstrado por um processo econômico de precarização dos serviços, numa lógica economicista, que quer transferir e culpabilizar a classe trabalhadora. Podendo haver associação com elementos de ordem moral e ideológica fruto de um discurso de austeridade<sup>7</sup>, que deflagra a intenção de fortalecimento do mercado econômico, gerando confiança no capital em detrimento a força de trabalho.

E nesta conjuntura onde a mercantilização da saúde é quem ordena, fazendo com que o mercado econômico dite as regras ideológicas deste novo espaço político temos que pensar a questão social e suas expressões que emergem e que são objetos do trabalho do(a) Assistente Social na Gestão do SUS e a consolidação da Política Pública de Saúde.

---

<sup>6</sup> Estado Mínimo nada mais é do que o entendimento que o papel do estado na sociedade deve ser o mínimo possível para que o Estado consiga entregar serviços públicos de qualidade para a sociedade, com maior eficiência, deixando apenas nas mãos de iniciativas privadas funções consideradas não essenciais. Se pegarmos a história brasileira e analisarmos sobre o ponto de vista do Estado Mínimo, perceberemos que o nosso país em toda a sua história dificilmente se aproximou de tal teoria. Temos casos isolados em que o país adotou práticas liberais para a sua industrialização interna, como foi no governo de Juscelino Kubitschek e, mais recentemente, nos governos de Fernando Henrique Cardoso e Luiz Inácio Lula da Silva. Porém, nos dois últimos citados, seus governos foram marcados por amplas políticas públicas sociais, que ao contrário do que prega a teoria do Estado Mínimo, aumentaram consideravelmente o tamanho do estado. O governo de Jair Messias Bolsonaro até o momento é um dos governos recentes que mais implementou políticas neoliberais – que são medidas que remontam os antigos ideais do liberalismo clássico ao enfatizar a mínima intervenção estatal na economia – com amplos projetos de privatização e sinalizações de abertura comercial para o mercado internacional. (Disponível em: <https://www.politize.com.br/estado-minimo/>).

<sup>7</sup> Austeridade não é um termo de origem econômica, a palavra tem origens na filosofia moral e aparece no vocabulário econômico como um neologismo que se apropria da carga moral do termo, especialmente para exaltar o comportamento associado ao rigor, à disciplina, aos sacrifícios, à parcimônia, à prudência, à sobriedade e reprimir comportamentos dispendiosos, insaciáveis, pródigos, perdulários. Para Coelho (2014) o discurso da austeridade no campo econômico tem profunda raiz cultural e traços religiosos, pois prega a redenção ou recompensa por sacrifícios prestados. No discurso moderno da austeridade ainda carrega essa carga moral e transpõe, sem adequadas mediações, essas supostas virtudes do indivíduo para o plano público, personificando, atribuindo características humanas ao governo. Os argumentos em defesa da austeridade econômica vêm de longa data e remetem a pensadores pré-modernos como Aquino e Aristóteles, associados à discussão sobre o modo de vida e o manejo dos recursos do indivíduo e das famílias para uma vida boa. O termo austeridade também ganha proeminência nas grandes guerras mundiais, quando é apropriado por um discurso do governo que busca legitimar o racionamento e a regulação do consumo privado em prol da mobilização dos recursos da sociedade para o esforço de guerra. No imediato pós-guerra, a austeridade continua em voga por conta da necessidade de priorizar a reconstrução de países destruídos pela guerra, as exportações, os investimentos, e o provimento bens públicos em detrimento do consumo privado. Nesse contexto, o discurso da austeridade não estava ligado à redução do gasto público mas, pelo contrário, tratava-se de conter o consumo privado para que o governo pudesse atuar fortemente na alocação de recursos (Disponível em <https://outraspalavras.net/mercadovsdemocracia/austeridade-historia-de-uma-fraude/>)

Neste trabalho o foco que será apresentado se trata do nível de gestão estadual da Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul a qual na sua estrutura básica está disposta pelo decreto nº 35.920, de 12 de abril de 1995, tem por finalidade atuar nas seguintes áreas:

- I - elaboração de diretrizes da política da saúde;
- II - promoção e proteção da saúde;
- III - assistência médico-hospitalar;
- IV - vigilância em saúde;
- V - controle do exercício profissional vinculado à saúde;
- VI - elaboração e fornecimento de produtos profiláticos e terapêuticos;
- VII - informação e orientação da saúde;
- VIII - capacitação e aperfeiçoamento de recursos humanos para as áreas da saúde (RIO GRANDE DO SUL, 1995 p. 12).

A estrutura básica da Secretaria do Estado da Saúde é integrada pelos seguintes Órgãos de Assistência e Assessoramento Direto e Imediato ao Secretário de Estado: Gabinete; Assessoria Jurídica; Assessoria Técnica e de Planejamento; Assessoria de Comunicação Social; Auditoria Médica; Diretoria-Geral; Departamento de Ações em Saúde; Departamento de Assistência Hospitalar e Ambulatorial; Departamento de Coordenação das Regionais; Departamento de Coordenação dos Hospitais e Hemocentros; Escola de Saúde Pública; e, Departamento Administrativo.

Para organizar suas diretrizes na área da saúde, frente um território de grande extensão o Estado está dividido na área da saúde, político-administrativamente, em 19 Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS), que estrutura-se com pessoal técnico e administrativo responsável pela gestão, planejamento, acompanhamento e gerenciamento das ações e serviços de saúde. As equipes regionais atuam em cooperação técnica, financeira e organizacional com os gestores municipais e com os prestadores de serviços com o objetivo de organizar os sistemas locais e regionais de saúde<sup>8</sup>.

---

<sup>8</sup> As Principais atribuições das Coordenadorias Regionais de Saúde são: • Coordenar o Sistema de Saúde no âmbito regional através de ações desenvolvidas pela CRS's. • Participar e assessorar as instâncias colegiadas gestoras do Sistema de Saúde no âmbito regional. • Promover o desenvolvimento de recursos humanos, em função das necessidades loco - regionais, em conjunto com os Departamentos, Assessorias e Escola de Saúde Pública da SES. • Participar na formulação de programas, projetos e atividades de saúde no âmbito regional e na programação orçamentária anual da Secretaria da Saúde (RIO GRANDE DO SUL, 1996).

Outros espaços de importante negociação no foco da gestão são as Comissões Intergestores Bipartites (CIB)<sup>9</sup> e as Comissões Intergestores Regionais (CIR)<sup>10</sup> Conforme a legislação do SUS, as Comissões Intergestores pactuam a organização e o funcionamento das ações e serviços de saúde integrados em redes de atenção à saúde, sendo as CIB e a CIR, no âmbito dos estados, vinculadas às Secretarias Estaduais de Saúde para efeitos administrativos e operacionais.

---

<sup>9</sup> Comissões Intergestoras Bipartites foram instituídas gradativamente nos estados brasileiros durante os anos de 1993 e 1994, a partir de determinação da Portaria do Ministério da Saúde nº 545 de 20 maio de 1993. De acordo com dados da Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde, em dezembro de 1994, todos os estados brasileiros, com exceção do Distrito Federal, já apresentavam CIB constituídas e funcionando. No Rio Grande do Sul, a CIB/RS foi instituída através da Portaria SES nº 09/93, publicada no DOE de 21/06/1993. Conta com Secretaria Técnica e Secretaria Executiva para o assessoramento e encaminhamento das deliberações. Formadas paritariamente por dirigentes da Secretaria Estadual de Saúde e do órgão de representação estadual dos Secretários Municipais de Saúde, tais comissões se configuram no âmbito estadual, como a instância privilegiada de negociação e decisão quanto aos aspectos operacionais do SUS tendo, como eixo principal, a prática do planejamento integrado entre as instâncias municipais e estadual de governo. Praticamente todos os processos que dizem respeito ao financiamento, à descentralização da estrutura gestora do SUS, e à estruturação e funcionamento da rede de serviços propagados pelo nível federal e estadual necessitam da apreciação e aprovação na CIB para serem implementadas como, por exemplo, processos de habilitação municipal às diferentes condições de gestão propostas pelas Normas Operacionais do SUS; critérios para as transferências de recursos financeiros federais (definição dos tetos financeiros municipais e acompanhamento do gerenciamento local dos recursos transferidos) e credenciamento de novos serviços de saúde.

<sup>10</sup> A Comissão Intergestores Regional - CIR é uma instância de cogestão no espaço regional com o objetivo de constituir um canal permanente e contínuo de negociação e decisão entre os gestores municipais e o estado para constituição de rede regionalizada, pactuando de forma consensual a definição das regras da gestão compartilhada do Sistema Único de Saúde - SUS, composta por representantes da SESAU - TO e de todos os secretários municipais de saúde da região. Cabe à CIR a pactuação, organização e o funcionamento em nível regional das ações e serviços de saúde integrados na rede de atenção à saúde – RAS. A CIR – TO foi instituída pelo Decreto 7.508/11, tem suas competências definidas na Resolução CIT n.º 001/2011 e aprovada sua conformação através da Resolução CIB-TO n.º 161 de 29 de agosto de 2012. Considerando que a regionalização é uma diretriz constitucional, é de fundamental importância a existência dessa ferramenta de integração entre todos os gestores públicos, para a discussão dos desafios da saúde e elaboração de intervenções que tragam melhorias na operacionalização de ações e serviços no âmbito regional. Além disso ainda cabe a CIR colaborar com a organização do SUS no Estado, para cumprir seus objetivos maiores, de aperfeiçoar a universalidade da saúde, garantir a integralidade da assistência e obter a equidade de acesso às ações e serviços de saúde entre as diferentes regiões do Estado.

### 3 O TRABALHO DO(A) ASSISTENTE SOCIAL

É importante aqui caracterizar o trabalho numa sociedade capitalista. O modo de produção capitalista diz respeito à relação social histórica e fundamentalmente conflituosa envolvendo duas classes sociais distintas, a burguesia detentora da propriedade privada do capital e dos meios de produção; e o proletariado, trabalhador assalariado que vende sua força de trabalho para a burguesia, em troca de um salário. A premissa de obtenção do lucro ou mais valia por parte do burguês em relação ao proletário situa o modo de produção capitalista enquanto forma histórica de produção e reprodução social, na qual capital e trabalho se expressam como unidade de diversos, isto é, cujas partes se gestam a partir da negação recíproca e ao recriar-se mutuamente se constituem totalidade.

A reprodução do capital pressupõe a reprodução do trabalho assalariado e das relações sociais de produção enquanto atividade originalmente social. Ao submeter-se ao modo de produção capitalista, a classe trabalhadora depende do preço do trabalho ou expressão em dinheiro do valor do trabalho (MARX, 1989). Trabalho para subsistir e, para tanto, vende sua força de trabalho para os detentores da propriedade privada do capital e dos meios de produção, característica que lhe impele a denominação de classe trabalhadora ou classe que vive do trabalho (CAMARGO, 2016).

O Serviço Social latino-americano na busca de romper com seu caráter benevolente e religioso incorporado desde sua criação, busca sua renovação junto o movimento de reconceituação. É este movimento, localizável praticamente em todos os países ao Sul do Rio Grande, permitiu uma espécie de grande união profissional que abre a via a uma renovação do Serviço Social. Ela é o ponto de partida para o processo que se esboça em 1965 e que, genericamente, tem o objetivo expresso de adequar a profissão às demandas de mudanças sociais registradas ou desejadas no marco constitucional e que sensibilizam o Serviço Social pelos condutos e sujeitos que, internacionalmente (...) forçavam e parametravam as alterações profissionais. (Netto, 2011, p. 146-147)

Netto (2011) aponta que, além da renovação latino-americana, constituíram-se três vertentes renovadoras no país, quais sejam: a modernização



conservadora, a reatualização do conservadorismo e a intenção de ruptura. A primeira vertente foi impulsionada pelo CBCISS, especialmente com o Documento de Araxá (1967) e Documento de Teresópolis (1972), cuja orientação teórica seguia o estrutural-funcionalismo. Suas propostas incentivavam a adequação da profissão à tecnocracia ditatorial com ênfase no arsenal técnico-instrumental, no planejamento e na administração alinhada ao capitalismo imperialista. Já a segunda vertente emerge na metade dos anos 1970, com base na Fenomenologia e no Existencialismo cristãos. A terceira vertente constitui-se no início da década de 1970, inspirada nas teorias marxistas e freirianas, visando romper com a herança conservadora da profissão. Sua origem é a faculdade mineira de Serviço Social de Belo Horizonte (BH).

Contudo ainda a categoria profissional desenvolve uma ação de cunho sócioeducativo na prestação de serviços sociais viabilizando o acesso aos direitos e aos meios de exercê-los, contribuindo para que necessidades e interesses dos sujeitos de direitos adquiram visibilidade na cena pública e possam, de fato, ser reconhecidos. Esses profissionais afirmaram o compromisso com os direitos e interesses dos usuários, na defesa da qualidade dos serviços prestados, em contraposição à herança conservadora do passado. (<http://www.abepss.org.br/arquivos/anexos/o-servico-social-na-cenacontemporanea-201608060403123057450.pdf> - p.6)

A inserção dos profissionais de Serviço Social numa diversidade de espaços e, conseqüentemente, no atendimento das múltiplas demandas da população usuária dos serviços sociais, remete discutir sobre a importância de uma intervenção qualificada num contexto societário de intensas mudanças e sua relação permanente com princípios e valores defendidos pelo projeto ético-político profissional. O reconhecimento dessa diversidade de espaços sócio-ocupacionais para o exercício profissional indica o trânsito entre ações de natureza distintas, que vão desde o atendimento direto ao usuário, perpassando pelo planejamento, formulação e gestão das políticas sociais (MIOTO, 2000 apud MIOTO; LIMA, 2009).

Os assistentes sociais trabalham com a questão social nas suas mais variadas expressões quotidianas, tais como os indivíduos as experimentam no trabalho, na família, na área habitacional, na saúde, na assistência social pública, etc. Questão social que sendo desigualdade é também rebeldia, por envolver sujeitos que vivenciam as desigualdades e a ela resistem, se opõem. É nesta tensão entre produção da desigualdade e produção da

rebeldia e da resistência, que trabalham os assistentes sociais, situados nesse terreno movido por interesses sociais distintos, aos quais não é possível abstrair ou deles fugir porque tecem a vida em sociedade [...] a questão social, cujas múltiplas expressões são o objeto do trabalho cotidiano do assistente social (IAMAMOTO, 1997, p. 14).

A intervenção profissional do assistente social, pode ser caracterizada pelo atendimento às demandas e necessidades sociais de seus usuários, que podem produzir resultados concretos, tanto nas dimensões materiais, quanto nas dimensões sociais, políticas e culturais da vida da população, viabilizando seu acesso às políticas sociais (YASBEK, 2009).

O processo de trabalho do assistente social tem seu objeto manifesto nas expressões das contradições da questão social. Por isso, o Serviço Social não está vinculado às profissões que geram produtos materiais, concretos. Ele atua nas condições de vida, reproduzindo aquelas condições que são indispensáveis ao funcionamento de uma ordem - o que, no campo da saúde, ganha evidências expressivas. (<https://www.scielo.br/pdf/sssoc/n103/a04n103.pdf>-SODRÉ, 2010, p.470). O reconhecimento da questão social como objeto de intervenção profissional<sup>11</sup>, demanda uma atuação profissional em uma perspectiva totalizante, baseada na identificação das determinações sociais, econômicas e culturais das desigualdades sociais.

A intervenção orientada por esta perspectiva teórico-política pressupõe: leitura crítica da realidade e capacidade de identificação das condições materiais de vida, identificação das respostas existentes no âmbito do Estado e da sociedade civil, reconhecimento e fortalecimento dos espaços e formas de luta e organização dos(as) trabalhadores(as) em defesa de seus direitos; formulação e construção coletiva, em conjunto com os trabalhadores, de estratégias políticas e técnicas para modificação da realidade e formulação de formas de pressão sobre o Estado, com vistas a garantir os recursos financeiros, materiais, técnicos e humanos necessários à garantia e ampliação dos direitos (CFESS, 2009).

O assistente social necessita adquirir novas funções e competências entre elas, as voltadas para planejamento e gestão, “inscritos em equipes interdisciplinares que tencionam a identidade profissional” (IAMAMOTO, 2002). O assistente social tem sido cada vez mais convocado a atuar na gestão dessa força

---

<sup>11</sup> Conforme estabelecido nas Diretrizes da ABEPSS (1996).

de trabalho no campo da saúde, algo que nos desafia a pensar sobre essas relações de forma mais aprofundada (SODRÉ, 2010). Visto que predominantemente na área de gestão não é requerido, em sua maioria, atribuições privativas do assistente social (REGIS, 2011).

Dados da pesquisa sobre perfil do assistente social no Brasil promovida pelo conjunto CFESS/GRESS (2005) demonstram que os assistentes sociais continuam sendo predominantemente trabalhadores assalariados, notadamente de organismos governamentais, com maior incidência nas políticas de saúde e assistência social. A maioria deles são servidores públicos, sendo que 78,16% atuam em organizações de natureza estatal, 40,97% na esfera municipal, 24% nos estados e 13,19% em âmbito federal. Neste cenário o profissional precisa-se se apropriar de outras atribuições que não só suas competências profissionais.

### 3.1 O(A) ASSISTENTE SOCIAL NA GESTÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

O Movimento de Reforma Sanitária, na condição de “processo modernizador e democratizante de transformação nos âmbitos políticos – jurídico político – institucional e político – operativo, para dar conta da saúde dos cidadãos” (MENDES, 1993, p. 42), politizou-se, ocupando espaços de discussão e planejamento de políticas de saúde, passíveis de influenciar e serem adotadas por governos, ganhando vigor em face à transição para a redemocratização do país.

No ápice do movimento da reforma sanitária, em 1986, com a 8ª Conferência Nacional de Saúde com o tema “Democracia é Saúde, se construíram as condições políticas para a criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), em 1987, com o objetivo de contribuir para a consolidação e o desenvolvimento qualitativo da saúde. Mais tarde passa a unificação da saúde passa a ser chamado de Sistema Único de Saúde que foi regulamentado pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Foi uma importante estratégia no processo de descentralização e na participação na estrutura da saúde, com a criação dos colegiados representativos para acompanhamento da política de saúde no âmbito das três esferas de governo.

O processo de descentralização das atribuições do âmbito federal para os municípios, realidade que a Constituição Federal de 1988 imprimiu novas feições nas políticas públicas no país, com uma capilaridade na oferta de serviços mais próximos da população (ARRETCHE, 1997; JUNQUEIRA, 1998). Com esta modelagem, cabe aos municípios a incumbência de criar serviços, que terão aportes de recursos de investimento e de custeio da União, mas têm a responsabilidade de executar e custear as despesas de pessoal. Analisa essa situação, assinalando que os municípios saem de uma posição de atuação marginal na gestão de políticas públicas e se deparam com a necessidade de atender aos anseios de seus munícipes sobre todas as políticas setoriais que afetam diretamente a vida das pessoas.

O cenário econômico, político e social que vem caracterizando essa primeira década do século XXI nos remete à reflexão crítica sobre os novos padrões de gestão das políticas públicas e sua conformação no Brasil. No caso da política social, em especial o foco desse estudo, o campo da Saúde no Brasil, vem sendo impactado pelas transformações societárias impostas pelo projeto neoliberal que ameaça o projeto da reforma sanitária e a política normativa do SUS. Privilegiar a política de saúde significa observar o quanto neste campo são múltiplos os desafios que se colocam para os profissionais, sobretudo o da promoção e proteção da saúde da população brasileira, um direito conquistado pela sociedade no final dos anos 1980 e que vem sendo consolidado com a implementação do SUS (MENDES et al., 2011).

A inserção e atuação do Serviço Social na saúde, deu-se neste contexto histórico primeiramente no âmbito curativo e com abordagem individual (Serviço Social de caso), contexto que somente na década de 1980 ocorre transformações significativas.( BRAVO, 2006). O Serviço Social ganha espaço na saúde no período de 1930 a 1979, devido a alteração da política de saúde no Brasil, assim ele surge e se desenvolve no ano de 1930, com influência européia. Com o aprofundamento do capitalismo no Brasil e as mudanças no panorama internacional, em função do término da Segunda Guerra Mundial, a expansão do Serviço Social ocorreu a partir de 1945, bem como sua ação profissional na Saúde (BRAVO, 2006).

A influência norte-americana substituiu a europeia, e os Assistentes Sociais brasileiros defendiam que o ensino e a profissão nos Estados Unidos atingira um grau mais elevado de sistematização, na qual o julgamento moral deu lugar às

análises de cunho psicológico, e isto foi o motivador para a mudança na ação profissional. Uma das razões que faz com que a área da saúde amplie o espaço ao Serviço Social é o novo conceito de saúde, elaborado pela Organização Mundial da Saúde em 1948, que enfatiza os aspectos biopsicossociais, vinculados ao agravamento das condições de saúde da população, exigindo dos serviços de saúde um trabalho em equipe multidisciplinar (BRAVO, 2006).

O assistente social neste aspecto enfatizou suas atividades em prática educativa com relação aos hábitos de higiene e saúde e atuou nos programas prioritários estabelecidos pelas normatizações da política de saúde. Outra razão significativa que impulsionou a inserção dos Assistentes Sociais na área da saúde, que foi a consolidação da Política Nacional de Saúde no país no período de 1945 à 1950, com a ampliação dos gastos com a assistência médica, pela previdência social, a qual gerou uma contradição entre a demanda e o seu caráter seletivo, pois esta assistência não era universal (BRAVO, 2006).

Assim, o assistente social é chamado para atuar em hospitais, servindo de mediador entre a instituição e a população, com a finalidade de viabilizar o acesso desta aos serviços e benefícios. Estas ações eram: plantão, triagem ou seleção, encaminhamento, concessão de benefícios e orientação previdenciária. O Serviço Social Médico, como era denominado, atuava com o Serviço Social de Casos, onde a participação só era visualizada no individual, em prol da adaptação do “cliente” ao tratamento. Após a década de 1960 algumas transformações começaram a ocorrer na profissão, como questionamentos com relação aos rumos do Serviço Social brasileiro, o que ainda podia ser considerado insipiente (BRAVO 2006).

Debates começaram a se firmar, na discussão e críticas sobre o conservadorismo, contudo no golpe militar de 1964, esse processo foi interrompido. A modernização conservadora que se implantou no país exigiu a renovação do Serviço Social, frente às novas estratégias de controle e repressão efetivadas pelo Estado e principalmente pelo capital, bem como para o atendimento de novas demandas. A modernização que se operou no âmbito das políticas sociais, também influenciou o Serviço Social na saúde e sua ação foi sedimentada principalmente na assistência médica previdenciária (BRAVO, 2006).

Somente na década de 1980 devido um movimento na saúde coletiva e que também interfere no Serviço Social há uma ampliação do debate teórico, juntamente com um movimento de ruptura com a política de saúde vigente e a construção da

reforma sanitária, em um processo interno de revisão, de negação do Serviço Social Tradicional, que conseqüentemente não foi realizado em nexos diretos com outros debates, que também buscavam práticas democráticas (BRAVO, 2006).

O Serviço Social na Saúde nos anos 1990, prossegue sendo uma categoria profissional desarticulada do Movimento da Reforma Sanitária, e neste período é implantado o projeto neoliberal no país. Este projeto político-econômico confronta-se com o projeto profissional hegemônico no Serviço Social, e com o projeto da Reforma Sanitária, este é questionado, e contrário aos seus princípios é consolidado o projeto privatista, articulado ao mercado e pautado na política de ajuste, que tem como características o atendimento focalizado às populações vulneráveis, a desconcentração dos serviços e o questionamento da universalidade, bem como assinalamos anteriormente.

Além da disputa de dois projetos políticos na área da saúde, o da reforma sanitária e o privatista, ambos apresentam para o profissional do Serviço Social requisições divergentes. O primeiro requer que o assistente social busque a democratização, atendimento humanizado, interdisciplinaridade etc., já o segundo requisita ação fiscalizatória aos usuários dos planos de saúde, assistencialismo, abordagens individuais, seleção socioeconômica dos usuários, aconselhamento. Para a autora o distanciamento dos preceitos profissionais e da reforma sanitária gera preocupações no sentido de que o assistente social passa a exercer outras atividades, não se identificando mais como tal, e assim, exerce apenas ações que lhe são dirigidas, distanciando-se do objetivo da profissão, que na saúde contempla a compreensão dos aspectos sociais, econômicos, culturais que interferem no processo saúde-doença (BRAVO, 2006).

O trabalho do assistente social deve estar sempre articulado aos princípios do projeto da reforma sanitária e do projeto ético-político do Serviço Social, proporcionando assim respostas qualificadas aos usuários (BRAVO, 2006). Uma das ações que cabe a este profissional é a formulação de estratégias nos serviços de saúde que efetivem o direito social à saúde, articuladas com outros segmentos que defendem o SUS (BRAVO, 2006). A autora salienta que os Assistentes Sociais têm como desafio o enfrentamento da defesa da democracia e das políticas públicas, em prol de um trabalho contrário ao projeto neoliberal ao qual serve o projeto privatista da saúde.

A crise econômica e política no início dos anos 1990 foi o pano de fundo de onde emergiram dois projetos alternativos no campo da política de saúde e que se encontra em permanente disputa “um, portador da nítida hegemonia, o projeto neoliberal e, outro, contra-hegemônico, a reforma sanitária” (MENDES, 1993, p. 20).

Essa disputa permanente vem caracterizando a realidade da saúde ao longo da história e se acirra nesta primeira década do século XXI. A compreensão desta disputa histórica no campo da Saúde é fundamental para que se reconheçam os movimentos e as mudanças pertinentes à política da saúde no Brasil (MENDES *et al.*, 2011, p.334).

Neste contexto as organizações sejam públicas ou privadas buscam sempre formas de melhor liderar os espaços e as pessoas que os compõem, rompendo antigos modelos de gestão. O tipo de gestão mais adequado para as organizações públicas de serviços de saúde recomenda-se ser o consensual e/ou colegiado. Essa gestão deve reconhecer o papel central dos profissionais. Enfatiza a utilização de mecanismos de tomada de decisões e utiliza-se de uma lógica que preconiza que “os profissionais trabalhem não por obedecer a ordens, mas por responsabilidade” (DUSSAULT, 1992, p. 15).

A governança apresenta em sua essência a capacidade de conduzir os processos de formulação, execução e avaliação de políticas públicas, integrando ferramentas e estruturas de gestão que viabilizem amoldar as relações econômicas e sociais, privilegiando o fortalecimento das ações governamentais, por meio da eficácia e efetividade dos resultados esperados e da transparência dos processos de tomada de decisão (ARAÚJO, 2002).

Esse termo no SUS é compreendido como a capacidade de intervenção que envolve diferentes atores, mecanismos e procedimentos para que ocorra a gestão regional compartilhada. Nessa lógica, pode auxiliar a articulação interfederativa; o processo decisório; a pactuação de recursos e o monitoramento e avaliação de desempenho da Rede de Atenção à Saúde.

Esse processo de governança vai ser instituído pelo sujeitos sociais que permeiam os espaços e vão configurar uma prática e gestão, que se configura complementarmente em função das mais diversas profissões que compõem a saúde pública. Em se tratando de um sistema único existe uma preocupação de delinear esta forma de gestão que apresentamos abaixo.

A concepção de gestão participativa é uma estratégia transversal, presente nos processos cotidianos da gestão do SUS, que possibilita a formulação e a deliberação pelo conjunto de atores no processo de controle social. Requer a adoção de práticas e mecanismos que efetivem a participação dos profissionais de saúde e da comunidade. A gestão estratégica pressupõe a ampliação de espaços públicos e coletivos para o exercício do diálogo e da pactuação das diferenças, de forma a construir um conhecimento compartilhado sobre saúde, preservando a subjetividade e a singularidade presentes na relação de cada indivíduo e da coletividade, com a dinâmica da vida. Esta prática amplia a vocalização das necessidades e dos desejos da população e a escuta dos profissionais e dos serviços, para que o acolhimento e o cuidado tenham significado para ambos (BRASIL, 2009).

Assim, compreende-se que cabe ao Serviço Social – numa ação necessariamente articulada com outros segmentos que defendem o aprofundamento do SUS – auxiliar/participar na formulação estratégias que busquem reforçar ou criar experiências nos serviços de saúde que efetivem o direito social à saúde, atentando que o trabalho do assistente social que queira ter como norte o projeto-ético político profissional tem que, necessariamente, estar articulado ao projeto da reforma sanitária (MATOS, 2003; BRAVO; MATOS, 2004). Considera-se que o código de ética da profissão apresenta ferramentas fundantes para o trabalho dos assistentes sociais na saúde em todas as suas dimensões: na prestação de serviços diretos à população, no planejamento e na assessoria.

As ações profissionais se estruturam sustentadas no conhecimento da realidade e dos sujeitos para as quais são destinadas, na definição de objetivos considerando o espaço dentro do qual se realiza, na escolha de abordagens adequadas para aproximar-se dos sujeitos destinatários da ação e compatíveis com os objetivos. Finalmente implica na escolha de instrumentos apropriados às abordagens definidas e também de recursos auxiliares para a sua implementação. Todo esse processo se opera com base no planejamento, na documentação e num apurado senso investigativo. Parte-se da premissa que toda ação profissional se constrói como processo, não existindo à priori, pois é parte integrante do processo histórico, estando em jogo distintos determinantes sociais” (NOGUEIRA; MIOTO; 2006, p.09).



### 3.2 A FORMAÇÃO PROFISSIONAL DE HABILIDADES E COMPETÊNCIAS ESTRATÉGICAS DO(A) ASSISTENTE SOCIAL, À GESTÃO DO SUS.

Como profissional inserido na divisão sociotécnica do trabalho, o assistente social, é demandado a desenvolver ações como gestor e executor de políticas sociais, programas, projetos, serviços, recursos e bens no âmbito das organizações públicas e privadas, operando sob diversas perspectivas, como no planejamento e gestão social de serviços e políticas sociais, na prestação de serviços e na ação sócio-educativa (YASBEK, 2009)

No caso brasileiro, o setor público é o maior empregador dos profissionais de Serviço Social, principalmente na esfera municipal, na execução direta das políticas sociais (IAMAMOTO, 1993). No entanto, é sobre a intervenção profissional no âmbito do planejamento e da gestão a nível estadual que este projeto pretende centrar a discussão, tendo em vista a possibilidade de contribuir com as reflexões sobre o desenvolvimento de ações profissionais nesse eixo interventivo, tão pouco discutidas e reconhecidas como próprias do assistente social.

Ao pensar planejamento e gestão nas organizações públicas temos que tomar como ponto de partida a definição de *política* como uma proposta de distribuição do poder e a definição de estratégia como uma forma de implementação de uma política (TESTA, 1995), elaborou-se uma tipologia do poder em saúde, distinguindo-se o poder político do técnico e administrativo.

Desenvolvendo essas ideias, podemos pensar na identificação dos diversos espaços de poder (formal e real) que se apresentam no âmbito das instituições de saúde, distinguindo o tipo de poder exercido pelos distintos atores em função de suas posições na estrutura do setor. Redefinindo, também, a noção de setor utilizada por Testa (1995), podemos pensar na complexa rede de instituições (públicas e privadas) que compõem um sistema de saúde como o que se configura em nossa sociedade e como o profissional Assistente Social pode compor estes espaços respeitando suas Competências Profissionais conforme a Lei n<sup>o</sup> 8.662, de 7 de Junho de 1993 que dispõe sobre a profissão de Assistente Social e constituem competências do Assistente Social:

I - elaborar, implementar, executar e avaliar políticas sociais junto a órgãos da administração pública, direta ou indireta, empresas, entidades e organizações populares;

II - elaborar, coordenar, executar e avaliar planos, programas e projetos que sejam do âmbito de atuação do Serviço Social com participação da sociedade civil;

III - encaminhar providências, e prestar orientação social a indivíduos, grupos e à população;

IV - (Vetado); 45 Lei n.º 8.662

V - orientar indivíduos e grupos de diferentes segmentos sociais no sentido de identificar recursos e de fazer uso dos mesmos no atendimento e na defesa de seus direitos;

VI - planejar, organizar e administrar benefícios e Serviços Sociais;

VII - planejar, executar e avaliar pesquisas que possam contribuir para a análise da realidade social e para subsidiar ações profissionais;

VIII - prestar assessoria e consultoria a órgãos da administração pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades, com relação às matérias relacionadas no inciso II deste artigo;

IX - prestar assessoria e apoio aos movimentos sociais em matéria relacionada às políticas sociais, no exercício e na defesa dos direitos civis, políticos e sociais da coletividade;

X - planejamento, organização e administração de Serviços Sociais e de Unidade de Serviço Social;

XI - realizar estudos sócio-econômicos com os usuários para fins de benefícios e serviços sociais junto a órgãos da administração pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades (BRASL, 2011).

A partir destas competências temos que ter clareza quanto as atribuições privativas do Assistente Social, conforme a Lei n.º 8.662:

I - coordenar, elaborar, executar, supervisionar e avaliar estudos, pesquisas, planos, programas e projetos na área de Serviço Social;

II - planejar, organizar e administrar programas e projetos em Unidade de Serviço Social;

III - assessoria e consultoria e órgãos da Administração Pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades, em matéria de Serviço Social;

IV - realizar vistorias, perícias técnicas, laudos periciais, informações e pareceres sobre a matéria de Serviço Social;

V - assumir, no magistério de Serviço Social tanto a nível de graduação como pós-graduação, disciplinas e funções que exijam conhecimentos próprios e adquiridos em curso de formação regular;

VI - treinamento, avaliação e supervisão direta de estagiários de Serviço Social;

VII - dirigir e coordenar Unidades de Ensino e Cursos de Serviço Social, de graduação e pós-graduação;

VIII - dirigir e coordenar associações, núcleos, centros de estudo e de pesquisa em Serviço Social; 47 Lei n.º 8.662

IX - elaborar provas, presidir e compor bancas de exames e comissões julgadoras de concursos ou outras formas de seleção para Assistentes Sociais, ou onde sejam aferidos conhecimentos inerentes ao Serviço Social;

X - coordenar seminários, encontros, congressos e eventos assemelhados sobre assuntos de Serviço Social;

XI - fiscalizar o exercício profissional através dos Conselhos Federal e Regionais;

XII - dirigir serviços técnicos de Serviço Social em entidades públicas ou privadas;

XIII - ocupar cargos e funções de direção e fiscalização da gestão financeira em órgãos e entidades representativas da categoria profissional (BRASIL, 2011).

A partir destas diretrizes legais, para pensar hoje uma atuação competente e crítica do Serviço Social na área da saúde é importante considerar também os Parâmetros para Atuação de Assistente Sociais na Política de Saúde estabelecidos pelo CFESS (BRASIL, 2010, p.15)<sup>12</sup>:

- Estar articulado e sintonizado ao movimento dos trabalhadores e de usuários que lutam pela real efetivação do SUS;
- Facilitar o acesso de todo e qualquer usuário aos serviços de saúde da Instituição, bem como de forma compromissada e criativa não submeter à operacionalização de seu trabalho aos rearranjos propostos pelos governos que descaracterizam a proposta original do SUS de direito, ou seja, contido no projeto de Reforma Sanitária;
- Tentar construir e/ou efetivar, conjuntamente com outros trabalhadores da saúde, espaços nas unidades que garantam a participação popular e dos trabalhadores de saúde nas decisões a serem tomadas;
- Elaborar e participar de projetos de educação permanente, buscar assessoria técnica e sistematizar o trabalho desenvolvido, bem como estar atento sobre a possibilidade de investigações sobre temáticas relacionadas à saúde;
- Efetivar assessoria aos movimentos sociais e/ou aos conselhos a fim de potencializar a participação dos sujeitos sociais contribuindo no processo de democratização das políticas sociais, ampliando os canais de participação da população na formulação, fiscalização e gestão das políticas de saúde, visando o aprofundamento dos direitos conquistados.

---

12 Constitui-se como produto do Grupo de Trabalho “Serviço Social na Saúde”, instituído pelo Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) em 2008, que incorporou nas suas discussões e sistematizações as deliberações do 36º e 37º Encontro Nacional CFESS/GRESS.

## 4 GESTÃO EM SAÚDE

### 4.1 A GESTÃO NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS

O Movimento de Reforma Sanitária, na condição de processo modernizador e “democratizante de transformação nos âmbitos político – jurídico político – institucional e político – operativo, para dar conta da saúde dos cidadãos” (MENDES, 1993, p. 42), politizou-se, ocupando espaços de discussão e planejamento de políticas de saúde, passíveis de influenciar e serem adotadas por governos.

Neste espaço de planejamento e gestão o Assistente Social circula e complementa as funções gerencias, respeitando suas atribuições, mas também se descobrindo dentro do seu saber profissional e assim, promovendo interações entre as pessoas envolvidas de forma ética e comprometida, usando mecanismos que compatibilizam essa participação. Neste contexto as organizações sejam públicas ou privadas buscam sempre formas de melhor liderar os espaços e as pessoas que os compõem, rompendo antigos modelos de gestão.

A Gestão em saúde tem suas origens na Administração Sanitária, que importou da área militar muitos conceitos, como por exemplo: erradicação, controle de risco e controle de vigilância. A Gestão em Saúde vem como uma versão contemporânea dessa Administração Sanitária, dialogando com as ciências sociais, filosóficas, administração, biológicas e humanas (CAMPOS; CAMPOS, 2009).

O tipo de gestão mais adequado para as organizações públicas de serviços de saúde recomenda-se ser o consensual e/ou colegiado. Essa gestão deve reconhecer o papel central dos profissionais. Enfatiza a utilização de mecanismos de tomada de decisões e utiliza-se de uma lógica que preconiza que “os profissionais trabalhem não por obedecer a ordens, mas por responsabilidade” (DUSSAULT, 1992, p. 15).

Neste âmbito cabe definir sobre gerência e gestão. A gerência como a administração de uma unidade ou órgão de saúde (ambulatório, hospital, instituto, fundação, etc) que se caracterizam como prestadores de serviços do SUS. Já a gestão como a atividade e responsabilidade de comandar um sistema de saúde

(municipal, estadual ou nacional) exercendo as funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria (BRASIL, 2003, p. 39).

O Ministério da Saúde, define nos seus parâmetros, para a gestão da Saúde em todos os seus três níveis, Federal, Estadual e Municipal, onde o termo Gestor do SUS, originou-se no Brasil. Amplamente institucionalizado no Brasil entre os gestores da saúde, o Gestor do SUS, exerce um papel ainda mais importante de outros departamentos e ministérios, pois os recursos limitados e alta demanda nacional com a saúde pública exigem do gestor do SUS, assertividade e eficácia na sua gestão.

A Constituição de 1988 estabeleceu algumas diretrizes organizativas para o SUS (Art. 198 da CF), que têm implicações para a forma como as decisões relativas às políticas de saúde são tomadas e implementadas; sendo estes:

I- universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral; IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie; V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde; VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário; VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática; VIII - participação da comunidade; IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo: a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios; b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde; X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico; XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população; XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos (BRASIL, 1990, p. 152).

Além destes aspectos existe ainda a questão política:

A atuação política do gestor do SUS se expressa em seu relacionamento constante com diversos grupos e atores sociais, nos diferentes espaços de negociação e decisão existentes, formais e informais. Os objetivos a serem perseguidos na área da saúde exigem a interação do gestor com os demais órgãos governamentais executivos (por exemplo, outros ministérios ou secretarias de governo), com outros Poderes (Legislativo e Judiciário), com gestores de outras esferas de governo e com a sociedade civil organizada. A atuação técnica do gestor do SUS, permanentemente permeada por

variáveis políticas, se consubstancia por meio do exercício das funções e atribuições na saúde, cujo desempenho depende de conhecimentos, habilidades e experiências no campo da gestão pública e da gestão em saúde. Tais funções podem ser definidas como um conjunto articulado de saberes e práticas de gestão necessários para a condução de políticas na área da saúde (MACHADO; LIMA; BAPTISTA, 2011, p. 50).

Esse processo de governança vai ser instituído pelo as atores que permeiam os espaços e vão configurar uma prática e gestão, que se configura complementarmente em função das mais diversa profissões que compõem a saúde pública. Em se tratando de um sistema único existe uma preocupação de delinear esta forma de gestão que apresentamos abaixo.

Gestão participativa é uma estratégia transversal, presente nos processos cotidianos da gestão do SUS, que possibilita a formulação e a deliberação pelo conjunto de atores no processo de controle social. Requer a adoção de práticas e mecanismos que efetivem a participação dos profissionais de saúde e da comunidade. A gestão estratégica pressupõe a ampliação de espaços públicos e coletivos para o exercício do diálogo e da pactuação das diferenças, de forma a construir um conhecimento compartilhado sobre saúde, preservando a subjetividade e a singularidade presentes na relação de cada indivíduo e da coletividade, com a dinâmica da vida. Esta prática amplia a vocalização das necessidades e dos desejos da população e a escuta dos profissionais e dos serviços, para que o acolhimento e o cuidado tenham significado para ambos.

Sendo assim o Serviço Social na Gestão contribui efetivamente para a consolidação de direito a saúde, transcendendo o conceito de saúde/doença para consolidar-se de acordo com os princípios do SUS. Para desenvolver suas ações, os profissionais buscam se fundamentar na legislação social brasileira, como, por exemplo: Lei Orgânica de Assistência Social, - LOAS, Lei Orgânica da Saúde - LOS e Estatuto da Criança e Adolescente - ECA, Política Nacional do Idoso, Política Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, entre outros. Estas são leis que regulamentam os direitos sociais instituídos na Constituição Federal de 1988 (WAGNER; MUNIZ, 2002). Outro aspecto levantado pelos autores, diz respeito à busca por fundamentação dessa profissão, no Código de Ética profissional e na lei que a regulamenta, levando-a a possuir um compromisso profissional com os direitos sociais, as políticas públicas e a democracia. Pode-se assim, dizer que o Serviço Social se fundamenta em leis que garantem os direitos dos usuários.

Um dos maiores desafios, ao profissional de Serviço Social, o desenvolvimento de sua capacidade de decifrar a realidade e construir propostas criativas e capazes de preservar e efetivar direitos a partir de demandas emergentes do cotidiano (IAMAMOTO, 2004) apontou como Para tanto se exige hoje um trabalhador qualificado na esfera da execução, mas também na formação e gestão de políticas sociais, públicas e empresariais: um profissional propositivo, com sólida formação ética, capaz de contribuir no esclarecimento dos direitos sociais e dos meios de exercê-los, dotado de uma ampla bagagem de informação, permanentemente atualizada, para se situar em um mundo globalizado.

#### 4.2 A COMPREENSÃO DA QUESTÃO SOCIAL E O TRABALHO DO(A) ASSISTENTE SOCIAL NA GESTÃO DA SAÚDE

Ampliar as considerações sobre a Questão Social e sua interface no trabalho do Assistente Social no âmbito da Gestão do Sistema Único de Saúde(SUS), enquanto espaço sócio-ocupacional do Assistente Social e de outros profissionais. Visa contribuir para o fortalecimento dos projetos ético-político profissional do Serviço Social no espaço de gestão desenvolvendo uma reflexão sobre os desafios postos na atualidade para o Serviço Social na área da saúde.

[...] a renovação profissional fez, através da elaboração de seus formuladores, [...] construir um acúmulo no interior do qual é possível reconhecer – insista-se: pela primeira vez na história do Serviço Social nestas plagas – as tendências fundamentais que mobilizam as classes e os grupos sociais brasileiros no enfrentamento dos problemas da economia, da cultura e da história. [...] A renovação profissional, porque foi capaz de sintonizar as (auto) representações do Serviço Social com pluridimensionalidade dos projetos que permeiam a sociedade brasileira, constituiu, em si mesma, a contribuição (nem sempre consciente e voluntária, é verdade) dos assistentes sociais para abrir o caminho ao futuro – de sua profissão e da sociedade (NETTO, 1996, p. 307)

Na saúde, temos que o Serviço Social apoiou sua ação profissional dentro das práticas curativas e burocratizadas, pautando assim suas ações em detrimento da defesa de direitos de uma saúde pública e gratuita, como se destacava no Movimento de Reforma Sanitária. Portanto, de 1974 até 1979, o modelo de Serviço Social da Saúde pouco sofreu alterações, tanto as ações de trabalho, como as publicações acadêmicas revelavam a não alteração do perfil do(a) assistente social. Porém, a publicação da edição de 1979, da revista Serviço Social e Sociedade

revelou um pouco de mudança nesta história, tratando em um de seus textos sobre a participação popular, ideia esta que estava vinculada diretamente com a proposta do movimento de Reforma Sanitária.

Foi na década de 1990, que o Serviço Social na saúde assumiu dois vieses, um que trouxe o fazer profissional visto com o olhar do neoliberalismo, onde o assistente social destacou seu fazer profissional através de ações fiscalizatórias, seletivas e assistencialistas (BRAVO, 2002). O outro viés se destacou por sua ligação com o Projeto de Reforma Sanitária, se busca, por parte do assistente social, o fazer profissional humanizado, democratizante e interdisciplinar, com incentivo à participação.

Para pensarmos a Questão Social é importante refletirmos sobre a contradição capital x trabalho, uma categoria que tem sua especificidade definida no âmbito do modo capitalista de produção. A concepção de questão social mais difundida no Serviço Social é senão as expressões do processo de formação e desenvolvimento da classe operária e de seu ingresso no cenário político da sociedade, exigindo seu reconhecimento como classe por parte do empresariado e do Estado. É a manifestação, no cotidiano da vida social, da contradição entre o proletariado e a burguesia, a qual passa a exigir outros tipos de intervenção mais além da caridade e repressão (CARVALHO; IAMAMOTO, 1983, p.77).

Nesta perspectiva podemos refletir também sobre a concepção da questão social é a aporia das sociedades modernas que põe em foco a disjunção, sempre renovada, entre a lógica do mercado e a dinâmica societária, entre a exigência ética dos direitos e os imperativos de eficácia da economia, entre a ordem legal que promete igualdade e a realidade das desigualdades e exclusões tramada na dinâmica das relações de poder e dominação (TELES, 1996, p. 85).

A questão social é mais do que as expressões da pobreza, miséria e exclusão. Condensa a banalização do humano, que atesta a radicalidade da alienação e a invisibilidade do trabalho social e dos sujeitos que o realizam na era do capital fetiche (IAMAMOTO, 2015, p. 125).

A questão social, tal como a entendemos, é a expressão das desigualdades sociais produzidas e reproduzidas na dinâmica contraditória das relações sociais, e, na particularidade atual, a partir das configurações assumidas pelo trabalho e pelo Estado, no atual estágio mundializado do capitalismo contemporâneo. Não sendo uma questão recente, como vimos, mas inscrita na dinâmica histórica das relações



sociais capitalistas, sua (re)produção, formas de permanência e metamorfoses precisam ser apreendidas a partir das novas configurações e mediações sociopolíticas – nacionais e internacionais – próprias da sociedade contemporânea. (RAICHELIS, 2016)

Sendo assim, a questão social é a manifestação da contradição capital X trabalho dentro de uma sociedade capitalista que explora a classe trabalhadora dentro de um modelo conjuntural de desmonte da proteção social, com foco apenas em assegurar os meios de produção. Se expressa de várias maneiras refletindo as desigualdades geradas que atingem e corroem os direitos sociais frente ao liberalismo do mercado. Se reforça como resistência frente do desmonte dos mínimos sociais.

Neste cenário, a questão social é uma categoria que expressa a contradição fundamental do modo capitalista de produção. Contradição, esta, fundada na produção e apropriação da riqueza gerada socialmente: os trabalhadores produzem a riqueza, os capitalistas se apropriam dela. É assim que o trabalhador não usufrui das riquezas por ele produzidas.

O agravamento da questão social é produto desse amplo processo e indissociável da responsabilidade pública dos governos de garantir trânsito livre para o capital especulativo, transferindo lucros e salários do âmbito da produção para a esfera da valorização financeira (IAMAMOTO, 2004, p. 25). Sendo que a mundialização unifica, dentro de um mesmo movimento, processos que tendem a “ser tratados pelos intelectuais de forma isolada e autônoma: a ‘reforma’ do Estado, a reestruturação produtiva, a ‘questão social’ e a ideologia neoliberal e concepções pós-modernas” (RAICHELIS, 2016, p. 19).

E é nesta análise da sociedade que ressaltamos que a questão social adquire centralidade no exercício profissional do Assistente Social, uma vez que o mesmo vai intervir no âmbito das suas expressões tradicionais e novas, consideradas como manifestação de um tipo de relação de subalternidade do trabalho ao capital.

A inserção de assistentes sociais nas diversas políticas setoriais vem evidenciando complicações na definição do papel desses profissionais nas equipes multiprofissionais. A postulação da interdisciplinaridade como critério nos processos de trabalho nas políticas sociais, principalmente nos serviços sociais, tem demandado, cada vez mais, uma definição do que compete aos distintos

profissionais (IAMAMOTO, 2004, p. 25). Discutir a prática dos assistentes sociais no âmbito da política social não se confunde com o debate da prática profissional no campo de conhecimento do Serviço Social. Ainda que a intervenção do assistente social no campo da política social seja determinada pelo *ethos* profissional, ela se recobre de predicados que vão exigir não somente uma disposição a determinado projeto profissional. Exige também saber, como colocar este projeto em movimento num espaço onde a autonomia é relativa.

Nesse contexto, as condições concretas para o trabalho profissional estão cada vez mais tensionadas pela ampliação de serviços e de demandas, mas sem a correspondente designação de recursos materiais, financeiros e humanos necessários à manutenção da qualidade do que é prestado à população usuária. Isso acaba impactando nas condições para o exercício profissional, pois as instituições sociais são mediações fundamentais para a participação do Serviço Social no atendimento das demandas incorporadas pelas políticas sociais. Tem se, portanto, repercussões para as relações de trabalho dos/as assistentes sociais, como também para o exercício de suas atribuições, o que irá repercutir diretamente nos serviços prestados (BRASIL, 2011).

O campo da Gestão ao qual estamos nos referindo está diretamente ligado ao campo da Saúde Pública. As intervenções são interdisciplinares nas quais trabalham assistentes sociais e outros profissionais. Temos então que no campo da Saúde Pública a intervenção está associada a ações voltadas a fatores que condicionam o processo saúde doença das diversas populações, concentrando Vigilância em Saúde<sup>13</sup> e Promoção em Saúde<sup>14</sup>. No campo da Gestão em Saúde as intervenções estão associadas a ações com as Políticas Sociais, quer sejam elas Públicas ou Privadas.

A contribuição do profissional de Serviço Social na gestão e no planejamento busca a intersectorialidade, na perspectiva de conceber a saúde no âmbito da Seguridade Social. Outra demanda que vem sendo colocada aos assistentes sociais

---

13 A Vigilância em Saúde compreende ações de análise as situações de saúde. Amplia o objeto da Vigilância Epidemiológica, pois abarca não somente as doenças transmissíveis, como também o enfrentamento dos problemas. Em suas subdivisões podemos ter: Vigilância Epidemiológica; Ambiental; Sanitária e Saúde do Trabalhador.

14 A Promoção em Saúde é uma estratégia de articulação transversal na qual se confere visibilidade aos fatores que colocam a saúde da população em risco e às diferenças entre necessidades, territórios e culturas presentes no nosso País, visando à criação de mecanismos que reduzam as situações de vulnerabilidade, defendam radicalmente a equidade e incorporem a participação e o controle sociais na gestão das políticas públicas (BRASIL, 2006).

é a sua inserção nos processos de auditoria de gestão, a partir do monitoramento, investigação, regulação e avaliação dos serviços prestados, com o objetivo da melhoria da qualidade dos serviços, buscando superar os impasses vividos na política de saúde.

A reestruturação dos processos de trabalho e das formas de gestão tem impactado as instituições de saúde com uma ampla movimentação dos espaços ocupacionais, fruto das mudanças macroscópicas. Nessa direção, diversas formas de terceirização e novos modelos de gestão contidos na contrarreforma do Estado estão sendo propostas e que são contrários ao SUS constitucional. Eles ampliam a ação do mercado no setor, como por exemplo as Fundações de Direito Privado e Organizações Sociais. As entidades de Serviço Social, coerentes com o seu posicionamento ético-político são contrárias a essas proposições<sup>15</sup>.

Considera-se importante a inserção dos assistentes sociais nos espaços de gestão e planejamento e a realização de investigação, tendo como diretriz o projeto ético-político profissional<sup>16</sup>, com vistas às seguintes ações:

- Elaborar planos e projetos de ação profissional para o Serviço Social com a participação dos assistentes sociais da equipe;
- Contribuir na elaboração do planejamento estratégico das instituições de saúde, procurando garantir a participação dos usuários e demais trabalhadores da saúde inclusive no que se refere à deliberação das políticas;
- Participar da gestão das unidades de saúde de forma horizontal, procurando garantir a inserção dos diversos segmentos na gestão;
- Elaborar o perfil e as demandas da população usuária por meio de documentação técnica e investigação;
- Identificar as manifestações da questão social que chegam aos diversos espaços do Serviço Social por meio de estudos e sistema de registros;
- Realizar a avaliação do plano de ação por meio da análise das ações realizadas pelo Serviço Social e pela instituição (em equipe) e os resultados alcançados;

---

15 Granemann (2008) afirma que a contrarreforma iniciada no governo Fernando Henrique Cardoso permitiu à iniciativa privada transformar quase todas as dimensões da vida social em negócios, permitindo a entrega das estatais ao mercado pela via das privatizações. O projeto de Fundação Estatal de Direito Privado, apresentado no governo Lula, é uma atualização das parcerias público-privado, das Organizações Sociais, das Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público e das Fundações de Apoio que tentam privatizar o serviço público. As reduções do Estado para o trabalho em nome da eficácia e eficiência do serviço ao público significam o aumento do Estado para o capital, ou seja, a privatização.

16 Tem-se verificado que os profissionais do Serviço Social, ao assumirem ações na gestão, tendem a não reconhecer seus objetos de trabalho e as funções exercidas como matéria e atribuições do assistente social, resvalando para uma discussão desprofissionalizante que pode desdobrar-se em um esvaziamento da reflexão profissional e em uma crise de identidade quanto à profissão (IAMAMOTO, 2002).

- Participar nas Comissões e Comitês temáticos existentes nas instituições, a saber: ética, saúde do trabalhador, mortalidade materno-infantil, DST/AIDS, humanização, violência contra a mulher, criança e adolescente, idoso, entre outras, respeitando as diretrizes do projeto profissional do Serviço Social;
- Realizar estudos e investigações com relação aos determinantes sociais da saúde;
  - Identificar e estabelecer prioridades entre as demandas e contribuir para a reorganização dos recursos institucionais por meio da realização de pesquisas sobre a relação entre os recursos institucionais necessários e disponíveis, perfil dos usuários e demandas (reais e potenciais);
- Participar de estudos relativos ao perfil epidemiológico e condições sanitárias no nível local, regional e estadual;
- Realizar investigação de determinados segmentos de usuários (população de rua, idosos, pessoas com deficiências, entre outros), objetivando a definição dos recursos necessários, identificação e mobilização dos recursos existentes e planejamento de rotinas e ações necessárias;
- Fortalecer o potencial político dos espaços de controle social por meio de estudos em relação aos mesmos a fim de subsidiá-los com relação às questões enfrentadas pelos conselhos na atualidade;
- Participar de investigações que estabeleçam relações entre as condições de trabalho e o favorecimento de determinadas patologias, visando oferecer elementos para a análise da relação saúde e trabalho;
- Realizar estudos da política de saúde local, regional, estadual e nacional.
- Fornecer subsídios para a reformulação da política de saúde local, regional, estadual e nacional, a partir das investigações realizadas;
- Criar estratégias e rotinas de ação, como por exemplo fluxogramas e protocolos, que visem à organização do trabalho, à democratização do acesso e à garantia dos direitos sociais;
- Integrar a equipe de auditoria, controle e avaliação, visando à melhoria da qualidade dos serviços prestados, tendo como referência os projetos da reforma sanitária e o ético-político profissional;
- Sensibilizar os gestores da saúde para a relevância do trabalho do assistente social nas ações de planejamento, gestão e investigação (BRASIL, 2011, p. 23-24).

Para nos guiar nesta reflexão segue o próximo capítulo a metodologia usada neste estudo para guiar nossas análises.

## 5 O CAMINHO METODOLÓGICO DA PESQUISA

### 5.1 MÉTODO E SUAS CATEGORIAS

Como explica Triviños (1987), a dialética<sup>17</sup> constitui-se de três leis específicas, que, assim como a história da sociedade humana, são extraídas da natureza e estão relacionadas com as fases do desenvolvimento histórico e do pensamento humano: a lei da transformação da quantidade em qualidade, a lei da interpretação dos contrários ou unidade e luta dos contrários e a lei da negação da negação.

Para a realização desta pesquisa de Mestrado, buscou-se referência no Método Dialético-crítico, tendo-se presente as suas categorias integrantes, a contradição, a totalidade, a mediação e a historicidade, que podem ser concebidas como “conceitos básicos que pretendem refletir os aspectos gerais e essenciais do real, suas conexões e relações” (CURY, 1992, p. 21).

Como a dialética trata da “coisa em si”, o pensamento nesse sentido deve distinguir entre a representação e o seu conceito, e como a realidade não se apresenta à primeira vista, escolheram-se como algumas das principais categorias da dialética a contradição, a totalidade, a hegemonia e a mediação, essenciais à compreensão e à análise do real pretendido.

Entende-se por categorias os “[...] conceitos básicos que pretendem refletir os aspectos gerais e essenciais do real, suas conexões e relações” (CURY, 1992, p. 21). Portanto, elas não são explicações em definitivo e tampouco possuem um fim em si mesmas. Correspondem às circunstâncias concretas em um determinado tempo e lugar e servem como instrumentos de compreensão de uma realidade social, porque podem expressar os próprios movimentos do real. Possuem, ainda, concomitantemente, a função de “[...] intérpretes do real e de indicadores de uma estratégia política” (CURY, 1992, p. 21).

---

<sup>17</sup> A partir da dialética, é possível pensar a realidade como um processo histórico e contraditório, em constante transformação, que necessita ser desvelada na sua totalidade para que haja a apreensão do real. Ou seja, “para se agir sobre a realidade, deve-se determinar seus pontos críticos de crise, de transformação em outra coisa; deve-se captar o ponto e o instante em que uma ação suplementar relativamente fraca pode produzir o resultado decisivo” (LEFEBVRE, 1991, p. 215).

A apresentação das categorias só se reveste de sentido quando construídas a partir de um contexto sócio-econômico e político, portanto, historicamente determinado. Por esse motivo, o referencial teórico escolhido para o estudo pretende tratar dos elementos conjunturais fundamentais que darão suporte à análise pretendida desse contexto, buscando, basicamente, um referencial analítico e histórico para a compreensão do contexto ao qual a pesquisa acontece.

No que se refere à categoria contradição, pode-se dizer que a mesma constitui-se como a base conceitual explicativa mais ampla da dialética. A categoria totalidade pode ser compreendida como aquela que possibilita, além da compreensão particular do real, o estabelecimento de uma conexão dialética desse processo particular com outros processos mais amplos, como enfatiza Cury (1991, p. 36).

O conceito de totalidade implica uma complexidade em que cada fenômeno só pode vir a ser compreendido como um momento definido em relação a si e em relação aos outros fenômenos [...] Significa que o fenômeno referido só se ilumina quando referido à essência, ou seja, àqueles elementos que definem sua própria natureza no seu processo de produção. A totalidade, então, só é apreensível através das partes e das relações entre elas.

Nessa perspectiva, Pontes (2000, p. 39), salienta que a totalidade não significa a soma das partes.

[...] mas um grande complexo constituído de complexos menores. Quer dizer: não existe no ser social o elemento simples, tudo é complexidade. Desde o indivíduo, que parece a menor unidade da totalidade social, pode-se dizer que ele mesmo é complexo, portador de variações infinitas e, portanto, de grande complexidade. Cada complexo social ou totalidade parcial se articula em múltiplos níveis e através de múltiplos sistemas de mediações a outros, levando-nos a uma seqüência real e também lógica, para entender a totalidade concreta.

A categoria mediação possibilita a expressão de relações concretas, vinculando, de forma dialética, diferentes momentos com um todo, indicando que nada é isolado (CURY, 1985). Pode-se dizer, ainda, que a mediação possui, entre as categorias citadas, poder de articulação e dinamismo, na medida em que considera-se que o Serviço Social é uma profissão interventiva que, além de possibilitar o conhecimento da realidade complexa, deve poder criar estratégias e/ou meios para que a intervenção profissional possibilite a transformação dessa realidade. Nesse sentido, como enfatiza Pontes (2000), para que a atuação do

Assistente Social seja desenvolvida com êxito, a partir de um referencial que reforce o projeto ético-político crítico da profissão, é necessário que haja,

[...] a (re)construção ontológica de seu objeto de intervenção profissional. Para isso partirse-á da tríade singularidade – universalidade – particularidade, buscando entender o espaço de intervenção do assistente social como um campo de mediações que se estrutura sobre determinações histórico-sociais constitutivas de complexos sociais (PONTES, 2000, p. 43).

Pensar a categoria mediação requer estabelecer uma análise dos fenômenos e dos processos sociais de forma a garantir que se parta de uma situação singular e isolada, reconhecendo-se suas inter-relações mais amplas, que permitam uma avaliação particular a partir de uma visão de totalidade, na qual identificam-se determinados indivíduos ou grupos sociais inseridos em uma realidade global, que interfere na sua situação particular.

Nesse sentido, é necessário que se compreenda que a categoria mediação possui uma relação direta com os processos históricos, pois “A História é o mundo das mediações. E a História, enquanto movimento do próprio real, implica o movimento das mediações” (CURY, 1990, p. 43). A categoria historicidade possibilita a compreensão dos processos de mudanças dos sujeitos, dos fenômenos e dos próprios processos sociais constituídos na sociedade, de forma processual, que provocam mudanças na própria sociedade.

Considerando o tema desta pesquisa, que consiste: *O trabalho do Assistente Social na gestão do SUS no Rio Grande do Sul*, entende-se que a opção pelo método dialético-crítico torna-se essencial para a análise e compreensão do papel deste segmento na sociedade atual, bem como para a identificação de estratégias de intervenção do Serviço Social para com esta realidade.

## 5.2 TIPO DE PESQUISA

Adensar o debate sobre o aprimoramento de estratégias acerca da investigação social, considerando sua relevância para desocultar as múltiplas formas como a questão social se expressa no tempo presente, seja no que concerne às desigualdades, como em relação às estratégias utilizadas pelos sujeitos para enfrentá-la, é de fundamental importância para o Serviço Social. É importante,

porém, que reconheçamos a necessidade de as investigações pautarem-se em fundamentos coerentes com os que orientam a profissão, como de resto, as demais estratégias que materializam valores coletivamente legitimados pelo coletivo profissional, como princípios para o ensino e o trabalho profissional (PRATES, 2012 p. 117).

Baseado nesta concepção o trabalho utilizou uma abordagem qualitativa, portanto com a escolha do método dialético crítico, o estudo desdobrou-se em diferentes momentos metodológicos.

A essência do método dialético-crítico está na transformação da realidade porque têm, na prática, os critérios de verdade e validade do saber. Assim, a pesquisa guiada por esta perspectiva busca contribuir para o enfrentamento de problemáticas concretas, pois “é na práxis que o homem precisa provar a verdade, isto é, a realidade e a força, a terrenalidade do seu pensamento” (MARX; ENGELS, 1989, p. 100). No que se refere à apreensão dos significados atribuídos ao real pelos sujeitos, este método os considera como parte integrante de uma realidade histórica e contraditória. Mais do que somente identificar concepções e representações dos sujeitos sobre o real, esse método e sua teoria dão “uma regra prática: sob o que dizem as pessoas e sob o que pensam de si mesmas, descobrir o que são analisando o que elas fazem” (LEFEBVRE, 1991 p. 65).

Na Teoria social crítica, a interpretação materialista da realidade por meio da dialética é indissociável da apreensão teórica. É na práxis que se apresentam as categorias “teórico-metodológicas” nucleares para a análise e explicação da realidade: totalidade<sup>18</sup>, contradição<sup>19</sup>, historicidade<sup>20</sup>. Portanto, reconhecer a historicidade do “homem e dos fenômenos sociais significa admitir que existem num determinado espaço, num determinado tempo e que suas visões, instituições, leis são provisórias, mutáveis, transformáveis” (PRATES, 2003, p. 193). Quando

---

<sup>18</sup> O conceito de totalidade “implica uma complexidade em que cada fenômeno só pode vir a ser compreendido como um momento definido em relação a si e em relação aos outros fenômenos. [...] A totalidade, então, só é apreensível através das partes e da relação entre elas” (CURY, 1995, p. 36).

<sup>19</sup> Na contradição, o “[...] todo real é um processo que contém, sem encerrar, o possível numa unidade de contrários” (CURY, 1995, p. 31).

<sup>20</sup> A historicidade, como categoria metodológica, é a produção histórica, a expressão da autocriação dos sujeitos que empregam cotidianamente ações para a satisfação de suas diversas necessidades. A realidade, então, só pode ser conhecida em sua totalidade concreta quando se conhece a mesma na dimensão social e histórica compreendendo a unidade dialética da estrutura e superestrutura, em que o homem é reconhecido como sujeito da práxis (CURY, 1995).



articuladas, se estabelece as categorias empíricas ou teórico-metodológicas do método (NETTO, 2011).

Este estudo se caracteriza como qualitativo, considerando “um meio para explorar e para entender o significado que os indivíduos ou os grupos atribuem a um problema social ou humano” (CRESWELL, 2010, p. 26). O autor trás que este processo envolve os dados coletados no ambiente do participante, a análise é realizada das particularidades para os temas gerais e a interpretação dos significados dos dados feita pelo pesquisador, uma vez que a pesquisa qualitativa.

[...] responde a questões muito particulares. Ela se preocupa, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (MINAYO, 2004, p. 22).

A pesquisa qualitativa é uma pesquisa interpretativa, em que o investigador é envolvido, assim, envolvendo questões estratégicas, éticas e pessoais, em que o pesquisador identifica “explícita e reflexivamente seus vieses, seus valores, e suas origens pessoais, tais como gênero, história, cultura e status socioeconômico que podem moldar suas interpretações durante o estudo” (CRESWELL, 2010, p. 211). Entretanto, o pesquisador não pode fazer julgamentos e nem permitir que seus preconceitos e crenças contaminem a pesquisa (GOLDENBERG, 1997). Ou seja, a pesquisa qualitativa se dedica a analisar os significados, compreensão, decisões, vínculos e o contexto social que os indivíduos dão às suas ações (MARTINELLI, 1993). Neste tipo de pesquisa o pesquisador interpreta os resultados atribuindo-lhes um significado, o qual não é neutro, e sim fruto da construção social e humana daquele sujeito.

### 5.3 PROCEDIMENTOS DE COLETA E ANÁLISE DE DADOS

O cenário da pesquisa se deu na Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, a população participante foi de Especialista em Saúde com o cargo de Assistentes Sociais vinculados a gestão e não vinculados a serviços do SUS. Num universo de 89 Assistentes Sociais, a amostra compreendeu 13 profissionais,

por conveniência do tipo intencional (GIL, 2016) conforme critérios de inclusão e exclusão, destes 10 participaram efetivamente da pesquisa.

Como critérios de inclusão foram: - Assistentes Sociais vinculados ao serviço público no âmbito da Secretaria Estadual de Saúde, na gestão do nível central – capital e região metropolitana conforme divisão em Coordenadorias Regionais de Saúde - CRS: 1ª CRS – Porto Alegre, 2ª CRS – Porto Alegre. - Profissionais que tenham pelo menos um ano de experiência na Secretaria Estadual de Saúde. - Profissionais, selecionados conforme critérios de inclusão e exclusão, que ao serem convidados consentirem formalmente em participar da pesquisa.

Como critérios de exclusão foram: Assistentes Sociais vinculados ao serviço público no âmbito da Secretaria Estadual de Saúde, que estão lotados em serviços como: Hospitais, Ambulatórios, Programas de Residência em Saúde, Hemocentros e Municipalizados; e, profissionais em licenças e ou em férias.

A pesquisa foi dividida em três momentos. O primeiro momento a fase exploratória: Leitura sobre as temáticas, foco do estudo com o objetivo de delimitar melhor o problema e construir o referencial teórico; Desenvolver as categorias de análise do referencial dialético crítico; Preparação de instrumentos para coleta de dados documentais; Definição dos documentos a serem pesquisados; Elaboração da Entrevista Semiestruturada; Análise documental. E da coleta de dados nas entrevistas.

Para pensarmos a entrevista é importante refletirmos:

Para Triviões (1987) a entrevista semiestruturada tem como característica questionamentos básicos que são apoiados em teorias e hipóteses que se relacionam ao tema da pesquisa. O foco principal seria colocado pelo investigador-entrevistador.

Para Manzini (1990; 1991) a entrevista semiestruturada está focalizada em um assunto sobre o qual confeccionamos um roteiro de perguntas principais, complementadas por outras questões inerentes as circunstâncias momentâneas à entrevista.

O segundo momento foi a definição dos sujeitos da pesquisa, entre os(as) Assistentes Sociais vinculados a Secretaria Estadual de saúde conforme critérios de inclusão e exclusão; Coleta de dados da Pesquisa; Análise dos dados da Entrevista Estruturada.

Destacamos que as entrevistas foram realizadas de forma virtual em função de que a pesquisa se deu durante a pandemia de COVID- 19.

E terceiro e último momento contém a discussão dos dados analisados na fase anterior e o retorno ao referencial sob uma nova perspectiva à luz das categorias do método, analíticas e operacionais.

No processo de análise dos achados que emergirem da pesquisa utilizaremos análise de conteúdo de Bardin (2010), definida pela autora como:

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens indicadores (quantitativos ou não) que permitam a interferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens (BARDIN, 2010, p.44).

Por meio da análise de conteúdo tornou-se possível destacar as partes dos enunciados e relatos (unidades de significados) que correspondem aos pontos abordados no roteiro orientador da entrevista semiestruturada relatados pelos participantes. Como a entrevista será gravada, esta será transcrita para organizar, analisar e tabular os dados e informações.

A técnica análise de conteúdo pressupõe três momentos que serão seguidos:

1) *Pré –Análise:*

Transcrição das entrevistas; Leitura flutuante, ou seja, um primeiro contato com os documentos que serão submetidos à análise; Organização do material, sistematização das ideias iniciais; Escolha dos documentos mais relevantes; Elaboração dos indicadores que orientarão a interpretação. Com os dados transcritos, inicia-se a leitura flutuante. Em seguida, passa-se a escolha de índices ou categorias, que surgirão das questões norteadoras ou das hipóteses, e a organização destes em indicadores ou temas. Os temas que se repetem com muita frequência são recortados “do texto em unidades comparáveis de categorização para análise temática e de modalidades de codificação para o registro dos dados” (BARDIN, 2010, p.100).

2) *Exploração do material:*

*São escolhidas as unidades de codificação* (compreende a escolha de unidades de registro) e recorte; a seleção de regras de contagem

(enumeração) e a escolha de categorias (classificação e agregação) rubricas ou classes que reúnem um grupo de elementos (unidades de registro) em razão de características comuns.

*Classificação semântico*, agrupar pelo sentido das palavras; agrupar as perturbações da linguagem tais como perplexidade, hesitação, embaraço, outras, da escrita, etc.

*Categorização*, permite reunir maior número de informações à custa de uma esquematização e assim correlacionar classes de acontecimentos para ordená-los. Com a unidade de codificação escolhida, o próximo passo será a classificação em blocos que expressem determinadas categorias.

### 3) *Tratamento dos resultados (a inferência e interpretação):*

Calcado nos resultados brutos, o pesquisador procurara torná-los significativos e válidos. Esta interpretação deverá ir além do conteúdo manifesto dos documentos, pois, interessa ao pesquisador o conteúdo latente, o sentido que se encontra por trás do imediatamente apreendido. Passa-se à interpretação de conceitos e proposições.

Voltar atentamente aos marcos teóricos, pertinentes à investigação, pois eles dão o embasamento e as perspectivas significativas para o estudo.

A partir das transcrições, foram indicadas e selecionadas as unidades de valor, como é preconizado pela análise de conteúdo. Após a identificação se revelaram as categorias emergentes, com o objetivo de desvendar os aspectos identificados na pesquisa.

As categorias não se apresentam como formas puras, são relativas simultaneamente ao real e ao pensamento. Se consideradas isoladas, tornam-se abstratas. Existem como forma de relação entre os fenômenos, expressando a estrutura das relações existentes entre eles. Revelam-se comprometidas a partir de uma determinada visão de homem e de mundo, e seu uso já expressa a intencionalidade que as informa, caracterizando-se por uma tomada de posição frente ao real-concreto.

A categoria enquanto contribuição para investigar a realidade serve como instrumento de análise quando se pretende uma ação social transformadora, tendo em vista que a análise também faz parte dessa ação. Logo, a dialética não visa

apenas conhecer e interpretar o real, “[...] oculto pela pseudoconcreticidade” (KOSIK, 1995, p. 23), mas, fundamentalmente, transformá-lo. Por esse motivo, só se reveste de sentido quando é um momento da práxis social, porque o importante para a dialética é a crítica e o conhecimento também crítico voltados para uma prática que altere e pretenda transformar a realidade anterior. Por isso, a dialética considera “[...] a ação como a categoria epistemológica fundamental” (FAZENDA, 1994, p. 102), conforme sistematizado no Quadro 1.

<b>Quadro 1. Categorias de Análise a partir das Categorias de Marx</b>	
<b>Categorias de Análise</b>	
<b>Categorias do Método</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Historicidade</li> <li>• Totalidade</li> <li>• Contradição</li> <li>• Mediação</li> </ul>
<b>Categorias Analíticas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trabalho do(a) Assistente Social na gestão</li> <li>• Gestão do SUS</li> </ul>
<b>Categorias Operacionais</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Formação Curricular</li> <li>• Habilidades e Competências</li> <li>• Atribuições interdisciplinares no SUS</li> <li>• Formação em Gestão</li> </ul>
<b>Categorias Empíricas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dados primários que surgem do objeto de estudo.</li> </ul>
Fonte: Elaborado pela autora.	

### 5.3.1 Questão Ética da Pesquisa

Os aspectos éticos perpassaram todo o processo da pesquisa, desde a escolha dos referenciais teóricos que fortalecem o debate sobre a atuação do Assistente Social na gestão do SUS. O projeto de pesquisa passou pela Banca de Qualificação e a após foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul pelo telefone (51) 3308-5698 e/ou endereço: Rua Ramiro Barcelos, 2600, Bairro Santa Cecília - Porto

Alegre/RS. E-mail: [cep-psico@ufrgs.br](mailto:cep-psico@ufrgs.br) conforme apêndice 4 com o Parecer Consubstanciado do CEP.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que se encontra no Apêndice A, trata sobre: o objetivo central do projeto de pesquisa; a participação voluntária destes sujeitos; da condição de anonimato das informações prestadas; e dos possíveis riscos que podem ocorrer a partir da sensação de incomodo ao responder as questões propostas, onde os participantes podem abandonar a pesquisa a qualquer momento e os cuidados que a pesquisadora terá com os sujeitos envolvidos.

Um dos aspectos fundamentais é a devolução dos resultados da pesquisa, serão apresentados os principais achados do estudo e enviada cópia desta dissertação para as colegas Assistentes Sociais envolvidas na pesquisa. Para fins de divulgação acadêmico-científica, um artigo foi submetido à publicação. No próximo capítulo, será apresentada a análise dos dados empíricos coletados no decorrer da pesquisa, relacionando-os ao contexto mais amplo e procedendo à sua mediação com os referencias teóricos.

## 6. DESVENDANDO A REALIDADE

Este capítulo refere-se aos dados obtidos com a pesquisa, a partir da aplicação da técnica de análise de conteúdo. Esses dados encontram-se divididos em três subtítulos por motivos didáticos, sendo apresentados de forma categorizada; e o conteúdo expresso nas categorias construídas representa a elaboração do resultado das respostas obtidas dos sujeitos da pesquisa.

<b>Quadro 2 Categorias de análise do Projeto de Pesquisa</b>			
<b>Subtítulo</b>	<b>Categorias Iniciais</b>	<b>Categoria Intermediária</b>	<b>Categoria Final</b>
6.1 As características profissionais dos(as) assistentes sociais vinculados a gestão de políticas, programas e projetos no SUS do Rio Grande do Sul	<ul style="list-style-type: none"> <li>Os(As) Assistentes Sociais na Gestão do SUS no RS</li> </ul>	A intencionalidade do Trabalho do(a) Assistente Social na Gestão do SUS no RS	O(A) Assistente Social na Gestão do SUS no RS
	<ul style="list-style-type: none"> <li>A Formação Curricular e sua aplicação no cotidiano da Gestão do SUS no RS</li> </ul>		
6.2 Atribuições que são inerentes ao trabalhador da gestão do SUS no SUS do Rio Grande do Sul	<ul style="list-style-type: none"> <li>As diferentes visões sobre as atribuições interdisciplinares para a Gestão do SUS no RS</li> </ul>		
6.3 As competências, dificuldades e contribuições do trabalho do(a) assistente social na gestão de políticas, programas e projetos no SUS do Rio Grande do Sul	<ul style="list-style-type: none"> <li>As habilidades estabelecidas para a profissão no espaço de Gestão do SUS no RS</li> </ul>		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Os desafios do(a) Assistente Social na Gestão do SUS no RS</li> </ul>		

Fonte: Elaborado pela autora.

As categorias iniciais constituíram-se a partir das idéias-chave que nortearam a pesquisa e foram construídas durante a análise dos dados e que estão contidas nos enunciados dos assistentes sociais, as quais foram agrupadas em unidades de contexto mais amplo. Através de um aprofundamento da análise no sentido da superação, obteve-se um novo reagrupamento mais abrangente, as categorias intermediárias. Procurou-se, ainda, pelo retorno à teoria, para sua adequação no confronto com os dados, avançar na análise no sentido de que, num esforço maior de síntese, pudessem emergir a categoria final.

Os Subtítulos 6.1, 6.2 e 6.3 estão estruturados para dar resposta as questões estabelecidas no início da pesquisa, representam um retorno ao todo, agora acrescido e modificado, com uma outra leitura a partir da prática social obtida pelo processo de pesquisa.

No início de cada item dos subtítulos, são apresentados quadros parciais do conjunto da análise, que indicaram as categorias a serem trabalhadas, possibilitando, também, a compreensão do como estas foram sendo construídas.

Nas categorias construídas estão contidos os enunciados dos sujeitos, que configuram a visão destes, no início deste capítulo, nos detemos a expor a realidade ao qual a pesquisa se desenvolveu.

Destaca-se que no quadro 1 temos as categorias a partir do referencial teórico e no quadro 2 trazemos as categorias a luz da teoria. As categorias empíricas e operacionais tornam-se a partir da análise dos dados as categorias iniciais onde podemos olhar a fundo os dados obtidos em cada um dos itens abordados. Nas categorias intermediária e final podemos identificar as categorias analíticas e todos os dados ao serem iluminados pela teoria irão refletir as categorias do método.

Um novo cenário se apresentou durante a realização da pesquisa, a pandemia de Covid-19, causada pelo vírus SARS-CoV-2 ou Novo Coronavírus, que vem produzindo repercussões não apenas de ordem biomédica e epidemiológica em escala global, mas também repercussões e impactos sociais, econômicos, políticos, culturais e históricos sem precedentes na história recente das epidemias.

A estimativa de infectados e mortos concorre diretamente com o impacto sobre os sistemas de saúde, com a exposição de populações e grupos vulneráveis, a sustentação econômica do sistema financeiro e da população, a saúde mental das pessoas em tempos de confinamento e temor pelo risco de adoecimento e morte,



acesso a bens essenciais como alimentação, medicamentos, transporte, entre outros.

Além disso, a necessidade de ações para contenção da mobilidade social como isolamento e quarentena, bem como a velocidade e urgência de testagem de medicamentos e vacinas evidenciam implicações éticas e de direitos humanos que merecem análise crítica e prudência.

Partindo-se da perspectiva teórica de que as enfermidades são fenômenos a um só tempo biológicos e sociais, construídos historicamente mediante complexos processos de negociação, disputas e produção de consensos, objetivo das atividades deste eixo envolve compreender e responder parcialmente aos desafios colocados pela pandemia, organizando uma rede de pesquisadores do campo das ciências sociais e humanidades visando a investigação, resposta e capacitação como estratégias para o enfrentamento do Covid-19 no Brasil.

A quarentena imposta, auto-isolamento e outras restrições de movimento se tornaram comuns em diversos países diante da pandemia do novo coronavírus. Estima-se que haja ao menos 2,8 bilhões de pessoas vivendo sob algum tipo de restrição de movimento ou acesso a serviços. Entretanto, o impacto do isolamento social é diferente de país para país, agora e a longo prazo. Acredita-se que sociedades mais "abertas", como o Brasil, lidem com a condição de isolamento sob mais estresse e tensões, do que sociedades mais "fechadas", como o Japão, pois os impactos sociais, econômicos, políticos, culturais e históricos serão distintos.

A realização do projeto de pesquisa: O trabalho do(a) Assistente Social na gestão do SUS no Rio Grande do Sul, durante a pandemia foi um grande desafio, pois centrar ações para realizar a pesquisa fez com que a mobilização aos profissionais envolvidos fosse ainda maior, pois o foco na pandemia trouxe uma exigência de dedicação e desgaste dos profissionais de saúde muito intensa, mesmo que esta pesquisa está centrada na parte da gestão e não envolveu diretamente os profissionais que estão a frente dos serviços que atendem a pandemia todos estão com incansáveis demandas para enfrentamento do COVID 19.

Destacamos que da amostra inicial prevista de treze entrevistas foram realizadas dez. Neste contexto duas profissionais que compunham a amostra se aposentaram e uma não aderiu a pesquisa. Reflexo importante da conjuntura atual que é a crescente procura pela aposentadoria no Rio Grande do Sul, por parte dos

servidores estaduais, que se deve ao receio de serem atingidos pelas novas regras que foram propostas pelo governo no ano de 2019 e que foram votadas pela Assembléia. Algumas delas já aprovadas que trazem perdas no processo de carreira do servidor. O pico de novos processos, a partir do mês de outubro de 2019, também ocorreu em função da Reforma da Previdência aprovada pelo Congresso, que acarreta perdas de direitos e para aqueles que já tinham tempo de serviço suficiente aposentar-se foi a alternativa para proteger direitos adquiridos.

A necessidade de considerarmos estes aspectos da conjuntura do trabalho é de fundamental importância vista que o trabalhador vem constantemente sendo afetado por um sistema que visa o lucro em detrimento da qualidade do serviço prestado, a precarização do trabalho, que corrompe e é corrompido atingindo sempre os que mais precisam, acirrando as desigualdades impostas no mundo do trabalho sendo na esfera pública ou privada. Mas o momento exige também uma reflexão da sociedade sobre o papel desta categoria que, nos últimos anos, tem experimentado profundas mudanças na produção e oferta de serviços. Entre outras demandas, o setor trabalha com a perspectiva de desvalorização do servidor, o que tem se mostrado como algo que impacta diretamente na qualidade do serviço público e, conseqüentemente, na consolidação das diversas Políticas Públicas insuficientes e inoperantes. Estas reformas constitucionais – administrativa e previdenciária –, os governos, federal, estaduais e municipais, movidos por uma visão puramente empresarial da coisa pública, no contexto de uma economia globalizada, perderam o referencial, não enxergando, com nitidez, a fronteira entre o certo e o errado, o legítimo e o ilegítimo, o justo e o injusto, ao ponto, até, de confundir o lícito com o ilícito.

Nesta análise inicial do processo de pesquisa podemos identificar uma das categorias do método dialético. Para interpretar a sociedade e os fenômenos particulares que constituem a história, ou seja, apoiar-se na análise crítica do movimento do real, do ser social, da produção da totalidade concreta, da dinâmica contraditória constituída pelos processos sociais, políticos e econômicos típicos da sociedade capitalista deve-se fundamentar-se no método crítico-dialético para que possamos considerar também as particularidades da formação social e histórica da sociedade brasileira na determinação das expressões da questão social. Parte do entendimento de que a história não se resume a um compilado de fatos seqüências pré-determinados pela fatalidade casual, mas, resulta das relações políticas,

econômicas e sociais estabelecidas pelas sociedades na qual o Serviço Social está inserido, portanto, faz-se necessário compreender e interpretar as determinações históricas e as multicausalidades.

O desenvolvimento teórico-metodológico apoiado na abordagem críticoanalítica possibilita ao assistente social a compreensão dos processos e elementos da realidade social que constituem o cotidiano de trabalho do profissional. Propicia, assim, os elementos teóricos para identificar, no âmbito sócio-institucional, as correlações de forças existentes que interferem diretamente na realização do trabalho profissional. Iamamoto (2015, p. 63) aponta que as bases teórico-metodológicas “são recursos essenciais que o assistente social aciona para exercer o seu trabalho: contribuem para iluminar a leitura da realidade e imprimir rumos a ação, ao mesmo tempo em que a moldam”. Assim, o conhecimento não é só um verniz que se sobrepõe superficialmente à prática profissional, podendo ser dispensado; mas é um meio pelo qual é possível decifrar a realidade e clarear a condução do trabalho a ser realizado. Nessa perspectiva, o conjunto de conhecimento e habilidades adquiridos pelo assistente social ao longo de seu processo formativo é parte do seu acervo e de seus meios de trabalho.

### 6.1 AS CARACTERÍSTICAS PROFISSIONAIS DOS(AS) ASSISTENTES SOCIAIS VINCULADOS A GESTÃO DE POLÍTICAS, PROGRAMAS E PROJETOS NO SUS DO RIO GRANDE DO SUL

Neste subtítulo iremos nos deter na análise das categorias iniciais que constam no quadro abaixo:

<b>Quadro 3. Categorias iniciais da análise I</b>	
<b>Categorias Iniciais</b>	<b>Categoria Intermediária</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Os(As) Assistentes Sociais na Gestão do SUS no RS.</li> <li>• A Formação Curricular e sua aplicação no cotidiano da Gestão do SUS no RS.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A intencionalidade do Trabalho do(a) Assistente Social na Gestão do SUS no RS.</li> </ul>

Fonte: Elaborado pela autora.

Neste contexto da pesquisa podemos caracterizar o perfil dos entrevistados, destacamos que das dez entrevistas temos uma amostra 100% feminina o que nos remete aos primórdios da profissão de Serviço social que é serem extremamente femininas as origens da profissão, que segundo Iamamoto (2015, p. 104) tem um “contingente profissional, hoje proveniente de segmentos médios pauperizados, com um nítido recorte de gênero: uma categoria profissional predominantemente feminina, uma profissão tradicionalmente de mulheres e para mulheres”.

A condição feminina para o Serviço Social é uma das bases da identidade profissional, contudo não se pode desconsiderar ou desvalorizar o contingente masculino, que tem nítida representação minoritária. Não se deve esquecer que se tem atrelada a Identidade do profissional à herança do feminino; tem-se também a imagem social da mulher construindo essa identidade, com toda discriminação que é imposta a ela no mercado de trabalho, como por exemplo: os critérios de renda, qualificação e remuneração (IAMAMOTO, 2015).

Isso nos leva a identificar os resquícios do início da profissão até hoje, pois ter emergido de um contexto religioso tem sua força no feminino e neste contexto social, podemos retroceder na história no contexto político e econômico do Brasil da década de 1930 onde são instituídas as bases para implantação do Serviço Social. O Serviço Social, como prática social surgirá como um departamento especializado da Ação Social (IAMAMOTO; CARVALHO, 2014), da Igreja Católica, que objetivava retomar sua influência no cenário brasileiro; inicia-se um processo da reformulação das práticas políticas religiosas, processo esse liderado pela alta hierarquia da Igreja, desde a segunda metade da República Velha.

As atividades políticas religiosas, instituídas pela Igreja, vão determinar o desenvolvimento e a realização de ações sociais especializadas para atenderem o engajamento político e social da Igreja Católica na sociedade brasileira que, enquanto Instituição Social, se faz presente na dinâmica antagônica da sociedade de classes. E por ser uma iniciativa da Igreja, as primeiras formas (IAMAMOTO; CARVALHO, 2014), do Serviço Social serão formadas por grupos e frações de classes vinculadas à ordem societária vigente e que se engajaram no movimento católico leigo.

Assim, o Serviço Social, enquanto conjunto de atividades legitimadas e reconhecidas dentro da divisão social do trabalho, inicialmente, fundamenta-se sobre a doutrina social da Igreja Católica e fica a frente de demandas políticas e

sociais emergentes da classe dominante que, conjuntamente com o Estado, passará a implementar uma série de ações políticas e práticas para garantir o controle da classe operária.

#### 6.1.1 Tempo de Vinculação dos entrevistados no espaço de Gestão do SUS no RS

Podemos observar o tempo de vinculação dos trabalhadores na Gestão do SUS no RS. Hoje, os profissionais mudam de emprego várias vezes, contrapondo a segurança garantida pelos empregadores de anos atrás. No nosso caso estamos olhando para trabalhadores do serviço público que permanecem praticamente todo o período da sua vida laboral no mesmo vínculo. Acredita-se na importância de seus papéis no desenvolvimento do serviço público ao longo do tempo, pois perceberam que seus objetivos são correspondidos a permanência, consiste na vedação da interrupção total ou parcial dos Serviços Públicos oferecidos à população e demais usuários.

#### Quadro 4. Tempo de vinculação na SES

<b>Entrevistados</b>	<b>E1</b>	<b>E2</b>	<b>E3</b>	<b>E4</b>	<b>E5</b>	<b>E6</b>	<b>E7</b>	<b>E8</b>	<b>E9</b>	<b>E10</b>
Ano de ingresso na SES	2013	2006	2006	2004	2018	2014	2014	2007	1993	2001
Tempo de Serviço	6 anos	3 anos	11 anos	15 anos	2 anos	6 anos	6 anos	13 anos	21 anos	19 anos

Fonte: Elaborado pela autora.

Segundo Iamamoto (2015, p. 119): "o setor público tem sido o maior empregador de assistentes sociais, sendo a administração direta a que mais emprega, especialmente na esfera estadual, seguida da municipal". Constata-se uma clara tendência à municipalização da demanda o que coloca a necessidade de maior atenção à questão regional e ao poder local.

#### 6.1.2 A Formação em Serviço Social e sua contribuição para vincular-se a trabalho na Gestão

Ao pensarmos sobre formação dos profissionais busca-se refletir o quanto esta categoria de análise possibilitou conhecimento de saberes pra gestão da profissão e aqui nesta pesquisa, não aprofundaremos a análise de currículo da profissão, pois caracterizaria outra estudo e sim o espaço sócio-histórico, a profissão de Assistente social inserida no contexto da política de Saúde refletindo sobre o processo de trabalho.

Considerando as particularidades que permeiam o estudo da gestão no Serviço Social, especialmente, sobre o processo de gestão no trabalho do assistente social, faz-se necessário construir uma reflexão específica para apreender as categorias de análise teórico-metodológicas que fundamentam a compreensão do “[...] Serviço Social como uma especialização do trabalho coletivo, na divisão social e técnica do trabalho, partícipe do processo de produção e reprodução das relações sociais [...]” (IAMAMOTO, 2015, p. 84).

Entende-se que para fundamentar o estudo da gestão no Serviço Social, primeiramente, é preciso compreender o significado social da profissão e sua legalidade histórica, a partir do conjunto de determinantes sócio-históricos, os quais possibilitaram a emergência do trabalho profissional como prática institucionalizada e socialmente legitimada na sociedade capitalista brasileira. Bem como, para apreender as particularidades permeadas no processo de institucionalização da profissão e que foram determinantes para a “[...] „definição” do „tipo” de atividades que foram tradicionalmente atribuídas aos assistentes sociais [...]” (IAMAMOTO, 2015, p. 183).

<b>Quadro 5. Tempo de formação</b>			
<b>Entrevistados</b>	<b>Ano de formação</b>	<b>Tempo de formação</b>	<b>Local de Formação</b>
<b>E1</b>	2011	9 anos	UNICAMP
<b>E2</b>	2006	14 anos	ULBRA
<b>E3</b>	2006	14 anos	ULBRA
<b>E4</b>	1995	25 anos	PUCRS
<b>E5</b>	1991	27 anos	UCPEL
<b>E6</b>	2013	7 anos	UNISINOS
<b>E7</b>	2007	13 anos	ULBRA
<b>E8</b>	2004	16 anos	PUCRS

<b>E9</b>	1979	42 anos	PUCRS
<b>E10</b>	1988	31 anos	ULBRA

Fonte: Elaborado pela autora.

Para contribuir na análise é importante identificar dentro da amostra o tempo de formação dos entrevistados um fator que poderá contribuir nas análises, pois podemos caracterizá-la como variada neste determinante. Observemos o quadro abaixo para que possamos refletir:

Observa-se que 20% da amostra tem menos de dez anos de formação, 40% das entrevistadas tem mais de dez anos de formação, outros 20% tem mais de vinte anos de formação e com mais e trinta anos de formação temos 20% da amostra. Importante nos determos que o local de formação também é múltiplo e com isto somado aos diferentes currículos podemos identificar as diferenças de análise quanto a inserção da temática da gestão no processo acadêmico, o que fica bastante evidenciado nas falas abaixo:

E2: Muito pouco, assim, na verdade, eu me lembro de muito pouco, sabe? Quando eu saí da graduação, eu fui direto, né, e minha carreira, vamos dizer assim, toda é na política de assistência social, né. Então a saúde está sendo algo novo pra mim e muito diferente, porque eu tava acostumada com a ponta, na assistência, como a gente chama na saúde, né, que é na ponta. Então tá sendo uma novidade pra mim, ainda mais com os servidores, assim. O ritmo de trabalho, até os próprios afazeres, então tá sendo bem diferente pra mim e acho que a graduação introduz muito pouco pra isso.

Assim como corrobora mais uma das entrevistadas:

E5: Acho que não especificamente, né. Eu lembro muito das aulas de planejamento em serviço social, de estatística... E outras, mas essas me chamavam mais atenção, mas acho que a formação depois da graduação, né, no pós, ela contribuiu mais pra me dar uma visão maior do que seria isso, né. Muito aprendi em 2001, quando eu fui pro estado, foi em função de colegas que eu tive no DAS. Os colegas do DAS me passaram muito do que eu aprendi em termos de gestão, assim, de uma forma mais macro, aprendi diretamente de colegas que tive naquela época.

## 6.2 ATRIBUIÇÕES QUE SÃO INERENTES AO TRABALHADOR DA GESTÃO DO SUS

No Quadro 6 destaca-se neste subtítulo mais uma categoria inicial da análise:

<b>Quadro 6. Categorias iniciais de análise II</b>	
<b>Categorias Iniciais</b>	<b>Categoria Intermediária</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• As diferentes visões sobre as atribuições interdisciplinares para a Gestão do SUS</li> </ul>	A intencionalidade do Trabalho do(a) Assistente Social na Gestão do SUS

Fonte: Elaborado pela autora.

Para pensar as atribuições inerentes aos trabalhadores da Gestão do SUS a nível estadual é importante olharmos as competências para esta esfera da gestão e daí partiremos nossa reflexão identificando nos pesquisados a necessidade de buscar qualificar-se para exercer estas competências, o que ficou claro que a formação acadêmica por si só não garante.

À direção estadual do Sistema Único de Saúde compete:

- Promover a descentralização para os municípios dos serviços e das ações de saúde;
- Acompanhar, controlar e avaliar as redes hierarquizadas do Sistema Único de Saúde;
- Prestar apoio técnico e financeiro aos municípios e executar supletivamente ações e serviços de saúde;
- Coordenar e, em caráter complementar, executar ações e serviços: de Vigilância Epidemiológica, de Vigilância Sanitária, de alimentação e nutrição e de saúde do trabalhador;
- Participar, junto com os órgãos afins, do controle dos agravos do meio ambiente que tenham repercussão na saúde humana;
- Participar da formulação da política e da execução de ações de saneamento básico;
- Participar das ações de controle e avaliação das condições e dos ambientes de trabalho;
- Em caráter suplementar, formular, executar, acompanhar e avaliar a política de insumos e equipamentos para a saúde;
- Identificar estabelecimentos hospitalares de referência e gerir sistemas públicos de alta complexidade, de referência estadual e regional;



- Coordenar a rede estadual de laboratórios de saúde pública e hemocentros e gerir as unidades que permaneçam em sua organização administrativa;
- Estabelecer normas, em caráter suplementar para o controle e avaliação das ações e serviços de saúde;
- Formular normas e estabelecer padrões, em caráter suplementar, de procedimentos de controle de qualidade para produtos e substâncias de consumo humano;
- Colaborar com a União na execução da Vigilância Sanitária de portos, aeroportos e fronteiras;
- O acompanhamento, a avaliação e divulgação dos indicadores de morbidade e mortalidade no âmbito da UF (BRASIL, 2003, p. 26).

No Quadro 7 podemos observar que 100% das entrevistadas durante sua caminhada profissional fizeram alguma formação complementar. Observa-se que em sua maioria optou por cursos de pós- graduação conforme sua área de atuação em algum momento específico da sua carreira e refletindo a necessidade de aprimoramento dentro de uma especificidade da gestão. Podemos destacar que a gestão pública foi a temática que mais permeou as formações complementares.

Neste sentido, Mourão et al. (2006, p. 36) corrobora com nossa análise quando esclarecem que

[...] considerando a formação generalista [...] e sua inserção na área da saúde, tornou-se imprescindível afunilar conhecimentos peculiares da política de saúde, desde o movimento da Reforma Sanitária e seus desdobramentos, até o conhecimento epidemiológico, modelos tecno-assistenciais, planejamento e gestão de serviços de saúde, entre outros.

Para afunilar esses conhecimentos é possível ver que a pesquisa elucidada isso. Podemos verificar que a necessidade de qualificação após a formação é evidente, percebe-se a busca dos Assistentes Sociais em maior conhecimento específico na área de atuação. Observa-se que em sua maioria as formações complementares ficam extremamente vinculadas a temáticas relativas ao espaço de inserção do profissional.

Lembramos ainda que a pesquisa e a produção de conhecimento são condições básicas para a inserção da profissão de Serviço Social na divisão sócio técnica do trabalho, bem como, é condição de qualificação do exercício profissional e do assistente social condição de atualização (IAMAMOTO; CARVALHO, 1985).

O Serviço Social é uma profissão que socialmente se apresenta inscrita na divisão social e técnica do trabalho, ou seja, o assistente social é um profissional

assalariado com predominância de atuação no cenário urbano e, como tal, sujeito às oscilações, alterações e mudanças no mundo do trabalho (SILVA, 2006).

<b>Quadro 7. Formação complementar das entrevistadas</b>	
<b>E1</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pós Graduação em Saúde do Trabalhador</li> </ul>
<b>E2</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pós-Graduação em Administração de Pessoas</li> </ul>
<b>E3</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pós-Graduação em Projetos Sociais</li> <li>• Pós-Graduação em Dependência Química</li> <li>• Pós-Graduação em Responsabilidade Social</li> </ul>
<b>E4</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Residência em Saúde Coletiva, pela ESP</li> <li>• Pós-Graduação em Vigilância em Saúde</li> </ul>
<b>E5</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pós-Graduação em Administração e Gestão de Serviços de Saúde</li> <li>• Pós-Graduação em Gestão de serviços de DST-AIDS.</li> </ul>
<b>E6</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pós-Graduação em Saúde Pública - FIOCRUZ</li> </ul>
<b>E7</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pós-Graduação em Gestão da Política de Assistência Social</li> <li>• Pós-Graduação em Gestão Pública</li> <li>• Pós-Graduação em Gestão da Saúde</li> <li>• Pós-Graduação em Gestão do Trabalho e Educação em Saúde</li> </ul>
<b>E8</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Residência em Pneumologia Sanitária pela ESP</li> <li>• Pós-Graduação em Direito Sanitário</li> <li>• Pós-Graduação em Saúde da Pessoa Idosa</li> </ul>
<b>E9</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pós Graduação em Programas de bem Estar Social</li> <li>• Pós Graduação em Segurança do Trabalho</li> <li>• Pós Graduação em Programas de Saúde</li> <li>• Mestrado em Administração</li> <li>• Mestrado em Serviço Social</li> <li>• Doutorado em Serviço Social</li> </ul>
<b>E10</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pós Graduação Saúde Coletiva</li> <li>• Pós Graduação em Direito Sanitário</li> </ul>

Fonte: Elaborado pela autora.

Na área da saúde, como em outras, a legitimação social do(a) assistente social como profissional reconhecido requer um complexo processo de luta por qualificação técnica e conquista de oportunidades nesse campo específico.

Temos ainda nas falas abaixo parte dos entrevistados que afirmam que sua formação sim teve abordagem sobre gestão, mas que foi na prática que sua inserção de deu.

E3: Na minha formação... Sim. Um pouco, acho que, na realidade, **a atuação na gestão foi a partir da prática** mesmo que eu desenvolvi bastante. Me lembro que quando ingressei no DAHA em 2009, eu pensava assim 'mas cadê as pessoas?', eu queria trabalhar com as pessoas, né. Eu não entendia como eu poderia ter um agir profissional dentro daquele departamento, tão longe das pessoas, né, mas aos poucos eu fui entendendo que, o serviço social, a gente tá em todas as frentes. E que eu poderia garantir os direitos das pessoas de um outro prisma, desse outro lugar, que seria esse da gestão.

E7: Olha, eu entendo que sim. No sentido ampliado de poder **compreender os processos que se organizam a partir de um olhar ampliado, de um micro pro macro, e fazer essa volta do macro pro micro que o serviço social nos possibilita. Olhar o sujeito dentro do seu espaço, dentro do seu contexto social a partir das políticas, como ele acessa o seu direito a partir das políticas, e poder entender as políticas...** Como elas se movimentam para dar conta de chegar até o assistido ou até o usuário. Então, **sim, acredito que o serviço social nos habilita a ter esse feeling, pra ter esse olhar mais abrangente, mais integralista... Então acredito que sim.**

Podemos identificar que as dimensões teórico-práticas do Serviço Social são fundamentais e se materializam no trabalho profissional os princípios e as diretrizes da profissão, conforme expresso no projeto ético-político profissional. Articuladas dialeticamente constituem-se como mecanismos essenciais para o fortalecimento e o desenvolvimento de habilidades técnicas e a competência crítico-reflexiva, essenciais ao assistente social no exercício profissional.

Cada elemento original contido naquelas afirmativas – teórico-metodológico, o ético-político e técnico-operativo, são fundamentais e complementares entre si. Porém, se aprisionados em si mesmos, transformam-se em limites que vêm tecendo o cenário de algumas das dificuldades, identificadas pela categoria profissional, que necessitam ser ultrapassadas: o teorismo, o militantismo e o tecnicismo (IAMAMOTO, 2015).

Na fala a seguir podemos novamente identificar a importância da práxis na atuação profissional, pois reafirma que o fazer do Assistente Social se caracteriza a partir da sua atuação profissional. Possibilidades novas de trabalho se apresentam e necessitam ser apropriadas, decifradas e desenvolvidas; se os assistentes sociais não o fizerem, outros farão, absorvendo progressivamente espaços ocupacionais até então a eles reservados. Aqueles que ficarem prisioneiros de uma visão burocrática e rotineira do papel do Assistente Social e de seu trabalho entenderão, como “desprofissionalização” ou “desvio de função”, as alterações que vêm se processando nessa profissão (IAMAMOTO, 2015).

E4: Olha, eu acredito que sim, só que, quando eu fiz o concurso, né, eu fui colocada diretamente na vigilância. E **a vigilância foi onde me faltou o conhecimento, eu fui adquirindo ao longo do tempo**, mas eu pensei em trabalhar na gestão em outra área, mas nunca consegui uma transferência. Daí foi indo o tempo e hoje eu nem me vejo em outro lugar que não seja a vigilância, né, porque agora eu tô preparada pra trabalhar aqui. Mas **no começo foi bem difícil**, faltou sim a... Vamos dizer assim, como eu fiquei diretamente na violência, eu sabia, eu tinha conhecimento pra trabalhar com a violência... Mas a vigilância da violência, eu **leve um tempo pra conseguir me adaptar, conhecer, daí eu fiz a especialização e fui aprendendo a trabalhar com isso**. Hoje, por exemplo, eu tô ajudando no covid, o banco de dados de uma doença transmissível, né, que foi fácil fazer isso porque hoje eu tenho o conhecimento da vigilância, né. Então hoje é fácil, **aqui dentro a gente acaba fazendo uma diferença sempre que a gente tá atuando numa situação, a parte do serviço social acaba aparecendo**, né.

Podemos identificar que a formação em Serviço Social busca ampliar os horizontes, potencializando a qualificação mais abrangente. Mas que ainda identificamos que a Gestão poderia ser mais aprofundada conforme os relatos abaixo.

E6: Eu acredito que sim. Eu **tive uma formação muito boa, muito crítica, muito qualificada**. Acredito que a formação na Unisinos foi muito qualificada... E nós tínhamos uma disciplina de gestão, era Gestão e Serviço Social, onde **a gente já discutia essas questões do serviço social na gestão e ao mesmo tempo a gente via pouca representatividade**. Em outras disciplinas, a gente sempre tinha muitos profissionais, muitos assistentes sociais participando, muitos relatos de profissionais... E na gestão a própria professora trazia isso, que ela trabalhava na gestão, de poucos profissionais, poucos assistentes sociais nessa área. Apesar de ter crescido muito, principalmente com o SUAS, né. Acho que o SUAS trouxe muitas possibilidades de atuação pro assistente social na gestão. Então acho que tem crescido bastante, mas acho que **a formação ainda não dá conta**, mesmo eu entendendo que eu acho que ela abordou, **ela ainda não deu conta dessa dimensão que é a gestão**.

E9: A minha formação foi uma formação genérica. Foi um momento de formação em que eu recebi instrumentos que me permitam trabalhar de

diferentes perspectivas. A gestão, que eu também não tive uma formação muito sólida, mas quando eu terminei minha graduação, eu tive uma colega profissional do serviço social que conversamos muito, e ela sugeriu caminhos profissionais a seguir e essa relação de projeto de carreira pra mim, né. Então eu **vim me preparando pra gestão ao longo da minha carreira, além da formação, que não era uma formação sólida pra isso, era muito pouco**. Eu fui buscando a formação em especializações, porque na verdade, especializações mesmo eu tenho cinco. Tenho as que eu falei, mas tenho também dentro da área da saúde, que foram feitas específicas. Então, assim, a gestão eu me preparei pra ela, em termos de formação.

A formação profissional generalista é aquela que permite entender e atuar nos diversos espaços ocupacionais ou, como complementa a Comissão de Orientação e Fiscalização Profissional do CFESS, permite a apreensão das questões sociais e psicossociais pautadas numa base teórico-metodológica em que se gestam as políticas sociais.

Podemos perceber no decorrer dos discursos dos(as) assistentes sociais que os mesmos não desassociam a sua formação profissional com os processos de trabalho da gestão em saúde. Acreditam, pois, que a formação ainda não possui a valorização ideal desta temática e por fim a valorização deste campo de atuação, porém, consideram-se expertises para gerir políticas públicas justamente devido à formação profissional.

Com isso, não notamos uma grande valorização da formação no campo da gestão em si mesma, mas pudemos perceber que há uma tendência forte ao reconhecimento do papel valoroso da própria experiência profissional em si mesma. O apresentado pelo grupo foi que a entrada ao campo da gestão provocou no profissional a busca da sua qualificação neste campo específico. Por parte de todos os sujeitos foi possível observar a valorização do Assistente Social enquanto gestor, porém, dentro das condições anteriormente citadas. Notou-se ainda que essa busca por qualificação também tem relação com o tempo de permanência do assistente social em determinada política de saúde.

E7: Tá, assim , eu entendo que o serviço social, a formação dura, tá? Ele **habilita, sim, pra gente se inserir e ter um entendimento de como funciona a interface entre os usuários e esse espaço de políticas públicas**, tá? O serviço social nos dá esse entendimento. Mas também entendo que a gente sempre **tem que se qualificar de uma forma específica na área que a gente está atuando, ele é generalista, então ele nos habilita a trabalhar em várias áreas**, mas a partir do momento em que eu entro pra aquela área eu tenho, sim, que **buscar a especificidade** daquele fazer, então por isso a importância dessa minha caminhada nas especializações, porque as áreas que eu trabalhei, eu escolhi qualificar, sempre. Então, esse é o meu entendimento, como toda área, ela é

abrangente, mas aí requer que aquele profissional, que tenha um entendimento de buscar um conhecimento mais específico, e essa foi a minha escolha, tem que **fazer essa caminhada externa**.

Percebemos diante dos discursos acima que a formação profissional trata da gestão, mas não influencia diretamente nos critérios de escolha das Assistentes Sociais que compõe a Gestão em Saúde, escolha esta que é realizada por outros gestores, que buscam seguir os critérios de qualificação e formação profissional. Temos também que a qualificação, ou seja, como uma pós-graduação ainda se torna critério mais preciso para que esses profissionais sejam incorporados a este campo de forma mais rápida e legitimada.

E8: Ah, acho que sim. O serviço social é uma profissão, eu imagino, tendo dado aula um pouco tanto em especialização, quanto em graduação, que é um currículo difícil, na verdade, de conformar né, porque é uma série de competências que se exige. Principalmente competências do campo de vista teórico, porque tem que **ter um pensamento em relação à realidade e a organização da realidade e depois as disciplinas mais práticas**, né. Então assim, tem um aparato teórico-político que é importante no currículo e um aparato prático. Na PUCRS, a gente acabou tendo algumas disciplinas relacionadas à gestão e um mínimo de conhecimento de como esse campo também é um campo de trabalho, mas eu acho que na verdade **a gente aprende mais sobre a gestão da política pública quando a gente ocupa um espaço e tá convocado pra aquela tarefa**. Mas assim, tive na graduação alguns conhecimentos, mas eu acho que **foi depois, na vida mesmo, no trabalho, que eu acabei aprendendo mais sobre a gestão até, do que na academia**.

O trabalho profissional, dotado de qualificação e especialização, só poderá ser realizado se dispuser de meios e instrumentos de trabalho, recursos esses que são colocados à disposição do profissional através de processos de qualificação, pois as especificidades impostas em alguns espaços exigem um reinventar profissional.

Mas essa mercadoria “força de trabalho” só pode entrar em ação se dispuser de meios e instrumentos de trabalho que, não sendo de propriedade do assistente social, devem ser colocados à sua disposição pelos empregadores institucionais: recursos materiais, humanos, financeiros, para o desenvolvimento de programas, projetos, serviços, benefícios e de um conjunto de outras atribuições e competências de atendimento direto ou em nível de gestão e gerenciamento institucional. (RAICHELIS, 2011).

E1: Pra gestão... Acho que sim, não foi um... não foi o ideal, **acho que a formação não nos prepara para trabalhar na gestão, mas acho que durante a formação a gente lê muito sobre políticas públicas e como funcionam, então a gente acaba trabalhando a política pública, e acaba até fazendo né, participando**, né, e escrevendo as políticas e na formação a gente acaba lendo, na maioria das cadeiras, sobre políticas públicas, então acho que me preparou um pouco, mas não foi o ideal, acho que deveria ter mais cadeiras, porque acho que falta um pouco.

E2: Ai, acho que mais os estágios, né, **os estágios que vão fazer a gente percorrer um pouquinho mais a teoria e ir na prática**, né. Então, de novo, meu estágio foi na ponta, foi na assistência social, né, então foi um pouquinho diferente, porque vi muito pouco SUS, assim. E **acho que isso assim, sabe, acho que a graduação introduz bastante e fala bastante do SUS e acho que fala muito do SUS, mas acho que fala muito pouco da gestão**. E a minha carreira foi muito na assistência, então agora eu tenho que começar a rever tudo de novo sobre o SUS e a gestão especificamente, então acho que isso são mais habilidades que **tu vai aprendendo mais na prática**, né.

A dicotomia entre teoria e prática no Serviço Social emerge da desarticulação e da separação dessas três dimensões, como se elas fossem realizadas de forma independente uma da outra, levando o profissional a equívocos teóricos, militantismo desarticulado da dimensão ética e ao trefismo rotineiro e acrítico das atividades atribuídas nos espaços sócio-ocupacionais.

No âmbito da gestão no Serviço Social, a falta de compreensão e apreensão sobre as dimensões que compõem o trabalho do assistente social faz com que, muitas vezes, o profissional não reconheça a gestão inerente a toda atividade de trabalho e, além disso, de ser competência e instrumento de trabalho do assistente social, reconhecida na Lei de Regulamentação da Profissão (Lei n. 8662/93), no Código de Ética Profissional e nas Diretrizes Curriculares da ABEPSS de 1996, portanto, matéria de domínio do assistente social na realização do trabalho profissional.

E1: Eu acho que nossa formação também traz pouca coisa do SUS, né, acho que nossa graduação deveria trazer mais né, o que eu mais estudei foi na hora de fazer os concursos, então aí tive que ler muito mais sobre o SUS do que na formação. Então por isso acho que a gente acaba tendo mais dificuldade, porque desde os campos né, campos de estágio, de discussão, não são campos SUS. Então a gente tem que correr um pouco atrás quando entra no SUS pra entender um pouco melhor, então acho que é isso, acho que é essa a dificuldade.

E10: Sem dúvidas. Eu acho que a **nossa formação nos traz um conhecimento muito amplo, ela te abre muitas possibilidades, porque toda nossa formação é voltado para o ser humano**, né, para garantia de direitos. E isso em qualquer área que tu vá trabalhar, quanto mais a área de saúde, te abre possibilidade de um entendimento muito qualificado e muito maior, porque tu entende o todo disso. Tu não fica focado só numa questão, tu consegue entender uma política de saúde de uma forma muito ampla, né,

contemplando muitas coisas, não só a questão da saúde quanto doença ou falta de alguma coisa, mas como questão do todo, daonde vem, quais são as problemáticas das políticas que foram feitas, porque que a gente precisa qualificar cada vez mais e garantir essas políticas pra população, né, além de resistir ao desmonte de várias questões, e nós quanto assistentes sociais temos isso, a garantia dos direitos sociais para a população. Eu acho que a formação te dá um entendimento muito amplo de todo esse processo: como surgiu? Por que surgiu? Qual foi a necessidade? Tudo que nós temos pra poder garantir que essa política chegue pra quem necessita dela, né.

O debate da categoria trabalho, portanto, como construção histórica na esfera do capitalismo, possibilita refletir sobre o fazer profissional, problematizando os desafios, limites e possibilidades de atuação do assistente social e a materialização do projeto ético-político profissional. Existem muitos equívocos sobre o fazer do(a) assistente social e suas demandas e responsabilidades no exercício laboral. A materialidade prática das questões acadêmicas discutidas não apenas subsidia respostas a estes equívocos, como amplia os espaços sócio-ocupacionais da profissão, tal como o trabalho na gestão.

O trabalho do assistente social sofre as transformações do mundo do trabalho, uma vez que sua intervenção independe de sua vontade e possui apenas relativa autonomia, pois seu projeto profissional supõe uma dupla dimensão: as condições macrosociedadeiras que tecem o terreno sócio-histórico em que se exerce a profissão, seus limites e possibilidades que vão além da vontade do sujeito individual e de outro lado, as respostas de caráter éticopolítico e técnico-operativo- apoiadas em fundamentos teóricos-metodológicos de parte dos agentes profissionais a esse contexto (IAMAMOTO, 2015).

Nesse sentido, requer-se do(a) assistente social que vá além e ultrapasse o dito e o aparente, para apreender o movimento da realidade social e, então, planejar suas ações profissionais procurando superar o caráter imediatista e burocrático na saúde. Assim, contribuiu nos espaços sócio-ocupacionais em que se insere, participando de movimentos de resistências às desigualdades sociais e fortalecendo mecanismos que ampliam a participação social.

Algumas falas relevam esta transformação que se faz necessária para atuar na gestão das políticas de saúde:

E6: Sim, com certeza, né. **Acho que pra ser assistente social tem que ter muitas habilidades** (risos). Muitas, **porque as pessoas, os usuários têm dificuldade de reconhecer nosso objeto de trabalho**, né, então acho que acaba exigindo muitas habilidades. Então acredito que sim e **na gestão é**



**diferente desse trabalho de você fazer trabalho direto com o usuário.** Então acho que existe muita **habilidade de comunicação, de mediação, articulação, conhecimento de políticas, de financiamento...** Então é **uma abordagem muito ampliada...** É um desafio.

No trabalho do assistente social necessitamos de subsídios para entender a totalidade<sup>21</sup>; para perceber os usuários como sujeitos históricos; reconhecê-los como cidadãos de direitos, capazes de serem protagonistas na sociedade e, também, está mais próximo da realidade social, o que lhe permite uma intervenção estratégica e uma leitura crítica da realidade. O Serviço Social profissionaliza-se na “[...] mediação de certos conflitos e tensões sócio-institucionais no âmbito das políticas sociais. [...]” (ALMEIDA, 1996, p. 44).

E2: Pois então, ali eu me acho bem limitada ali, sinceramente, porque é um local que... Vou ter que ser bem sincera, é um local que eu já abri um processo pra sair dali porque acho que consigo contribuir muito mais em outro local do que ali. Acho um local muito importante, tem que ter sim, mas acho que os servidores tem que estar bem, trabalhando bem, e **tem que estar motivados**. E acho que não é o meu caso. O local que eu estou não tá pra isso, mas difícil assim, acho que é uma pergunta que eu não vou saber te responder (risos).

E3: Ah, essa questão da interlocução com outros setores, que eu acho imprescindível pra que a gente avance na política ou na regulação, porque as coisas acontecem muito fragmentadas, dentro da Secretaria, os setores pouco se comunicam, mas acho que quando isso acontece, é muito bom. Então essa **habilidade de ser interlocutora entre os departamentos** eu tenho certeza que eu adquiri dentro da Secretaria, do tempo que eu tava no DAHA. Hoje, na regulação a gente não tem muito isso, nosso trabalho é muito encaixadinho, assim, muito fechado, daí a gente fica um pouco limitado. No entanto, eu tô sempre **buscando novas estratégias pra conseguir fazer valer o conhecimento do serviço social**. Hoje na CRA, por exemplo, eu acabei me ocupando de tarefas, como a TFD interestadual, que é tratamento fora de domicílio interestadual. Ou seja, são os estados nos demandando com consultas ambulatoriais pra transplantes. Então eu me envolvi com isso, gosto de fazer isso... Hoje eu tô assumindo a ouvidoria do nosso setor, porque antes nós tínhamos uma ouvidoria única pro DRE, que a pessoa demandava, respondia por todo o departamento, mas agora ela foi descentralizada e cada setor tem um responsável para responder pela ouvidoria, e essa sou eu. Eu disse ‘eu quero!’ (risos), porque eu achei que essa era uma forma de estar mais perto das pessoas, independente de não falar diretamente com elas, né. Mas de tá ali, sim, **atenta a defender os direitos e a lutar pelos direitos, então, a habilidade de discutir situações com outros colegas...** Que apesar de estar na regulação hoje, a gente tem muitas situações com o regulador, em que a gente pergunta as coisas e o regulador... É que tem os reguladores médicos e não médicos, né, eu sou uma não médica, então, muitas vezes a gente discute casos lá da oncologia, ou lá da ortopedia. E tem a ver, às

<sup>21</sup> Totalidade entendida não como a reunião de todos os fatos, mas como uma unidade dialética, um todo articulado e interconectado. “Totalidade significa: realidade como um todo estruturado, dialético, no qual ou do qual um fato qualquer (classes de fatos, conjuntos de fatos) pode vir a ser racionalmente compreendido” (KOSIK, 2002, p.44).

vezes, com a reabilitação física. Então os profissionais trazem 'ah, esse aqui vai demorar uns três anos... esse aqui também não é tão importante...', sabe? Então, 'esse aqui é muito velho, vamos priorizar o mais o novo'... São nessas discussões que a gente tá sempre presente, sabe. Me faço presente nisso, de 'olha, não é bem assim, quem sabe a gente vê por esse outro lado', porque a gente sabe que tem colegas, não que estejam errados, mas que priorizam as vagas, porque tu sabe que é injusto né, as consultas são desproporcionais às demandas solicitadas. Então as filas são muito grandes e realmente, tem que fazer uma 'Escolha de Sofia', muitas vezes, e quem acaba ficando de lado são os idosos, ou alguém que tá sequelado por uma fratura porque não foi atendido no tempo oportuno... Então, a gente tem muitas situações que a gente discute bastante, né. E nós, equipe técnica, dos profissionais reguladores não médicos, que temos psicólogas, T.O., fono, serviço social, nós sempre primamos pelo paciente, mas não são todos os colegas que enxergam dessa forma, né. Não que eles sejam menos humanos, não isso, mas...

E4: Contribuí, com certeza. Eu acho que, fiz o serviço social num currículo bem diferente do recente, porque minha filha fez serviço social recentemente e a gente comparou os currículos e eles eram muito diferentes. Lá no tempo da minha formação, tinha diversas disciplinas que dariam conta da **liderança que eu exerço hoje**, né, porque daí a gente consegue... Contribuí pra isso e também contribuía pra eu poder entender sobre a importância de uma rede, porque eu acho que saber a importância de uma rede também tem muito a ver com a nossa profissão... **Saber fazer as mediações**, fazer com que aquilo ande de uma forma adequada, né, isso com certeza funciona bem por conta disso.

E5: Eu acho que **uma coisa que a gente aprende no serviço social**, claro que é inerente de quem escolhe essa profissão, também, né, **é se colocar no papel do outro**. Se tu não te coloca no lugar do outro, tu não consegue fazer nada, nem uma política. Porque não adianta a gente tá sentado, escrevendo notas técnicas, normativas e pensando de uma forma mais macro, se tu não tiver na ponta, como receptor disso. Então, tu **ter essa visão mais global**, se ela não tiver acompanhada de um usuário, do papel do usuário, de tu aprender a perceber o que o usuário vai ter com isso, como vai receber isso, acho que de nada vale.

### 6.3 AS COMPETÊNCIAS, DIFICULDADES E CONTRIBUIÇÕES DO TRABALHO DO(A) ASSISTENTE SOCIAL NA GESTÃO DE POLÍTICAS, PROGRAMAS E PROJETOS NO SUS

O(A) Assistente Social tem no seu trabalho limites e possibilidades concretas para contribuir na superação de situações de desigualdade vivenciadas pelos sujeitos, bem como sua ação profissional possibilita a promoção e potencialização de manifestações de resistência. Neste subtítulo fechamos as categorias iniciais da nossa análise.

#### 6.3.1 As habilidades estabelecidas para a profissão no espaço de Gestão do SUS no RS

Quadro 8. Categorias iniciais de análise III	
Categorias Iniciais	Categoria Intermediária
<ul style="list-style-type: none"> <li>As habilidades estabelecidas para a profissão no espaço de Gestão do SUS no RS</li> </ul>	A intencionalidade do Trabalho do(a) Assistente Social na Gestão do SUS no RS

Fonte: Elaborado pela autora.

E6: Ai, acho que a gente tem muito o que contribuir, principalmente quando a gente pensa nessa questão da saúde, na concepção bem ampliada da saúde, mesmo, desse rompimento histórico e desse olhar biológico do adoecimento biológico das pessoas, né... Então, acho que **a gente traz uma outra proposta de trabalho muito voltada pros determinantes sociais**, né, de algumas questões de raça, de gênero e o quanto isso influencia no adoecimento e sofrimento das pessoas. Acho que **a gente tem a capacidade de trazer essas desigualdades, também, como importantes pra área da saúde, como fator de adoecimento**. Então acho que isso traz todo um diferencial, porque a tendência é, realmente, ser um trabalho bem biológico e voltado pra questão da clínica biológica em si... E acho que a gente traz essa **clínica ampliada** e acho que **o trabalho em equipe multiprofissional** ele acaba sendo muito potente, né, então quando tem esses trabalhos em equipe que não têm o assistente social, eu fico pensando 'bah, quem não tem...Que importante ter o assistente social nas equipes', que traria um outro significado pras políticas, né.

Na fala acima podemos identificar que a entrevistada considera o profissional de Serviço Social habilitado para exercer suas funções nos mais diversos espaços sócio ocupacionais. O que configura a atuação do Serviço Social, independente do espaço ocupacional em que se insere, é a manifestação de um objeto de trabalho, e conseqüentemente objeto de transformação, comum. Esse objeto configura-se na questão social. Essa é entendida como:

O conjunto das expressões de desigualdades da sociedade capitalista madura, que tem uma raiz comum: a produção social é cada vez mais coletiva, o trabalho torna-se amplamente social, enquanto a apropriação de seus frutos mantém-se privada, monopolizada por uma parte da sociedade. Questão Social que sendo desigualdade é também rebeldia, por envolver sujeitos que vivenciam as desigualdades e a ela resistem e se opõe" (IAMAMOTO, 2015, p. XX).

Podemos observar nas falas que “[...] o papel do sujeito é essencialmente ativo: precisamente para apreender não a aparência ou a forma dada do objeto, mas a sua essência, a sua estrutura e a sua dinâmica [...], o sujeito deve ser capaz de mobilizar um máximo de conhecimentos criticá-los, revisá-los e deve ser dotado de criatividade e imaginação” (NETTO; GUERRA; ALCOFORADO, 2009, p. 527).

E7: Olha, em termos de habilidades, eu não coloco no eixo duro da habilidade, tá? Eu coloco habilidade e competência junto, porque acho que as duas estão muito entrelaçadas. Eu entendo **que uma habilidade é poder fazer o movimento pra além do seu lugar de técnico, de saber específico, e conseguir se deslocar um pouco desse espaço e fazer um olhar mais ampliado**, digamos assim. Poder olhar pras necessidades do outro, poder compreender as necessidades daquele usuário daquele serviço, ao qual está fazendo e aplicando o seu saber, isso eu acho que é fundamental. Eu não chamaria de um processo de empatia, porque eu acho que é muito mais do que isso, a empatia freduz. A empatia eu me solidarizo com o outro, procuro entender o outro, mas aqui não entendemos somente o outro, entendemos o coletivo. Então eu entendo que estar na gestão é, poder ter um conhecimento da legislação que embasa aquele fazer daquela gestão, a legislação é o nosso direcionador enquanto assistentes sociais. A gente tem que conhecer qual é a legislação que está permeando aquele fazer, então tem que ter a **habilidade de compreender, que vai pra além das relações, que vai pra um conhecimento técnico específico, duro da legislação**. Tem que ter, na gestão, uma habilidade mínima da questão das tecnologias e poder ter um **discernimento, ter uma proatividade** de elencar demandas que são atendidas naquele espaço, as demandas que são reprimidas... E capacidade e, a partir de diversos conhecimentos, de **pensar propostas que venham ao encontro de atender as necessidade dos usuários daquele serviço**. Então não é só reproduzir um fazer que está instituído, mas sair pra além disso e poder olhar no cerne daquele fazer e ver quais são as lacunas que estão ali, e ter habilidades pra **pensar propostas** a partir daquele espaço... E olhando, sim, pras necessidades da instituição e poder olhar pras necessidades dos assistidos e propor algo novo e diferente a partir das lacunas existentes.

Podemos identificar no depoimento descrito acima que as Diretrizes Curriculares objetivam garantir a formação de um profissional crítico-propositivo, atento ao movimento da realidade e disposto a apreender as novas requisições profissionais. Portanto, apontam para apreensão e desenvolvimento de novas competências e habilidades profissionais que, devidamente analisadas e fundamentadas na dimensão teórico-metodológica e ético-política do Serviço Social, possam contribuir para realização do trabalho. E, de acordo com lamamoto (2015), tais competências e habilidades nascem a partir da apreensão de novas exigências e requisições para o trabalho profissional no cotidiano.

Observa-se, assim, uma transformação do tipo de atividades que foram tradicionalmente atribuídas ao assistente social, exigindo-lhes, por exemplo, cada

vez mais sua inserção em equipes interdisciplinares, o seu desempenho no âmbito de formulação de políticas públicas, impulsionadas pelo processo de municipalização; o trato com o mundo da informática, a intimidade com novas técnicas e discursos gerenciais, entre muitos outros aspectos, o que muitas vezes tem sido lido, enviezadamente, como “desprofissionalização”, “perda de espaço”, “restrição de suas possibilidades ocupacionais”. Tal discurso revela, sim, as dificuldades de se apreender as alterações históricas que processos sociais macroscópicos vêm gerando no campo profissional. Alterações essas que têm de ser “agarradas” – decifradas e antecipadas – pelas agências de formação, como requisito para se qualificar profissionais afinados criticamente com a contemporaneidade e que nela tenham lugar.

E8: Acho que eminentemente a parte mais teórica, política, de intencionalidade e diretrizes. Acho que isso tem que tá muito consolidado e na PUCRS a gente tinha isso muito consolidado na graduação. Esse conhecimento é o que vai amparar a construção das propostas de trabalho mais práticas, né, mais assistenciais inclusive. Acho que esse **arcabouço de conhecimento e estruturação do pensamento em relação à realidade social é muito importante**, e acho que isso na PUCRS eu acabei aprendendo e conhecendo bastante. Acho, então, **que o vínculo teórico-prático tu vai fazendo a partir da trajetória, mas se tu tem a parte teórico-político-ontológico, isso te ajuda muito.**

E9: Eu acho que a nossa formação, por ela ser genérica, de certa forma, ela nos dá um embasamento, uma visão boa, pra trabalhar no campo da gestão. A gente costuma estar muito preocupadas com a execução da política, e não estamos envolvidas e preocupadas com a formulação e a avaliação da política pública. Então eu acho que tudo mentalmente é a ferramenta necessária tanto para **formular a política pública, quanto para avaliar... E no processo de gestão pra tomada de decisão.**

Importante refletir que nos apontamentos feitos pelas entrevistadas, conforme consta acima o(a) Assistente Social adquire em sua formação, competência para realizar uma leitura da realidade ampla, que não se limita as necessidades imediatas apontadas pelos sujeitos ou que se apresentam em um primeiro momento para sua intervenção. O profissional deve aliar o conhecimento teórico particular da profissão com conhecimentos específicos do lócus em que está atuando, para fomentar as estratégias de intervenção que irá adotar.

Para que de fato o(a) Assistente Social possa promover o conceito ampliado de saúde é necessário que tenha clareza de seu objeto de intervenção, apreender o real significado desse conceito ampliado e os fatores que se tornam determinantes da saúde. É necessário que se proponha a investigar a realidade e o cotidiano dos

sujeitos, bem como seus modos e condições de vida, e principalmente que possa romper com as práticas institucionalizadas e principalmente com as práticas focadas no modelo mecanicista de saúde (focado na doença).

O Projeto Profissional do assistente social é formado por três dimensões da competência: teórico-metodológico, técnico-operativo e ético-político. Em 1996 a ABEPSS instituiu a Lei de Diretrizes Curriculares, que congrega as diretrizes gerais para os cursos de graduação em Serviço Social em todo Brasil. A partir desse momento é obrigatório aos cursos de graduação garantir na formação competência para as dimensões já citadas, e também garantir na formação profissional:

- Apreensão crítica do processo histórico como totalidade;
- Investigação sobre a formação histórica e os processos sociais contemporâneos que conformam a sociedade brasileira, no sentido de apreender as particularidades da constituição e desenvolvimento do capitalismo e do Serviço Social no país; 59
- Apreensão do significado social da profissão desvelando as possibilidades de ação contidas na realidade;
- Apreensão das demandas - consolidadas e emergentes - postas ao Serviço Social via mercado de trabalho, visando formular respostas profissionais que potenciem o enfrentamento da questão social, considerando as novas articulações entre público e privado;
- Exercício profissional cumprindo as competências e atribuições previstas na Legislação Profissional em vigor (ABEPSS, 1996, p. 12).

Ainda sobre este tema, uma das entrevistadas referiu:

E1: Habilidade do assistente social... Acho que a **ética** é importante, nosso código de ética, né, tá ligado tanto à gestão, quanto à execução, mas acho que é essencial na gestão também. Acho que esse olhar que eu falei, pro todo, o assistente social tem **um olhar pro todo**, pra família, pra execução da política. A gente traz muito o dia a dia da nossa experiência, né, de prática no atendimento das famílias, das pessoas, a gente traz muito isso pra gestão. Aqui, pelo menos eu sempre trago minhas experiências e minha formação pro dia a dia mesmo, já digo 'olha gente, isso não funciona lá, né', porque muitas vezes na gestão a gente não tem a experiência do dia a dia e a gente não sabe se vai funcionar lá, se vai dar certo. Então eu trago muito isso, de dizer 'olha gente, isso as famílias vão conseguir, isso não vão conseguir, isso lá na ponta a gente vai conseguir fazer, isso talvez não...', então acho que **a gente traz muito a realidade** né, que às vezes as outras profissões não tem muito isso. A **nossa profissão traz muito a realidade né, nossa prática**, quando a gente entra em estágio, a gente entra mesmo nas casas das famílias, entra em visita domiciliar, então nossa perspectiva de vista é de estar muito na prática, muito no dia a dia das famílias, do que às vezes outras profissões que não tem isso, de entrar na casa, de realmente conhecer as pessoas e acho que é isso que a gente traz mais.

Como o Serviço social é permeado pelas dimensões teórico-metodológica e ético-política nossa formação deixa uma maior visão e possibilita que tenhamos

uma compreensão do objeto de trabalho. Entretanto, a dimensão teórico-metodológica:

[...] só se completa e se atualiza ao ser frutificado pela história, pela pesquisa rigorosa das condições e relações particulares em que se vive. Requer o acompanhamento da dinâmica dos processos sociais, como condição, inclusive, para a apreensão das problemáticas cotidianas que circunscrevem o exercício profissional (IAMAMOTO, 2015, p. 54).

Sendo assim, a dimensão teórico-metodológica só possui significado quando extrapola o campo teórico e é utilizada para iluminar a prática cotidiana. A práxis só ocorre quando o profissional consegue aliar teoria e prática, potencializada pela visão de homem e de mundo presente na dimensão ético-política. Embora importante a dimensão política não pode ser utilizada em separado, pois como aponta Iamamoto: A mera inserção política, desvinculada de uma sólida fundamentação teórico-metodológica, mostra-se inócua para decifrar as determinações dos processos sociais. Conquanto a militância tenha impulsionado o potencial questionador da categoria profissional, dela não pode derivar diretamente uma consciência teórica e uma competência profissional (IAMAMOTO, 2015, p. 54).

E10: Olha, eu acho que como assistente social, como tem essa questão muito ampla, de várias áreas, de vários processos, eu acho que tem a questão de a gente ouvir muito. **A nossa escuta é uma escuta muito qualificada e é uma escuta diferente da de outras profissões...** E eu acho que isso é o básico, porque tu tem que entender que tu tá inserida num processo em que tu vê muitas opiniões, que tu vê muitos partidos, que até com o político-partidário dentro do próprio trabalho a gente tem que conviver e aprender a lidar com isso, que não é nada fácil... Eu acho que essa **escuta qualificada** que a gente tem, é que nos garante poder fazer um trabalho qualificado, né. Porque é muito difícil e muito complexo, e às vezes as pessoas acham que saber escutar é uma coisa muito simples, não é, é uma coisa muito complexa. Porque tu tem que intervir no momento certo, tem que entender pra onde tu tá indo com aquilo... E **a gente tem ainda outra coisa que eu acho que é muito legal, como a gente conhece muito e conhece o todo, a gente é a única profissão que entende pra onde vamos.**

E10: Aham, acho que assim, a formação já nos traz um pouco disso. Pouco eu digo porque, como eu me formei em 1988 e depois fiz pós-graduação não voltadas especificamente pro setor do serviço social, mas durante essa caminhada eu fui preceptora da escola de saúde pública e eu também fui supervisora de estágio do serviço social, então isso me deu um fôlego grande, isso me trouxe muitas coisas boas e eu aprendi outras que eu não sabia. Então de certa forma tu aprende dentro da formação, mas ainda tu vê pouco da questão do SUS. Eu acho que a gente deveria ter mais disso na nossa formação, porque tu vai acabar aprendendo isso no teu desenvolver, no teu dia a dia, quanto tu tá dentro do serviço. Eu acho que a gente poderia aprender mais sobre isso dentro da nossa formação, mas mesmo assim eu vejo o profissional e até o estudante do serviço social e eu acho ele sempre diferenciado, porque ele já vem com essa coisa de querer

mudar, de fazer diferente, **de conhecer profundamente aquilo daonde ele tá inserido**. E isso faz toda a diferença, a gente vê muito o profissional muito empolgado pra conhecer e se qualificar naquilo que ele tá fazendo, e claro que isso reflete positivamente no desenvolvimento do trabalho dele, na sua atitude perante onde ele está, dentro do sistema da saúde. A gente vê o profissional buscando muita coisa, querendo mais e cada vez mais qualificar a sua ação, em prol do quê? Pra, realmente, a população que tá tão desassistida possa chegar aonde é necessário e possa garantir o seu direito, né. E é isso que eu vejo o **profissional muito engajado, muito querendo fazer a diferença dentro do seu trabalho**.

Uma das questões trabalhadas na entrevista e que é de fundamental importância para este trabalho é se os Assistentes sociais entrevistados percebem ou não que o espaço de gestão é um espaço da nossa prática profissional, enquanto Assistente Social. É importante destacar que em 1993, a aprovação do Código de Ética teve uma importante contribuição para o trabalho do assistente social nas muitas dimensões de serviços à população: planejamento, articulação, assessoria, participação, mobilização e, em especial, na gestão (VASCONCELOS, 2013).

A última dimensão citada – a gestão – é um campo recente para o assistente social. Esse campo demandou ao assistente social novas respostas e requisitos nas intervenções, dentre eles, temos: uma apreensão crítica dos processos de produção e reprodução das relações sociais; análise dos movimentos que compõem a sociedade; compreensão do significado social da profissão e identificação das demandas compreendidas no espaço profissional, na busca de direcionar as respostas profissionais (VASCONCELOS, 2013).

E4: Eu acho que sim, mas eu colocaria no currículo, alguma questão, alguma disciplina que pudesse contribuir pra essa possibilidade do serviço social na gestão. Eu abriria mais espaços, porque várias profissões acabam criando espaços de trabalho, mais frentes de trabalho e o serviço social, eu não vejo ele nessa situação. **Então acho assim, que o serviço social pode trabalhar na gestão, mas eu melhoraria lá na disciplina da faculdade um pouco, pra dar conta disso de uma forma menos sofrida** (risos).

Conforme o texto acima, podemos salientar que a Gestão em Saúde agrega-se como um campo novo, ao passo que o assistente social vai inserindo-se em um espaço que, cada vez mais, exige conhecimento teórico-metodológico, técnico-operativo e ético-político (GUERRA, 2007) para promover ações voltadas às Políticas Públicas.



E2: Acho que sim, bastante até. Mas acho que vai, de novo, bastante do perfil, daonde tu tá lotada, né. Pois é, como é que eu vou te dizer, assim, sendo muito lapidada minha fala... É muito diferente dentro dos municípios, onde tu tem autonomia, né. Trabalhei em dois municípios, um de pequeno porte e outro de grande porte e é muito diferente, tem uma autonomia pra contribuir e pra literalmente fazer. Diferente do estado, o estado tu tem que sempre pensar e falar pra primeira chefia, que fala pra segunda chefia, que fala pro diretor, que talvez fale pro secretário, que talvez fale pro governador. É bem diferente por ser muito limitado, pelo curso das chefias não ser esse. Isso, e além disso é a **falta de autonomia** e, como vou te explicar... **As coisas não andam**, sabe? Tu propõe uma coisa e aquilo fica muito tempo sendo pensado, de que forma vai ser instituído e como vai ser instituído, porque falta determinada coisa, falta determinada outra coisa. **É muito moroso tudo.**

E3: Sim, eu entendo. Eu acho que ele é bem importante, até porque nossa profissão tem um cunho político muito forte, né. E a política a gente exerce, não a partidária, mas a gente exerce diariamente na nossa vida. Nós nascemos seres políticos, **então o serviço social tá em qualquer espaço profissional, principalmente na gestão**, não só na assistência. Uma coisa não pode se desvincular da outra, eu vejo dessa forma. E eu ter trabalhado na assistência também me dá outro olhar... Esse desenvolvimento de habilidades também teve a ver com as habilidades que eu adquiri na assistência, com a experiência que adquiri na assistência, pra hoje **ter uma visão mais ampla**, né, da realidade. Não ficar só naquilo que tá dito, onde que tá aquele não dito, né? Então, na gestão se aplica, é difícil? É. Em um primeiro momento, a gente que vem da assistência, não que no nível acadêmico a gente não estude a gestão, a gente tem essa formação. No entanto, o que é mais praticado é a assistência, isso é fato.

No que concerne o posicionamento do Serviço Social diante das demandas expostas, sabe-se que há uma estreita relação entre o Projeto Ético-Político profissional e o de Reforma Sanitária, através da afinidade entre os princípios, aportes e referências teóricas e metodológicas, além da semelhança no momento histórico em que estes Projetos são construídos, ambos no processo de redemocratização da sociedade brasileira nos anos de 1980. Portanto para uma atuação condizente com as orientações éticas da profissão e que realmente alcance o cerne da problemática da saúde e o fortalecimento do compromisso com a classe trabalhadora, se faz necessário ser coerente com princípios pautados pelo Projeto de Reforma Sanitária.

Contudo, observam-se como limites da prática profissional no campo da Saúde a forte presença da perspectiva conservadora que se manifesta na descrença da Saúde enquanto política pública universal, na necessidade da construção de um saber específico e fragmentado a exemplo da prática médica, na autorepresentação dos assistentes sócias enquanto sanitaristas após realizarem a formação em saúde

pública, e na intervenção fenomenológica denominada Serviço Social Clínico (CFESS, 2010). Além disso, muitas vezes a prática do Serviço Social somente é considerada no atendimento direto ao usuário em nível de assistência, sendo desprezados nos cargos de gestão, assessoria e planejamento. As novas demandas como gestão, assessoria e a pesquisa, consideradas como transversal ao trabalho profissional e explicitadas na Lei de Regulamentação da Profissão (1993) e nas Diretrizes Curriculares da ABEPSS (1996), na maioria das vezes, não são assumidas como competências ou atribuições profissionais (CFESS, 2010).

E5: Ai, acredito que sim. É um espaço que é fundamental ter o serviço social... Pode ser que não seja muito valorizado ainda, mas eu acho que faz toda a diferença no olhar da equipe.

E2: Ah, com certeza. Vejo muito espaço pro serviço social, dentro da Secretaria mesmo, quando eu cheguei no departamento e vi assistentes sociais sempre muito bem colocadas, muito bem posicionadas, com cargos de destaque. E com conhecimento muito qualificado, posicionamentos... Então, pra quem tá chegando isso também é importante, né, pra gente se reconhecer enquanto profissão, eu ficava buscando referência em outros profissionais, porque é difícil você chegar numa equipe multiprofissional... **E acredito que tenha muito espaço e acho que o serviço social pode crescer mais dentro da gestão. Ele tem muita qualificação pra isso.**

E7: Eu acho que sim. Eu acho que a gestão, ela tem espaço, sim, pra esse conhecimento e acho que é muito apropriado, vamos dizer assim, **o assistente social na gestão, porque é pensar, e aí é o que eu te trago, é pensar pra além da questão dura que outras formações trazem, o seu conhecimento, mas pensar no âmbito daquele que faz uso desse espaço da gestão e pra aquele que estamos desenvolvendo nosso fazer**, seja política, seja serviço, seja programas, planos, não importa, né. Então eu entendo que é um espaço importante pra que o serviço social esteja inserido.

E8: Sem dúvida, sem dúvida. Eu acho que, na verdade, a gestão sempre foi um espaço de trabalho do assistente social, ela apenas foi se transformando, né. Da gestão mais micro da vida das pessoas, que a gente via lá no surgimento do serviço social quando a gente atendia as famílias e tentava fazer uma gestão das pessoas, pra uma lógica de tentar fazer uma gestão por dentro do Estado, daquilo que é uma necessidade real das pessoas nas políticas públicas, na cultura, na educação, na saúde, na habitação, nas obras, na acessibilidade... Em todos esses espaços a gente vai se reconstruindo como uma potência de como **trabalhar na gestão, em direção ao direito das pessoas**. Acho que foi se transformando muito esse campo da gestão, da micro gestão, sobre os problemas das pessoas, para os problemas que a política pública e o Estado tem. É o momento que isso tá meio tensionado, que tem uma retração do Estado, um entendimento, na verdade, neoconservador do Estado, que deve tomar força depois da pandemia inclusive, e sobre como o Estado deve ser pequeno, mas isso vem na contramão de tudo que a gente veio construindo, desde quando lá em 1940 e tanto a gente atendia uma família para ajustar ela para o que a gente faz hoje, que é redistribuir renda, por exemplo, com o Bolsa Família. **Acho que esse campo da gestão se transformou e acho que os assistentes sociais transformaram ele também.** Mas tem uma tensão

muito grande... Mas sem dúvida eu acho que é um campo de muita potência.

Para uma prática profissional coerente a categoria deve levar em conta o conceito ampliado de Saúde, não mais compreendida enquanto ausência de doença, mas sim enquanto fruto das relações sociais e destas com o meio físico, social e cultural. Dessa forma, o agir profissional deve superar a perspectiva biologistica e distanciar-se de práticas paramédicas e da fragmentação do conhecimento, pois o trabalho com os aspectos sociais que determinam o processo saúde-doença exige o conhecimento e visão generalistas, que trabalhem com sujeito em sua totalidade. Para Bravo e Matos (2009), uma atuação competente do Serviço Social na Saúde pressupõe:

- estar articulado e sintonizado ao movimento dos trabalhadores e de usuários que lutam pela real efetivação do SUS;
- conhecer as condições de vida e trabalho dos usuários, bem como os determinantes sociais que interferem no processo saúde-doença;
- facilitar o acesso de todo e qualquer usuário aos serviços de saúde da instituição e da rede de serviços e direitos sociais, bem como de forma comprometida e criativa não submeter à operacionalização de seu trabalho aos rearranjos propostos pelos governos que descaracterizam a proposta original do SUS de direito, ou seja, contido no projeto de Reforma Sanitária;
- buscar a necessária atuação em equipe, tendo em vista a interdisciplinaridade da atenção em saúde;
- estimular a intersetorialidade, tendo em vista realizar ações que fortaleçam a articulação entre as políticas de seguridade social, superando a fragmentação dos serviços e do atendimento às necessidades sociais;
- tentar construir e/ou efetivar, conjuntamente com outros trabalhadores da saúde, espaços nas unidades que garantam a participação popular e dos trabalhadores de saúde nas decisões a serem tomadas;
  - elaborar e participar de projetos de educação permanente, buscar assessoria técnica e sistematizar o trabalho desenvolvido, bem como realizar investigações sobre temáticas relacionadas à saúde;
  - efetivar assessoria aos movimentos sociais e/ou aos conselhos a fim de potencializar a participação dos sujeitos sociais contribuindo no processo de democratização das políticas sociais, ampliando os canais de participação da população na formulação, fiscalização e gestão das políticas de saúde, visando ao aprofundamento dos direitos.

Nas falas abaixo podemos ver o quanto as entrevistadas reafirmam a inserção profissional e as competências necessárias, dando ênfase na necessidade de conhecer a demanda, mediar às ações, trocar experiências como forma de atuação coerente ao espaço de gestão.

E9: Eu acho que também é um espaço pra nós, porque ao longo da minha carreira eu fui passando anos angustiada com a execução da política, com enormes dificuldades com a execução da política e questionando quem formulava políticas, quem gerenciava políticas, né. Então acho que é fundamental que a gente entenda que precisa, que a gente tem condições, tem capacidade pra isso... Às vezes a gente vai precisar de um conceito a mais, **de uma habilidade a mais, de mediação...** Mas com certeza, nós precisamos ocupar todos os espaços. **O espaço de gestão é um espaço realmente fundamental pro assistente social, onde ele ganha poder, onde ele pode expressar o conjunto das necessidades de uma população e pensar de uma forma diferente daquele formulador que não conhece absolutamente nada da área pública que está formulando.**

E1: Com certeza, acho que o olhar do assistente social é importantíssimo, né. Também é importante a prática, na execução, conhecer a ponta, conhecer como se dá a política lá nos territórios acho que é essencial, então acho que a gente traz um olhar diferente da política, um olhar da assistência, que as outras profissionais às vezes não tem, então acho que **a gente consegue contribuir bastante com nosso olhar mais sistemático, mais do todo.** Então acho que é isso.

É evidente, portanto, a importância do trabalho do(a) Assistente Social para consolidação do SUS. A preocupação central do Serviço Social na saúde deve ser a identificação dos impasses existentes para a efetivação do projeto de reforma sanitária e do projeto ético político. Para Costa (2009), o assistente social se insere, no interior do processo de trabalho em saúde, como agente de interação ou “como um elo orgânico entre os diversos níveis do SUS e entre este e as demais políticas sociais setoriais, o que nos leva a crer que o seu principal papel é assegurar a integralidade das ações”.

E10: Sem dúvida nenhuma. Eu acho que é muito, e sinto muita falta de conviver com outros assistentes sociais dentro desse processo, porque dentro da coordenadoria regional da saúde, eu sou a única assistente social, não tem nenhum outro profissional dessa área sem ser eu. Em todas as políticas, da vigilância, do planejamento, das coordenações de saúde, eu sou a única assistente social. Já tivemos outras, mas nesse momento, quer dizer, há um bom tempo, é só eu. Então assim, muitas trocas que eu gostaria de fazer com colegas da minha profissão, eu não consigo fazer. Então a mim isso é uma coisa muito ruim, porque eu acabo convivendo, digo, não é ruim conviver com outras profissões, mas acabo convivendo muito com psicólogos, enfermeiros, e muito pouco com assistentes sociais, **e eu acho que quanto mais o assistente social tivesse dentro da gestão, ia ser uma avanço muito grande pras políticas sociais.**

Bravo e Matos (2004) esclarecem que a área da saúde transformou-se no campo que mais absorve o profissional de Serviço Social e chamam a atenção que a partir do conceito de saúde elaborado pela Organização Mundial de Saúde, em

1948, que enfoca os aspectos biopsicosociais, e determinou a requisição de outros profissionais para atender a tais necessidades, entre eles o assistente social. Os autores complementam que:

Este conceito surge de organismos internacionais, vinculado ao agravamento das condições de saúde da população, principalmente dos países periféricos, e teve diversos desdobramentos. Um deles foi a ênfase no trabalho em 58 Resultados equipe multidisciplinar – solução racionalizadora -, que permitiu: suprir a falta de profissionais com a utilização de pessoal auxiliar em diversos níveis; ampliar a abordagem em Saúde, introduzindo conteúdos preventistas e educativos; e criar programas prioritários com segmentos da população, dada a inviabilidade de universalizar a atenção médica e social (OMS, 1948, p. 28-29).

### 6.3.2 Os desafios do(a) Assistente Social na Gestão do SUS no RS

Dando seguimentos a nossa análise iremos aprofundar a nossa última categoria inicial que são os desafios do Assistente Social na Gestão do SUS no RS.

<b>Quadro 9. Categorias Iniciais IV</b>	
<b>Categorias Iniciais</b>	<b>Categoria Intermediária</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Os desafios do(a) Assistente Social na Gestão do SUS no RS</li> </ul>	A intencionalidade do Trabalho do(a) Assistente Social na Gestão do SUS no RS

Fonte: Elaborado pela autora.

Diante dos interesses antagônicos em relação à consolidação do SUS a inserção do Assistente Social na Saúde também é contraditória e apresenta diferentes demandas para atuação deste profissional. Segundo Yamamoto (2008) a organização social capitalista insere diversas armadilhas no cotidiano profissional que devem ser objetos de atenção. E é com essa perspectiva que o Assistente Social deve enxergar as contradições postas no seu cotidiano profissional.

E4: Olha, quando a gente fala de violência, eu não encontro nenhuma dificuldade, porque as pessoas já esperam que alguém que esteja trabalhando com esse tema, seja um sociólogo, um trabalhador do serviço social, um psicólogo... Então é fácil da gente se inserir e conseguir propor, diante disso. **Mas quando o objeto de trabalho é outro, eu vejo mais dificuldade, porque aí o pessoal pensa que o assistente social não daria conta. Por exemplo, agora no covid, eu fui fazendo meu lugar pra eu me inserir, eu não fui pensada já pro grupo de frente**, entendeu? Pensaram em chamar uma enfermeira, entendeu? Então as pessoas pensam que um profissional pode fazer isso mais que outro, e isso acontece com o serviço social... Não sei se fui clara.

O profissional de Serviço Social encontra-se habilitado para exercer suas funções nos mais diversos espaços sócio ocupacionais, O que configura a atuação do Serviço Social, independente do espaço ocupacional em que se insere, é a manifestação de um objeto de trabalho, e conseqüentemente objeto de transformação, comum. Esse objeto configura-se na questão social. Na gestão de políticas públicas a setorização expressa nas entrevistas faz com que o objeto de trabalho se dilua em ações de longo alcance e as vezes não tão efetivas, enfrentando limites para superar as desigualdades apresentadas. Esta questão social entendida como:

O conjunto das expressões de desigualdades da sociedade capitalista madura, que tem uma raiz comum: a produção social é cada vez mais coletiva, o trabalho torna-se amplamente social, enquanto a apropriação de seus frutos mantém-se privada, monopolizada por uma parte da sociedade. “[...] Questão Social que sendo desigualdade é também rebeldia, por envolver sujeitos que vivenciam as desigualdades e a ela resistem e se opõe” (IAMAMOTO, 2015, p.27-28).

E5: Tem o aprender a **trabalhar de forma interdisciplinar**, não ficar só aquela visão de que só tem um saber e que esse saber dentro da Secretaria de Saúde, geralmente é do profissional médico ou do profissional enfermeiro. No momento em que tu consegue ver o olhar, consegue trabalhar em equipe e consegue ver o olhar de todas os saberes, de todos os profissionais, daí não tem mais problema. Isso eu aprendi muito nesses anos que eu tive no município, né, tu ter uma equipe que trabalha com essa visão de que não é o eu que faz, é o nós que fazemos, e com todos os saberes, aí tu enfrenta qualquer barreira... As barreiras existem em qualquer lugar, sempre tu tem que, de forma mais macro ou micro, tu tem que ir em frente ouvir a voz daqueles que tu representa. Então isso é nas instâncias, como tu colocou, dentro da tua própria gestão, das **questões políticas que envolvem a tua gestão**... Então, muitas vezes tu tem que fazer sobressair a voz daquele que tu representa, que é o usuário. Sem os usuários tu não representa nada, a gente tá lá, o nosso papel, pelo menos, é servidor público. A gente tá ali em função de um público, então acho que a dificuldade tá nisso. **No momento que tu consegue ter uma congruência dentro de uma equipe, que todo mundo fala com o mesmo objetivo, que não é o eu, mas que é o usuário**, pode ser até que tu não seja ouvido

onde tu precisa, né (risos), nas instâncias que tu precisa, mas, com certeza a voz vai ser a mesma. **É todo mundo falando no mesmo tom, com o mesmo objetivo, daí tudo passa.**

No relato da entrevistada acima há um grande destaque ao trabalho interdisciplinar, Iamamoto (2002) ressaltou a necessidade de o assistente social adquirir novas funções e competências entre elas, as voltadas para planejamento e gestão, inscritos em equipes interdisciplinares que tencionam a identidade profissional. O assistente social tem sido cada vez mais convocado a atuar na gestão dessa força de trabalho no campo da saúde, algo que nos desafia a pensar sobre essas relações de forma mais aprofundada (SODRÉ, 2010).

O Assistente Social têm ampliado suas atividades como profissional que atua no campo da gestão. As atividades de gestão, quando exercidas por Assistente Social, podem contribuir para realização de uma gestão mais democrática, mais participativa e que leva mais em consideração as demandas da população. O eixo de atuação da investigação, planejamento e gestão se configura: um conjunto de ações que tem como perspectiva o fortalecimento da gestão democrática e participativa capaz de produzir, em equipe e intersetorialmente, propostas que viabilizem e potencializem a gestão em favor dos usuários e trabalhadores de saúde, na garantia dos direitos sociais (CFESS, 2010, p. 60).

A atuação do(a) Assistente Social na gestão pode facilitar também o processo de intersetorialidade entre as políticas e de interdisciplinariedade entre profissionais uma vez que segundo o código de ética profissional é dever do profissional incentivar, sempre que possível, a prática profissional interdisciplinar. A intersetorialidade e a interdisciplinariedade somadas a integralidade são eixos essenciais para a consolidação da política de saúde.

Outro aspecto que permeou muitos relatos dos entrevistados, conforme veremos, é a questão da autonomia do(a) Assistente Social no processo de Trabalho:

E2: Pois é, como é que eu vou te dizer, assim, sendo muito lapidada minha fala... É muito diferente dentro dos municípios, onde tu tem autonomia, né. Trabalhei em dois municípios, um de pequeno porte e outro de grande porte e é muito diferente, tem uma autonomia pra contribuir e pra literalmente fazer. Diferente do estado, o estado tu tem que sempre pensar e falar pra primeira chefia, que fala pra segunda chefia, que fala pro diretor, que talvez fale pro secretário, que talvez fale pro governador. É bem diferente por ser muito limitado, pelo curso das chefias não ser esse. **Podemos identificar que o Serviço Social é regulamentado como uma profissão liberal e**

**que tem certa autonomia para a organização e execução do seu trabalho, sua intervenção é atravessada por um empregador.**

E2: Além disso é a **falta de autonomia** e, como vou te explicar... As coisas não andam, sabe? Tu propõe uma coisa e aquilo fica muito tempo sendo pensado, de que forma vai ser instituído e como vai ser instituído, porque falta determinada coisa, falta determinada outra coisa. **É muito moroso tudo.**

Embora o Serviço Social seja regulamentado como uma profissão liberal e tenha certa autonomia para a organização e execução do seu trabalho, sua intervenção é atravessada por um empregador. Os empregadores determinam as necessidades sociais que o trabalho do assistente social deve responder; delimitam a matéria sobre a qual incide esse trabalho; interferem nas condições em que se operam os atendimentos assim como os seus efeitos na reprodução das relações sociais.

É nessa condição de trabalhador assalariado que o assistente social se integra na organização do conjunto dos trabalhadores afins, por meio de suas entidades representativas, e com a coletividade da classe trabalhadora. Portanto, essas relações interferem decisivamente no exercício profissional, que supõe a mediação do mercado de trabalho por tratar-se de uma atividade assalariada de caráter profissional (IAMAMOTO, 2008, p. 215).

A condição de trabalhador assalariado, apontada por Iamamoto, implica diretamente na atuação profissional, e o “recorte” de realidade onde o profissional deverá incidir já está determinada, indiferentemente se no âmbito do primeiro, segundo ou terceiro setor. A ação profissional será permeada pelas demandas do empregador e o Assistente Social, enquanto pertencente da classe que vive do trabalho, se vê responsável a responder a duas instâncias: o atendimento das demandas dos sujeitos (seu compromisso ético) e da organização que lhe emprega e que, através de seu trabalho, garante a manutenção de sua sobrevivência.

E necessário arcar com as demandas e necessidade de usuários e empregadores, sem perder de vista seu compromisso firmado com a classe trabalhadora, e a construção de uma nova ordem societária prevista no Projeto Ético-Político. Tendo esse pressuposto como ponto de partida, questiona-se até que ponto, os Assistentes Sociais, que estão atravessados pela alienação do trabalho cotidiano, pela demanda da organização, pela sobrecarga de tarefas conseguem em suas práticas cotidianas garantir o compromisso firmado com a classe trabalhadora



na efetivação do Projeto Ético-Político e, no caso da saúde, na efetivação do conceito ampliado de saúde.

Contudo, o Assistente Social como trabalhador assalariado como coloca lamamoto estão permeados de um processo de alienação do trabalho cotidiano pela demanda da política pública, pelo modo operante da organização que pensa um gestão muitas vezes inoperante que fere o compromisso firmado com a classe trabalhadora na efetivação do Projeto Ético-Político e, no caso da saúde, na efetivação do conceito ampliado de saúde.

Com isso o compromisso profissional fica ferido frente as relações de poder estabelecidas no processo de gestão como citado nas falas. Conforme colocado anteriormente, o compromisso profissional do Assistente Social é posto através do Projeto Ético-Político da profissão. Netto (2009) informa que existem diferenças substanciais entre os projetos profissionais e os projetos societários. Os projetos societários irão implicar significativamente nos projetos profissionais:

Os projetos societários são projetos coletivos; mas seu traço peculiar reside no fato de se constituírem como projetos macroscópicos, como propostas para o conjunto da sociedade.

Em sociedades como a nossa, os projetos societários são, necessária e simultaneamente, projetos de classe, 56 ainda que refratem mais ou menos fortemente determinações de outra natureza (culturais, de gênero, étnicas etc.). [...] nos projetos societários (como, aliás, em qualquer projeto coletivo) há necessariamente uma dimensão política, que envolve relações de poder (NETTO, 2009, p. 142-143).

Ao vender sua força de trabalho em troca de salário, o assistente social entrega para o empregador o direito de consumi-la, durante a jornada de trabalho acordada. E, durante esse período, previamente determinado, a ação criadora do profissional, mediada pelo suporte intelectual e material, é submetida às exigências impostas pela instituição empregadora que a utilizará conforme as políticas, as diretrizes, os objetivos e os recursos disponibilizados pelos compradores da sua força de trabalho. Reconhecida a particularidade de trabalhador com estatuto liberal na condição de assalariado, o assistente social apresenta relativa autonomia profissional na condução do trabalho profissional nos diversos espaços sócioocupacionais.

Nessa perspectiva, Yamamoto (2015, p. 99) esclarece que a relativa autonomia que dispõe o assistente social decorre da natureza mesma desse tipo de especialização do trabalho: atua junto a indivíduos sociais “e não com objetos inertes, contudo, o trabalho profissional dispõe [...] de uma interferência, pela prestação de serviços, na reprodução material e social da força de trabalho [...]”.

**E6: Acho que a saúde como um todo, ela ainda é voltada pra uma formação da medicina e da enfermagem, né, então mesmo a gente tendo um hall de profissões que compõem o campo da saúde, aí gente ainda percebe essa restrição na prática.** E enquanto assistentes sociais a gente tem que tá demonstrando que a gente também tem saberes que podem tá contribuindo... E muitas vezes a gente tem que tá convencendo que a gente tem qualificação pra estar nesses espaços. Então eu vejo muito desafiante por esse histórico da saúde, mesmo, de ser muito voltada pra medicina e pra enfermagem, que é histórico. Mas igual às outras profissões, acho que a gente tá aí rompendo barreiras e fica muito evidente que é um espaço que pode ser sim do serviço social.

**E7: Muitas dificuldades, principalmente aqui na área em que eu estou, eles são burocráticos, né.** Tem a questão do estado, e aí não importa se estamos no município, no estado ou na união, o estado compreendido na gestão pública, ele tem bastante dificuldade de dar andamento em qualquer propostas porque ela depende de dois fatores, **depende do desejo da agenda política, assim que a gente pode falar... E depende dessa agenda política, ou seja o entendimento do gestor master sobre o direcionamento da proposição daquela política a qual está se implantando.** Então esse aí já é o primeiro limitador. Poder sensibilizar o gestor da importância daquele fazer... Isso quando não é algo que vem de cima, né, eu tô falando de algo propositivo na gestão, não é algo que venha do ministério que a gente tenha que implantar, porque aí fica fácil, né, porque é uma instância maior que tá deliberando sobre aquela ação. Eu trago algo que é proposto na gestão a partir do espaço onde o gestor está, então esse é o entrave, o dificultador, não vou nem dizer entrave, porque o gestor tem que ser sensível aquela proposta. A partir daí, nada é implantando se não tiver uma legislação, se tiver uma legislação, aquele serviço, aquela política, ganha força e ganha representação, e ganha também chance de se movimentar. Então, aí nós temos que atuar junto com outros parceiros de outros espaços, que é o jurídico, pra conseguir garantir aquela ação na legislação. Aí depois, aquela ação tem que ser entendida e aceita pelos usuários pra quem está sendo oferecida aquela política, aquele serviço, que seja. Então, acho que esse movimento, né, esses três movimentos são movimentos difíceis na gestão. **São movimentos bem difíceis e, bom, aí depois que já fez a sensibilização do gestor, que já tem adesão, que já tem uma legislação que embasa aquele fazer e já tem o aceite dos usuários, aí é só dia a dia do trabalho.** Mas entendo que a gestão ainda tem esses três espaços a percorrer, pra conseguir então efetivar os serviços ou a política, que seja.

Como o desenvolvimento do capitalismo industrial, as organizações burocráticas vão desenvolver uma forma específica de administração burocrática, para garantirem a racionalidade em toda a estrutura organizacional.

Conforme o relato acima podemos observar que o trabalho do Assistente Social na gestão desponta para uma reflexão de que o Estado neoliberal fundamenta suas ações na:

[...] restrição e redução de direitos, sob o argumento da crise fiscal do Estado, transformando as políticas sociais [...] ações pontuais e compensatórias direcionadas para os efeitos mais perversos da crise. As possibilidades preventivas e até eventualmente redistributivas tornam-se mais limitadas, prevalecendo o já referido trinômio articulado do ideário neoliberal para as políticas sociais, qual seja: a privatização, a focalização e a descentralização (BEHRING; BOSCHETTI, 2009, p. 156).

Na ótica neoliberal prevalece a tendência privatizante dos serviços da seguridade social brasileira. Vigora, assim, a “[...] subordinação dos direitos sociais à lógica orçamentária, a política social à política econômica e subverte o preceito de constitucional [...]” (IAMAMOTO, 2015, p. 197). A ofensiva neoliberal provoca a reconfiguração das políticas sociais. A política social é constitucionalmente assegurada como uma primazia, mas na ótica neoliberal adotada na gestão do Estado brasileiro, não se constitui mais como exclusividade das responsabilidades das ações estatais. O enxugamento das ações estatais resulta na transferência significativa de políticas sociais e de prestação de serviços para segmentos da sociedade civil organizada e para ações de iniciativa privada das empresas.

Destacamos ainda que no processo de desenvolvimento capitalista, à medida que cresciam as empresas, a classe capitalista verificou que uma condição essencial para a continuidade desse crescimento e, portanto, para manutenção do próprio processo de acumulação de capital era a estruturação de empresas na forma de organizações burocráticas. Definiu-se uma estratégia de administração baseada em organizações burocráticas. Através dessa estratégia, a classe capitalista defendia-se contra maior tendência ao declínio secular da taxa de lucro ao alcançar maior produtividade, não apenas da mão-de-obra, mas também do capital. Por outro lado, essa estratégia inseria-se no processo histórico de luta de classes, garantido para os empresários a disciplina e a cooperação dos trabalhadores (MOTTA; PEREIRA, 2004).

E8: Eu acho que a dificuldade principal é **a questão partidária do Estado**. Isso é uma coisa que a gente não consegue vencer. A pauta técnica em relação ao Estado **a gente não consegue vencer, uma dificuldade sobre a partidarização** do Estado, né. E as trocas de gestão... Então assim, ninguém pode fazer uma técnica ou construir um pensamento teórico sobre o Sistema Único de Saúde que a cada quatro anos tenha que sofrer ajuste,

entende? Porque isso desde o ponto de vista da organização da política é muito louco. Então eu acho que isso atrapalha um pouco. E de toda maneira, eu tenho visto que não importa pras últimas gestões do Estado, pelo menos as últimas quatro... Eu tô aí com as últimas quatro gestões, desde o governador Rigotto quando eu entrei, ele tava saindo... Não se ocuparam efetivamente de olhar pro SUS do Rio Grande do Sul, de olhar pra competência do gestor estadual do SUS e ter um plano pra resolver esse negócio, entendeu? A gente, seriamente, nunca fez isso, e não fez isso, na minha leitura, por causa da partidização. Porque quando as gestões entram elas têm outros interesses, que não é atender a saúde da população, diferente do técnico do Estado, em especial o assistente social, que só tem esta finalidade, porque se ele tem outra, já tá desvirtuado. Que é a saúde pública lá na ponta, no nível de onde ela acontece, que aquilo que for competência do Estado aconteça bem. Isso desde o ponto de vista de como as coisas deveriam ser, deveria ser assim: 'ah, tem um assistente social na Secretaria de Estado do Rio grande do Sul, qual a ocupação dele?' Que a competência do Estado aconteça bem pro cidadão. Mas do ponto de vista de isso ser sério e de tentar fazer isso acontecer, isso nunca aconteceu, nesses anos que eu tô no Estado. Em alguns momentos isso avança, em outros isso retrocede... E acho que isso é muito vinculado a isso, ao interesse e à partidização dos governos que chegam no Estado. Pois nunca vi chegar, independente de ser de direita, de esquerda, meio, enfim, para resolver esse problema. Então assim, é um loteamento dos cargos da Secretaria, é um monte de gente que entra em cargo comissionado mesmo o Estado tando quebrado, que não sabem o que que tão fazendo lá. Outro dia mesmo, foi muito engraçado, acho que foi semana passado, que uma pessoa veio me falar 'ah, porque tu tem que explicar pra fulana porque ela não sabe...ela é cc e entrou agora', mas eu não sou mãe dela, professora dela, que tem que explicar pra ela o que ela tá fazendo lá, porque ninguém me explicou, né. Quando eu entrei eu sabia, eu era uma assistente social, aquele era o SUS do estado, então tu não precisa que ninguém te explique. Mas isso é complicado, isso atrapalha muito e acho que é o que mais atrapalha. E a gente não vê uma questão assim, o que que a gente vê? A gente vê assim, quer fazer projeto que leve o seu nome, quer fazer isso e aquilo, mas **não quer resolver o que é competência do Estado na vida do cidadão. E isso é muito difícil pro assistente social, porque, na verdade, a cada vez que troca alguém, troca uma chefia, tu começa praticamente tudo do zero.** E algumas pessoas respeitam muito esse recomeçar e outras pessoas que vêm de fora, não. No fundo, o que me parece é assim, que a gente não consegue avançar e melhorar, a competência do Estado seria especialmente média e alta complexidade na vida das pessoas por pessoas que nem sabem qual é a diretriz, e acho que isso é difícil. E a cada quatro anos, a gente fica conversando e a gente tem que convencer quem entra de que a gente sabe do que tá falando e começar tudo de novo. Isso é muito cansativo, a gente vai se desgastando muito, né, a cada quatro anos. Então acho que isso é o que mais atrapalha a gestão da política pública. Eu não tenho nada contra que os governos possam nomear as pessoas que eles querem, mas as pessoas têm que ter o mínimo de conhecimento, porque vira uma loucura, né, e a gente não consegue fazer... Acho que o problema mais grave dos assistentes sociais é esse, que a cada quatro anos tu começa mais ou menos tudo de novo e isso é muito cansativo. E a cada quatro anos vai ser tudo revolucionário, vai resolver... e no fim tu te desgasta e acontece a mesma coisa, não anda daquilo ali, né. E aí tu cai no discurso fácil de que os problemas são os municípios, que esse eu escuto desde que o mundo é mundo, só que eu já fui do município e outros assistentes sociais já foram do município e sabem que o município com os seus problemas é quem atende as pessoas. Então é difícil, mas vamos lá. É que no fundo, no fundo, o Estado não é o governo. **O Estado é a força de trabalho do servidor público, mas isso fica muito diluído porque o servidor público é muito desempoderado.** E acaba que

o governo concentra a decisão e isso acaba não mantendo a política pública, daí ela fica sempre naquele, vamos dizer assim, mediano. Daí tem uma gestão melhor, tem um projeto bom, tem uma gestão ruim, não tem nada. É isso.

Podemos identificar no relato acima que um dos entraves da gestão das políticas públicas é a partidarização, o Governo têm com o executivo, aliado aos seus interesses no sector privado, certamente podem enviesar o processo de formulação de políticas, assim como a sua implementação e a actividade fiscalizadora e isto tem claras implicações na inclusividade e eficácia das políticas públicas, porque são definidas num contexto em que tanto os formuladores como os decisores e os implementadores, apesar de serem institucionalmente diversos, constituem na verdade uma rede de relações com relações hierárquicas entre si, cujo epicentro é a elite política do partido governamental.

São projetos que mostram a resistência de organizações de trabalhadores da sociedade brasileira em uma luta contra-hegemônica, a favor da democracia e da participação social. Iamamoto (2008) esclarece o trabalho do assistente social e a importância da adoção de estratégias profissionais:

As condições que peculiarizam o trabalho do assistente social são uma concretização da dinâmica das relações sociais vigentes na sociedade. Como as classes sociais só existem em relação, pela mútua mediação entre elas, o trabalho profissional é necessariamente polarizado pela trama de suas relações e interesses, tendendo a ser cooptado pelas que têm uma posição dominante. Reproduz, também, pela mesma atividade interesses contrapostos, que convivem em tensão. Responde tanto a demandas do capital e do trabalho, e só pode fortalecer um ou outro pólo pela mediação de seu oposto. Participa tanto dos mecanismos de exploração e dominação, quanto, ao mesmo tempo e pela mesma atividade, da resposta às necessidades de sobrevivência da classe trabalhadora, da reprodução do antagonismo desses interesses sociais, reforçando as contradições que constituem o motor da história (IAMAMOTO, 2008, p. 170).

A saúde se constitui como espaço de resistência e conflitos entre os interesses do capital, que se revela no desempenho do projeto privatista, e os interesses da classe trabalhadora, representado pelo projeto de Reforma Sanitária. No que concerne este conflito, diferentes requisições são dirigidas ao assistente social atuante na área da saúde.

E3: A dificuldade é a política partidária na gestão pública. Não tô dizendo nas outras frentes, mas também tem um jogo de interesses muito grandes. A maior dificuldade pra mim é essa, e é o que a gente também estuda lá na academia, né, como se diz? **As relações de poder gritam na gestão**

(risos). As relações de poder estão em toda nossa vida, né, até nas relações pessoas, a gente sabe disso. Mas na gestão, quando tu tá brigando por uma situação lá, vamo dar exemplo dessa rede aí que eu ajudei, dessa construção da rede da pessoa com deficiência, o processo de habilitação desses serviços e de toda a adequação das portarias, a gente faz um trabalhão brigado pelos direitos de 'ai ele quer assim e assado, vamos ver se ele tem condições de se habilitar' e tal, e a gente batalha e já coloca ele na nossa listinha e aí vem o ministério e "pá", habilita um que não passou por nada desse processo. A gente se deparou com várias situações assim, não só na rede das pessoas com deficiência, mas com outras situações. Então, habilita o serviço de qualquer jeito por interesses pontuais e a coisa não funciona. Não que a coisa vá funcionar melhor, mas é que não fica claro, em algum momento vai aparecer aquela brecha. Esse é um dos problemas piores da gestão, onde a gente acaba se desestimulando enquanto profissional. É muito complicado, tem as relações de poder do macro, lá do Ministério pro Estado, mas tem as relações de poder dentro da Secretaria, nos setores, dentro do teu setor... Isso é uma coisa muito forte na gestão. Quando eu ingressei na Secretaria eu tive um baque muito grande, além de não estar trabalhando com as pessoas, que tá, tudo bem, **as pessoas que trabalhavam naquele setor, eram pessoas muito duras, muito rígidas, sabe? Nossa, até pro abraço, e isso foi uma coisa que eu senti muito... Eu não sei se isso é fruto da gestão, ou se é fruto do serviço público.** Hoje eu e meu setor temos uma relação bem legal, sabe? Mas num primeiro momento eu me assustei, porque não sei se isso não é reflexo dessas relações de poder, sabe? E outra coisa, tá, agora tu tem que fazer tal projeto, daí tu sua, dá o teu sangue, apresenta e troca o governo e "pá", esquece que tu fez tudo aquilo e tem que fazer tudo de novo. Santa Maria, por exemplo, o hospital de Santa Maria é um exemplo muito grande disso... Até hoje tá encantado! E era um serviço que ele foi criado, nos seus primórdios, para ser um centro nos moldes do Sarah Kubitschek, lá de Brasília. E pra onde a gente manda os nossos pacientes com deficiência, quando a gente não consegue acolher aqui em algum procedimento. Ele foi feito pra ser o centro naqueles moldes, aí foi mudando, foi mudando, e hoje parece que nem a reabilitação tá lá. Ele foi feito pra ser um centro de reabilitação e parece que hoje a reabilitação não tá lá! Então, quando eu tava ali no DAHA, no último governo do Tarso a gente deu todo o gás pra inaugurar e abrir como reabilitação e piscina, e fisioterapeuta, e reabilitação física e visual e tal... E que eu saiba até agora nada disso aconteceu. Então é o que eu digo, entra uma nova gestão e 'ah, vamos fazer um novo projeto pra Santa Maria', como se aquilo nem tivesse sido feito... É um desrespeito muito grande. É bem complicado.

No discurso da Assistente Social acima percebe os elementos da articulação direta entre as relações pessoais e a ascensão como gestor no campo da Gestão em Saúde. Há uma correlação de forças históricas presente no campo da Gestão, trazendo à tona a referência a própria estrutura do Estado brasileiro, que tem através de indicações políticas seus cargos comissionados. O desmonte das Políticas Públicas, onde se tem a intervenção e responsabilidade do Estado cada vez menos presente. Podemos explicar a indignação da assistente social trazendo Montaño (2002) como interlocutor. Segundo o autor, o desmonte das Políticas Públicas e a Reforma do estado são consideradas e percebidas principalmente na

gerência dos serviços, que é delegado à sociedade e recai especialmente nos Processos de Trabalho do Serviço Social da Gestão.

E9: É que pra gestão, e aí um pouco o foco não só na área da saúde, acho que no patamar da gestão que eu participei, em que eu fui envolvida, eu fui obrigada a ter conhecimentos específicos, pros quais eu precisei me preparar. Gestão financeira, gestão alocativa, ou seja trabalhar com contabilidade pública... Porque não dá pra reproduzir aquele discurso que é comum se ouvir de 'ah, essa parte financeira não tem nada a ver com isso, eu não estudei pra isso'... Não, enquanto a gente não tiver pleno conhecimento do que se trata a gestão financeira, e o que significam esses recursos, a execução na ponta fica comprometida. Porque a gente não sabe daonde vem, porque que vem e pra onde vai. Então **é preciso, sim, ter um conhecimento maior, macro, e acho que o mais difícil é a gestão financeira e a contabilidade pública.**

E10: Eu vejo que a gente ainda é um pouco, **como assistente social, pouco reconhecido.** Porque como a gente tá dentro da gestão, a gente acaba não sendo o assistente social, o psicólogo, o enfermeiro, né. Então eu vejo isso assim, que fica tudo muito próximo, muito perto, porque como a gente trabalha com gestão de políticas de saúde, tu não é reconhecido como assistente social, tu é reconhecido como diretor. E muitas vezes quando tu coloca em alguma apresentação 'ah, eu sou assistente social', as pessoas reagem assim 'ai, mas eu achei que tu fosse uma enfermeira'. Eu já ouvi isso várias vezes (risos), várias vezes. Né, porque como a gente trabalha na área da saúde, a gente vai tendo um conhecimento muito voltado pra isso, né. **E eu ainda me surpreendo, apesar desses vinte anos de gestão no SUS, do pouco reconhecimento. Mas também acho que isso é um pouco nosso, da gente não se colocar tanto quanto assistente social, então aqui dentro de todos os espaços em que eu tô inserida, eu sempre tento colocar assim 'mas eu sou assistente social'.** Agora mesmo quando teve o dia do enfermeiro, eu recebi parabéns pelo dia do enfermeiro (risos), então assim, eu respondo assim 'muito obrigada pelos parabéns, mas eu não sou enfermeira, sou assistente social, meu dia é no dia 15 de maio (risos).' Então é uma coisa que tu também precisa garantir isso, mas eu não sei como a gente poderia tentar qualificar um pouco mais a nossa intenção sabe. Às vezes eu fico me perguntando muito sobre isso, o meu espaço dentro daquele setor, dentro dessa dinâmica toda, dentro dessas reuniões que eu faço com os secretários de saúde e prefeitos, né, porque a gente tá ali no dia a dia. E a gente acaba se colocando sem perceber que as coisas vem de dentro da tua formação, mesmo tu não te dando conta disso. Daí quando tu me pergunta isso eu paro pra pensar que sim, tem muita coisa na minha profissão que eu estou colocando no meu dia a dia, apesar de naquele momento não estar identificando isso. Porque, que que acontece, depois que tu tá vinte anos trabalhando em alguma coisa, tu //////////acaba indo ou pra um lado ou para o outro, tipo acaba não seguindo tanto a questão do serviço social, mas quando tu para e pensar, tu vê que tu tá ali qualificando dentro daquelas coisas, sim, que tu aprendeu na tua formação e que tu acaba reproduzindo. E isso é muito bom, **obrigada por tá me dando essa oportunidade de tá qualificando minha formação.**

Na fala acima podemos ver a necessidade de reafirmação da profissão sempre para que o Assistente Social, possa ser visto como um dos trabalhadores da saúde (reconhecido pela Resolução nº 218, de 6/3/1997 do Conselho Nacional de

Saúde) e profissional que se pauta pela garantia intransigente dos direitos sociais dos cidadãos, também possui responsabilidade no processo de implementação plena e na consolidação da política de saúde. Contudo sabe-se que a realidade cotidiana não é fácil, uma vez que as instituições são marcadas por práticas burocratizadas, imediatistas, hierárquicas o que acaba dificultando a operacionalização do SUS constitucional.

Sendo assim, para finalizar a análise das categorias iniciais vislumbramos a categoria intermediária que aponta a Intencionalidade do Trabalho do(a) Assistente Social na gestão do SUS no RS, destacado através das falas das entrevistadas, que o agir profissional da Assistente Social possui uma intencionalidade que tem velado uma dualidade de compromissos: o ético-político e o normativo-institucional. O primeiro é orientado por procedimentos teórico-metodológicos e por princípios éticos que norteiam a relação com a gestão. O segundo é condicionado pelas orientações normativas emanadas da instituição sendo a maioria decorrente de decisões mais amplas tomadas pelo poder político. Em muitos momentos enfrentam a contradição estabelecida onde prevalece a normativa institucional em prejuízo da intervenção, a redução da autonomia profissional associada a prática funcionalista da gestão, burocrático e alienante.

#### 6.4 O(A) ASSISTENTE SOCIAL NA GESTÃO DO SUS NO RS

<b>Quadro 10. Categoria Final</b>
<b>CATEGORIA FINAL</b>
O(A) Assistente Social na Gestão do SUS no RS

Fonte: Elaborado pela autora

O processo de trabalho do(a) assistente social está diretamente ligado à construção da Identidade Profissional, o que traz em si uma forte carga com relação



à questão social<sup>22</sup>. Esta se apresenta como imbricada em largo cunho ideológico, diverso e, por vezes, difuso. A forma como se percebe o Processo de Trabalho e a Identidade Profissional está associada a fatores onde se desenvolvem as competências teórico-metodológicas, políticas e técnico operativas. Estas competências são plantadas durante o processo de formação. Por esse motivo, a Identidade do assistente social será construída diante de seu processo de trabalho e se revelará como histórica a partir das vivências constituídas na práxis. (CARVALHO, 2015, p. 57)

A práxis da qual nos referimos está caracterizada como o movimento de pensar e realizar/fazer, no caso, o Serviço Social. Devemos ter por certo que essa práxis nos direciona a pensar tanto em Identidade, como em exercício profissional. Temos assim, que a Identidade Profissional destaca as características que norteiam uma categoria profissional, e, o exercício profissional caracteriza o movimento externo da profissão. (CARVALHO, 2015, p. 57)

De acordo com Iamamoto (2000) Serviço Social traduz na contemporaneidade um momento de crescimento e expansão do espaço de mercado de trabalho especializado. A Gestão em Saúde se configura como um novo espaço profissional, que se assume em sua exigência, prima para a composição de processos de trabalho específicos, resultando daí uma qualificação cada vez maior de seus gestores. A formação traduz-se, portanto, como fator determinante para a construção e desenvolvimento deste novo espaço. Por outro lado, vemos a redução do financiamento das Políticas Públicas, com seus rebatimentos, direto na esfera de atuação do gestor, que terá como desafio administrar o mínimo para a população demandante.

Assim, reconhecer a necessidade de buscar na teoria uma consistência para a ação garante qualidade interventiva e contribui para reforçar a legitimidade da profissão. Pois, Orientar o trabalho profissional no rumo aludido requisita um profissional culto e atento às possibilidades descortinadas pelo mundo contemporâneo, capaz de formular, avaliar e recriar propostas ao nível das políticas sociais e da organização das forças da sociedade civil. Um profissional informado,

---

<sup>22</sup> Segundo Iamamoto (1993, p. 27). a Questão Social pode ser definida como: “o conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista madura, que têm uma raiz comum: a produção social é cada vez mais coletiva, o trabalho torna-se mais amplamente social, enquanto a apropriação dos seus frutos se mantém privada, monopolizada por uma parte da sociedade.

crítico e propositivo, que aposte no protagonismo dos sujeitos sociais. Mas também um profissional versado no instrumental técnico-operativo (IAMAMOTO, 2001).

O quadro 11 apresenta que a construção desta práxis faz o pensar do exercício profissional e sua interface com a formação recebida, a qual fica expressada nas falas das entrevistadas, que mesmo elas tendo sido formadas em diferentes campos de formação e tenham intervalos bem distintos em relação ao tempo de formação de cada uma a temática da gestão foi pouco aprofundada deixando um vazio teórico relevante.

<b>Quadro 11. Análises Finais I</b>		
	<b>Destaques das entrevistas:</b>	<b>Considerações da pesquisadora:</b>
<b>A Formação e a sua contribuição na Gestão</b>	[...] tive uma formação muito boa, muito crítica, muito qualificada...a formação ainda não dá conta...ela ainda não deu conta dessa dimensão que é a gestão [...]	<p>Um das questões que foi fortemente pontuado pelos entrevistados é que a Formação em Serviço Social nos habilita para atuar na gestão e que somos uma das profissões que consegue fazer a interlocução entre a situação social dos usuários, suas necessidades e o que a Política Pública pode fazer para melhor atender as pessoas.</p> <p>Mas um dos aspectos destacados é que os entrevistados apontam ter uma formação de qualidade, na nossa amostra tivemos profissionais de cinco instituições diferentes.</p> <p>Mas torna-se relevante destacar que mesmo tendo uma formação adequada salientam que poderiam ter sido mais aprofundada a temática da gestão.</p>
	[...] vim me preparando pra gestão ao longo da minha carreira, além da formação, que não era uma formação sólida pra isso, era muito pouco [...]	
	[...] habilita, sim, pra gente se inserir e ter um entendimento de como funciona a interface entre os usuários e esse espaço de políticas públicas...tem que se qualificar de uma forma específica na área que a gente está atuando, ele é generalista, então ele nos habilita a trabalhar em várias áreas...buscar a especificidade...fazer essa caminhada externa [...]	
	[...] ter um pensamento em relação à realidade e a organização da realidade e depois as disciplinas mais práticas... a gente aprende mais sobre a gestão da política pública quando a gente ocupa um espaço e tá convocado pra aquela tarefa... foi depois, na vida mesmo, no trabalho, que eu acabei aprendendo mais sobre a gestão até, do que na academia [...]	
	[...] acho que a formação não nos prepara para trabalhar na gestão, mas acho que durante a formação a gente lê muito sobre políticas públicas e como funcionam, então a gente acaba trabalhando a política pública, e acaba até fazendo né, participando [...]	
	[...] os estágios que vão fazer a gente percorrer um pouquinho mais a teoria e ir na prática... acho que isso assim, sabe, acho que a graduação introduz bastante e fala bastante do SUS e acho que fala muito do SUS, mas acho que fala muito pouco da gestão... tu vai aprendendo mais na prática [...]	

	[...] a nossa formação nos traz um conhecimento muito amplo, ela te abre muitas possibilidades, porque toda nossa formação é voltado para o ser humano [...]	
	[...] Então acho assim, que o serviço social pode trabalhar na gestão, mas eu melhoraria lá na disciplina da faculdade um pouco, pra dar conta disso de uma forma menos sofrida [...]	

Fonte: Elaborado pela autora

A visão dos(as) assistentes sociais sobre a sua própria ação profissional no setor público gaúcho estadual, embora mostre as contradições aí presentes, demarcadas pela crise de identidade, indica que ela está acompanhada por muitas outras contradições, principalmente pelas que lhes impõem a própria crise de identidade institucional, que atravessa a maioria das instituições do Governo e particularmente as estudadas.

Na construção desta Identidade Profissional podemos identificar ao longo da pesquisa as habilidades destacadas pelas entrevistadas e que garantem sua inserção profissional, conforme apresenta o Quadro 12.

<b>Quadro 12. Análises Finais II</b>		
	<b>Destaques das entrevistas:</b>	<b>Considerações da pesquisadora:</b>
<b>As habilidades destacadas pelas entrevistadas para a profissão no espaço de Gestão</b>	Acho que pra ser assistente social tem que ter muitas habilidades... têm dificuldade de reconhecer nosso objeto de trabalho... na gestão é diferente desse trabalho de você fazer trabalho direto com o usuário... habilidade de comunicação, de mediação, articulação, conhecimento de políticas, de financiamento... Então é uma abordagem muito ampliada.	Durante a pesquisa as habilidades destacadas pelas entrevistadas para a profissão no espaço de Gestão foram a capacidade crítica/reflexiva para compreender o objeto de trabalho, ressaltaram as habilidades de comunicação, de mediação, articulação, liderança, discernimento, escuta. A defesa e luta dos direitos, a articulação política para proceder encaminhamentos técnico- operacionais, sensibilidade, conhecimento teórico, capacidade de mobilização e
	[...] tem que estar motivados [...]	
	[...] habilidade de ser interlocutora entre os departamentos... buscando novas estratégias pra conseguir fazer valer o conhecimento do serviço social... atenta a defender os direitos e a lutar pelos direitos, então, a habilidade de discutir situações com outros colegas...	
	[...] liderança que eu exerço hoje... Saber fazer as mediações...	
	[...] uma coisa que a gente aprende no serviço social... é se colocar no papel do outro... ter essa visão mais global...	
	[...] a gente traz uma outra proposta de trabalho muito voltada pros determinantes sociais... a gente tem a	

	<p>capacidade de trazer essas desigualdades, também, como importantes pra área da saúde, como fator de adoecimento... traz essa clínica ampliada e acho que o trabalho em equipe multiprofissional...</p>	<p>organização. Devido a esta experiência fica claro ao longo da pesquisa a competência para a intervenção deste profissional na gestão e na efetiva construção e defesa do SUS.</p>
<p>...que uma habilidade é poder fazer o movimento pra além do seu lugar de técnico, de saber específico, e conseguir se deslocar um pouco desse espaço e fazer um olhar mais ampliado... habilidade de compreender, que vai pra além das relações, que vai pra um conhecimento técnico específico, duro da legislação... discernimento, ter uma proatividade.. pensar propostas que venham ao encontro de atender as necessidade dos usuários daquele serviço... pensar propostas...</p>		
<p>[...] arcabouço de conhecimento e estruturação do pensamento em relação à realidade social é muito importante... que o vínculo teórico-prático tu vai fazendo a partir da trajetória, mas se tu tem a parte teórico-político-ontológico, isso te ajuda muito...</p>		
<p>[...]formular a política pública, quanto para avaliar... E no processo de gestão pra tomada de decisão...</p>		
<p>Ética... um olhar pro todo... a gente traz muito a realidade... nossa profissão traz muito a realidade né, nossa prática</p>		
<p>A nossa escuta é uma escuta muito qualificada e é uma escuta diferente da de outras profissões... a gente tem ainda outra coisa que eu acho que é muito legal, como a gente conhece muito e conhece o todo, a gente é a única profissão que entende pra onde vamos...</p>		
<p>[...] de conhecer profundamente aquilo daonde ele tá inserido... o profissional muito engajado, muito querendo fazer a diferença dentro do seu trabalho.</p>		
<p>[...] então o serviço social tá em qualquer espaço profissional, principalmente na gestão... ter uma visão mais ampla.</p>		
<p>Acho que esse campo da gestão se transformou e acho que os assistentes sociais transformaram ele também</p>		
<p>[...] de uma habilidade a mais, de mediação... O espaço de gestão é um espaço realmente fundamental pro assistente social, onde ele ganha poder, onde ele pode expressar o conjunto das necessidades de uma população e pensar de uma forma diferente daquele formulador que não conhece absolutamente nada da área pública que está formulando.</p>		
<p>[...] a gente consegue contribuir bastante com nosso olhar mais sistemático, mais do todo.</p>		
<p>[...] eu acho que quanto mais o assistente social tivesse dentro da gestão, ia ser uma avanço muito grande pras políticas sociais.</p>		

Por constituir-se, também, como uma resposta à crise de identidade do profissional no setor público, a busca por atribuir à prática profissional uma nova qualidade, apontando novos rumos tanto na análise teórica da sociedade e da profissão, em consonância com o movimento histórico concreto da sociedade (IAMAMOTO, 1992) é uma obrigação neste final de milênio. Entende-se que a reflexão sistemática e crítica e o trânsito possível do assistente social entre a teoria e a prática lhe atribuem uma outra competência, possibilitando uma interpretação ou (re)interpretação necessária da identidade profissional em cada contexto histórico.

A identidade configura-se como uma forma de conhecer a profissão, de resistência, refletindo sobre a sua natureza e particularidades históricas, uma vez que esta é um produto histórico, logo adquire sentido e compreensibilidade no curso da sociedade da qual é parte e expressão, Sob o ponto de vista dialético, a identidade é uma categoria sócio histórica que pulsa com o tempo e com o movimento, a partir de determinações políticas, sociais, econômicas, históricas, culturais. Como categoria éticopolítica, cujo “corolário natural é a consciência, a identidade constrói-se no fértil terreno da diferença, no interior de relações sociais antagônicas” (MARTINELLI, 2013, p. 145).

Assim, a identidade profissional deve ser desvendada dialeticamente, levando em consideração as relações de estruturas, conjuntura e cotidiano que redimensionam e determinam formas de acesso a interpretação de determinações da realidade que compõem os elementos constitutivos da formulação de uma identidade, eis que “a pergunta pela identidade é uma pergunta de natureza ontológica que remete a pensar não apenas no que as profissões são, mas como aparecem socialmente e como participam do processo de reprodução social” (MARTINELLI, 2013, p. 151).

A leitura da prática profissional no setor público gaúcho estadual acaba sendo atrelada às dificuldades enfrentadas no cotidiano institucional, principalmente nos aspectos políticos que permeiam tal contexto. Nesse sentido, são entendidos como fatores limitantes ao exercício profissional.

Portanto o(a) Assistente Social para driblar estas dificuldades deve agir de forma crítica, política e proativa, observando os limites e as possibilidades de sua práxis transformadora dentro da instituição, buscando esclarecer e garnatir os direitos dos usuários nas políticas públicas, não reproduzindo o corporativismo

(sistema político de proteção dos interesses de segmentos da sociedade, de alguns grupos em detrimento de outros), mas mantendo uma apreensão instrumentalizada dos processos sociais, observando a perspectiva de totalidade e promovendo a justiça social. Conforme apresenta o Quadro 13.

<b>Quadro 113. Análises Finais III</b>		
	<b>Destaques das entrevistas:</b>	<b>Considerações da pesquisadora:</b>
<b>Os desafios apontados pelas Assistentes Sociais na Gestão do SUS</b>	Mas quando o objeto de trabalho é outro, eu vejo mais dificuldade, porque aí o pessoal pensa que o assistente social não daria conta. Por exemplo, agora no covid, eu fui fazendo meu lugar pra eu me inserir, eu não fui pensada já pro grupo de frente.	Finalizando nossa análise é impossível na leitura da práxis profissional das Assistentes Sociais desta pesquisa não destacar que o espaço de gestão apresenta muitos desafios, dentre os evidenciados na pesquisa estão a pouca credibilidade referente a profissão, principalmente na gestão de uma política de saúde, a falta de autonomia, a questão política partidária que muitas burocratiza e tarda as decisões para construção ou viabilização das políticas públicas.
	[...] trabalhar de forma interdisciplinar... questões políticas que envolvem a tua gestão... No momento que tu consegue ter uma congruência dentro de uma equipe, que todo mundo fala com o mesmo objetivo, que não é o eu, mas que é o usuário... É todo mundo falando no mesmo tom, com o mesmo objetivo, daí tudo passa.	
	Podemos identificar que o Serviço Social é regulamentado como uma profissão liberal e que tem certa autonomia para a organização e execução do seu trabalho, sua intervenção é atravessada por um empregador.	
	[...] falta de autonomia... É muito moroso tudo.	
	Acho que a saúde como um todo, ela ainda é voltada pra uma formação da medicina e da enfermagem, né, então mesmo a gente tendo um hall de profissões que compõem o campo da saúde, aí gente ainda percebe essa restrição na prática.	
	[...] eles são burocráticos... depende do desejo da agenda política, assim que a gente pode falar... E depende dessa agenda política, ou seja o entendimento do gestor master sobre o direcionamento da proposição daquela política a qual está se implantando... São movimentos bem difíceis e, bom, aí depois que já fez a sensibilização do gestor, que já tem adesão, que já tem uma legislação que embasa aquele fazer e já tem o aceite dos usuários, aí é só dia a dia do trabalho.	
	[...] a questão partidária do Estado... a gente não consegue vencer, uma dificuldade sobre a partidarização... não quer resolver o que é competência do Estado na vida do cidadão. E isso é muito difícil pro assistente social, porque, na verdade, a cada vez que troca alguém, troca uma chefia, tu começa praticamente tudo do zero... O Estado é a força de trabalho do servidor público, mas isso fica muito diluído porque o servidor público é muito desempoderado.	
	As relações de poder gritam na gestão... , as pessoas que	

	trabalhavam naquele setor, eram pessoas muito duras, muito rígidas, sabe? Nossa, até pro abraço, e isso foi uma coisa que eu senti muito... Eu não sei se isso é fruto da gestão, ou se é fruto do serviço público.	
	[...] é preciso, sim, ter um conhecimento maior, macro, e acho que o mais difícil é a gestão financeira e a contabilidade pública.	
	[...] como assistente social, pouco reconhecido... E eu ainda me surpreendo, apesar desses vinte anos de gestão no SUS, do pouco reconhecimento. Mas também acho que isso é um pouco nosso, da gente não se colocar tanto quanto assistente social, então aqui dentro de todos os espaços em que eu tô inserida, eu sempre tento colocar assim 'mas eu sou assistente social... obrigada por tá me dando essa oportunidade de tá qualificando minha formação.	

Fonte: Elaborado pela autora

Para atender a essas dificuldades, é preciso que o assistente social, em um primeiro plano, procure o desvelamento do espaço político, que é o pressuposto para compreendê-lo essencialmente enquanto espaço do poder e das relações sociais, potencializando-a, nesse sentido, como na concepção de Maquiavel, por ser “[...] a política [...] a arte do possível, é a arte da realidade que pode ser efetivada” (GRUPPI, 1980, p. 11).

Como possibilidade, ainda, a política “[...] não é teoria, mas supõe um conhecimento teórico capaz de embasá-la” (NETTO, 1996, p. 28). Por permear todas as relações, a política é essencial e também condição para a compreensão do contexto da prática profissional, sendo necessário entendê-la como uma prática social e, por isso, como um ato teleológico, que deve buscar o compromisso com a transformação social, porque “[...] o papel desempenhado pelo assistente social não se dá num processo de mudança por si mesmo, mas num domínio mais amplo. Domínio do qual a mudança é uma das dimensões” (FREIRE, 1971, p. 4). Em um segundo plano, é preciso ter a consciência não só das dimensões ética, política, de mudança e educativa da profissão, mas das possibilidades delas. Nesse sentido, neste capítulo apenas se procuram delinear algumas questões presentes nessas dimensões e que complementam as já apresentadas ao longo do estudo.

Assim, cabe lembrar que a Lei n. 8.662/1993 (BRASIL, 1993) coloca como atribuições privativas do assistente social, dentre outras: a) coordenar, elaborar, executar, supervisionar e avaliar estudos, pesquisas, planos, programas e projetos

na área de Serviço Social; e b) planejar, organizar e administrar programas e projetos.

Por outro lado, parece importante observar-se que se essa profissão se caracteriza como uma forma de intervenção ideológica na vida da população a quem atende, portanto, com reflexos que são essencialmente políticos. Ao afilar-se a articulação entre a profissão e a política, permite-se ao assistente social, instrumentalizado e voltado para uma nova prática, afirmar-se como educador político, “[...] contribuindo para encurtar distâncias entre a realidade percebida e aquela efetivamente vivida pelos grupos com que trabalha, reduzindo defasagens entre a mistificação do real e o próprio real, entre o desejável e o possível” (IAMAMOTO, 1992, p. 112).

Contudo com o Quadro 14, demonstra um recorte dos principais aspectos apontados nos resultados ao qual com este trabalho quero enfatizar.

<b>Quadro 14. Análises Finais IV</b>		
	<b>Destaques das entrevistas:</b>	<b>Considerações da pesquisadora:</b>
<b>Assistente Social na Gestão do SUS no RS</b>	[...] a atuação na gestão foi a partir da prática.	A atuação do(a) Assistente Social na Gestão é vista pelos pesquisados com um espaço profissional de importante inserção. E que as habilidades e competências exercidas pela profissão tornam-se um diferencial. Destacam fortemente em várias falas, pois se apresenta intrínseco, a categoria de totalidade: Totalidade entendida não como a reunião de todos os fatos, mas como uma unidade dialética, um todo articulado e interconectado. Totalidade significa: realidade como um todo estruturado, dialético, no qual ou do qual um fato qualquer (classes de
	[...] compreender os processos que se organizam a partir de um olhar ampliado, de um micro pro macro, e fazer essa volta do macro pro micro que o serviço social nos possibilita. Olhar o sujeito dentro do seu espaço, dentro do seu contexto social a partir das políticas, como ele acessa o seu direito a partir das políticas, e poder entender as políticas...	
	[...] o serviço social nos habilita a ter esse feeling, pra ter esse olhar mais abrangente, mais integralista.	
	[...] a vigilância foi onde me faltou o conhecimento, eu fui adquirindo ao longo do tempo... no começo foi bem difícil [...]	



	[...] levei um tempo pra conseguir me adaptar, conhecer, daí eu fiz a especialização e fui aprendendo a trabalhar com isso.	fatos, conjuntos de fatos) pode vir a ser racionalmente compreendido. (KOSIK, 2002)
[...] aqui dentro a gente acaba fazendo uma diferença sempre que a gente tá atuando numa situação, a parte do serviço social acaba aparecendo.		
[...] a gente já discutia essas questões do serviço social na gestão e ao mesmo tempo a gente via pouca representatividade.		
[...] acredito que tenha muito espaço e acho que o serviço social pode crescer mais dentro da gestão. Ele tem muita qualificação pra isso...		

Fonte: Elaborado pela autora

Outro aspecto a ser reforçado que a gestão no trabalho do(a) Assistente Social é reconhecida e ratificada como competência e atribuição profissional na Lei de Regulamentação da Profissão Lei N. 8662/1993 (BRASIL, 1993), no Código de Ética do Assistente Social (CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL, 2011) e nas Diretrizes Curriculares da formação profissional no Brasil (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENSINO E PESQUISA EM SERVIÇO SOCIAL, 1997), quando estabelece as competências e habilidades técnico-operativas para o trabalho profissional em consonância com o disposto na Lei de Regulamentação da Profissão, mas que claramente a partir dos dados levantados na pesquisa a prática nestes espaços de gestão o dia-a-dia do trabalho os desafios expostos, desafia, reinventa a profissão que sempre retoma seu compromisso ético-político da profissão.

As crises de identidade institucional não são ocasionais, são processos, mudanças, disputas ideológicas, distorções e, até mesmo, erros, ao longo da história das instituições, que foram alterando o “fazer constituído”, o “a quem atender”, ao ponto de se fragilizarem como espaços de referência às demandas sociais concretas. E o pior é que muitas delas foram incapazes de reconstruir suas

identidades de forma coletiva, como meio de, assim, aproximarem sua imagem de seus reais objetivos e finalidades.

As assistentes sociais entrevistadas tratam das possibilidades do espaço profissional no setor público, bem como de sua contribuição para esse contexto em mudança, enquanto estratégias técnico-políticas, portanto, perfeitamente articuláveis no campo dessas dimensões. Como uma das dimensões da profissão, encontra-se a educação. Nesse caso, entende-se a educação como um processo pelo qual o indivíduo adquire novos valores, constrói sua experiência e aumenta o grau de compreensão, tanto de si próprio quanto da realidade em que vive.

A instrumentalidade no Serviço Social desponta como a articulação do vetor teórico da profissão (método dialético crítico) com os instrumentos de trabalho utilizados com finalidade política, perfazendo a intervenção propriamente dita, aplicada em determinada realidade concreta por intermédio de sucessivas aproximações. Traz à tona barreiras que perpassam as relações cotidianas dos/das usuários/as, questões aparentemente singulares, mas que também são de natureza universal, “[...] é na relação entre a universalidade e a singularidade que se torna possível apreender as particularidades de uma determinada situação” (SOUZA, 2008, p. 123). Por isso se torna difícil delimitar uma intervenção profissional definitiva, visto que a realidade desvendada está condicionada a fatores sócio históricos, logo são inúmeras as possibilidades de intervenção profissional (SOUZA, 2008).

Se o processo educacional “[...] ocorre em todos os momentos da vida de um indivíduo em contato com o mundo que o rodeia” (MOTTA, 2007, p. 28), então poderá acontecer a aquisição de novos conhecimentos de forma também assistemática, podendo, desse modo, ocorrer através de conversas, leituras, atividades culturais, experiências de trabalho ou mesmo de experiências políticas.

É sob essa perspectiva que ocorre a prática educativa do assistente social, na medida em que sua ação incide tanto sobre o modo de viver quanto sobre o de pensar da população que por ele é atendida. O assistente social “[...] exerce uma ação eminentemente ‘educativa’, ‘organizativa’, nas classes trabalhadoras. Seu objetivo é transformar a maneira de ver, de agir, de se comportar e de sentir dos indivíduos em sua inserção na sociedade” (IAMAMOTO, 1992, p. 40)

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Partindo das discussões apresentadas nesta pesquisa, cujo objeto de estudo foi o Trabalho dos(as) profissionais Assistentes Sociais e suas particularidades no espaço da gestão do SUS, se utilizando de habilidades e competências estabelecidas na formação e as atribuições exigidas pelo SUS, que as Assistentes Sociais que participaram desta pesquisa demonstraram estar imersas na profissão contribuindo imensamente para a potencialidade das discussões privilegiando o estudo com uma riqueza de conteúdo, proporcionando que este trabalho fizesse um recorte apenas, pois muitas reflexões poderiam ser aprofundadas frente à imensa coleta de dados e infinitas reflexões. Mas o ponto de corte desta análise que ficou intimamente vinculada ao processo de trabalho exposto é competência do(a) Assistente Social para exercício profissional na Gestão do SUS no RS.

Está no cotidiano do fazer profissional dos(as) Assistentes Sociais a gestão que aponta novos rumos que se abrem para a atualização de suas competências, com a constante potencialização de suas ações através do fazer profissional crítico sob as bases teórica, metodológica e operativa da profissão, tendo sempre como base ideo-política o nosso Projeto Ético-Político.

No capítulo anterior podemos fazer à análise dos dados a luz da teoria e desvelando as análises algumas reflexões consolidaram ainda mais a perspectiva da importância da inserção do trabalho do(a) Assistente Social na Gestão do SUS no RS. Na introdução evidenciamos alguns pontos marcantes deste profissional e sua ascensão dentro da Gestão, ocupando cargos importantes que deram destaque a profissão, a conquista destes espaços ajudando a consolidar a profissão, a visualizar seus desafios mas sempre reforçar a importância de compor este espaço profissional e consolidar a atuação do(a) Assistente Social na gestão.

Ressalta-se também que, no decorrer da pesquisa, a questão da formação em Serviço Social teve grande relevância, pois trás as ferramentas necessárias para o processo de amadurecimento e tomada de consciência do profissional, mas também deixa algumas lacunas, principalmente na questão da temática relativa à gestão. Deixando uma necessidade enorme de buscar formações complementares para qualificar sua ação profissional.

Nesta ação profissional a práxis da qual nos referimos está caracterizada como o movimento de pensar e realizar/fazer, no caso, o Serviço Social. Na

construção da práxis o conhecimento transformador da realidade. O estudo procurou mostrar que os(as) Assistentes Sociais não podem ser indivíduos passivos diante da realidade, reprodutores alienados das relações sociais de dominação e exploração da classe trabalhadora, agentes da dominação do mundo das aparências gerado pelo capital. E que isto na gestão pública precisa ser constantemente fomentado, pois o mecanismo público é gerador de alienação.

Romper o processo alienante e preservar a Identidade Profissional é fundamental nas relações de trabalho do(a) Assistente Social, não somente no campo da saúde, mas também através da sua identificação com o núcleo profissional ao qual pertencem, e que por mais desafiadas sempre retomam o rumo do seu projeto ético-político. As áreas estão imersas umas nas outras, assim como o campo e o núcleo de saberes dos(as) assistentes sociais estão se revelando em meio a seu processo de trabalho e seu espaço profissional na Gestão em Saúde, garantindo sempre sua afirmação profissional. Este percurso nem sempre é simples e confortável é dinâmico e desafiador, pois a luta se dá também num processo alienante do fazer profissional, o que ficou expresso em vários depoimentos.

O processo de trabalho do assistente social está diretamente ligado à construção da Identidade Profissional, o que traz em si uma forte carga com relação à questão social (CARVALHO, 2015, p. 57), que pode ser definida como: “O conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista madura, que têm uma raiz comum: a produção social é cada vez mais coletiva, o trabalho torna-se mais amplamente social, enquanto a apropriação dos seus frutos se mantém privada, monopolizada por uma parte da sociedade” (IAMAMOTO, 1993).

Esta se apresenta como imbricada em largo cunho ideológico, diverso e, por vezes, difuso. A forma como se percebe o Processo de Trabalho e a Identidade Profissional está associada a fatores onde se desenvolvem as competências teórico-metodológicas, políticas e técnico operativas. Estas competências são plantadas durante o processo de formação. Por esse motivo, a Identidade do(a) Assistente Social será construída diante de seu Processo de Trabalho e se revelará como histórica a partir das vivências constituídas na práxis.

De acordo com Iamamoto (2000) Serviço Social traduz na contemporaneidade um momento de crescimento e expansão do espaço de mercado de trabalho especializado. A Gestão em Saúde se configura como um novo espaço profissional, que se assume em sua exigência, prima para a

composição de processos de trabalho específicos, resultando daí uma qualificação cada vez maior de seus gestores. A formação traduz-se, portanto, como fator determinante para a construção e desenvolvimento deste novo espaço. Por outro lado, vemos a redução do financiamento das Políticas Públicas, com seus rebatimentos, direto na esfera de atuação do gestor, que terá como desafio administrar o mínimo para a população demandante.

Cabe ao Assistente Social buscar sempre agir politicamente no intuito de conquistar espaços para participação e controle social democrático em prol da conquista de direitos, visando romper com a ideia do profissional conservador meramente executivo. É fundamental que adote uma práxis propositiva, crítica e transformadora da realidade, concretizada mediante a denúncia constante das desigualdades, buscando assegurar direitos e ampliar espaços que permitam à classe trabalhadora movimentar-se rumo à emancipação.

Diante da realidade que se apresenta na Gestão do SUS e do desmonte das Políticas Públicas, vivido constantemente no momento histórico, podemos identificar a intervenção e responsabilidade do Estado cada vez menos presente. Podemos explicar a indignação dos Assistentes Sociais, trazendo Montaño (2002) como interlocutor. Segundo o autor, o desmonte das Políticas Públicas e a Reforma do estado são consideradas e percebidas principalmente na gerência dos serviços, que é delegado à sociedade e recai especialmente nos Processos de Trabalho do Serviço Social da Gestão.

A pesquisa realizada demonstra a importância da inserção do Assistente Social na gestão e de sua competência para estar neste espaço, contudo torna-se relevante analisarmos a inserção de Assistentes Sociais em novos espaços profissionais – novos campos - aprimora a perspectiva tanto da competência teórico-metodológica, quanto da inserção no mercado de trabalho para a categoria. Essa dinâmica amplia as possibilidades teórico-práticas e também ideo-políticas, de forma a reafirmar a identificação dessas Assistentes Sociais com o núcleo profissional do qual pertencem.

Concluindo essa reflexão não tem como eu não expressar ao final deste trabalho o grande desafio imposto a mim durante a realização, que foi trabalhar na Gestão da Saúde do SUS no RS em plena pandemia do COVID e realizar esta pesquisa. Para mim e as pesquisadas, está sendo um dos maiores desafios da nossa carreira, a pandemia nos fez mudar processos de trabalho, mesmo não

estando como profissionais com atuação direta, nossa demanda de trabalho teve uma mudança muito expressiva. A Secretaria Estadual da Saúde do RS está a frente do enfrentamento desta doença, da elaboração de protocolos, diretrizes e contratação de serviços, regulação de leitos entre outras ações, com muitas dificuldades.

Novamente nosso código de ética e nossas diretrizes profissionais nos deram força e coragem para trazer nossa expertise. Ainda não terminou, as vidas perdidas serão para sempre lembradas. Contudo o(a) profissional Assistente Social demonstrou seu compromisso e sua humanidade. Isso só reafirma a importância de continuarmos nos aprofundando em estudos que possam apoiar rearranjos de competências técnicas, políticas e operacionais, caracterizadas como investimentos na formação complementar para qualificar novas competências, dando seguimento e relevância a atuação do(a) Assistente Social na gestão do SUS no RS.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENSINO E PESQUISA EM SERVIÇO SOCIAL. **Diretrizes gerais para o curso de Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 1997.

ABESS. **Caderno ABESS n. 07**. Caderno Especial: Formação Profissional: trajetórias e desafios. Cortez, São Paulo: 1996.

ALMEIDA, Ney Luiz Teixeira. Considerações para o exame do processo de trabalho do serviço social. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo: Cortez, n. 52, ano XVIII, dez 1996.

ARAÚJO, Ricardo; LOUREIRO, Rubem Severian. Limites e possibilidades de descentralização administrativa: o setor de saneamento básico no Estado de São Paulo. **Relatório de pesquisa, projeto Balanço e perspectivas da descentralização das políticas sociais no Brasil**, São Paulo, Fundap, datilo, 1996.

ARRETCHE, Marta; RODRIGUEZ, Vicente. A descentralização da educação no Brasil: o balanço de uma política em processo. **Relatório de pesquisa, projeto Balanço e perspectivas da descentralização das políticas sociais no Brasil**, São Paulo, Fundap, datilo, 1997.

BALERA, Wagner. **Sistema de Seguridade Social**. 5ª edição. São Paulo, LTR, 2009.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Tradução por Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 70, 2010.

BEHRING, E. R. et al. Seguridade Social na América Latina. BOSCHETTI, I. et al. **Política Social no capitalismo: tendências contemporâneas**. São Paulo: Cortez, 2009.

BEVERIDGE, William. **Social and Allied Services** (The Beveridge Report), 1942. Disponível em: <https://sourcebooks.fordham.edu/mod/1942beveridge.asp>. Acesso em: 22 out. 2020.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília; Senado, 1988.

\_\_\_\_\_. **Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 24 set. 1990.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. **Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto**. Brasília, 2006. Disponível em:

[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399\\_22\\_02\\_2006.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html).

Acesso em: 25 jun. 2020.

\_\_\_\_\_. **Coletânea de Leis do Conselho Regional de Serviço Social**. 14a Região, Federal, 1988. Natal, CRESS/RN 2006.

\_\_\_\_\_. **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília: Senado Federal, 1988.

\_\_\_\_\_. **Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde** (Versão Preliminar). Brasília: CFESS, 2010. Disponível em: [http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros para Atuacao de Assistentes Sociais na Saude - versao preliminar.pdf](http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_Atuacao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude_-_versao_preliminar.pdf). Acesso em: 18 set. 2020.

\_\_\_\_\_. Código de ética do/a assistente social. **Lei 8.662/93 de regulamentação da profissão**. - 9. ed. rev. e atual. Brasília: Conselho Federal de Serviço Social, 2011.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Para entender a gestão do SUS**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. - Brasília : CONASS, 2003.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Legislação estruturante do SUS. (Coleção Progestores - Para entender a Gestão do SUS, 12). Brasília, DF, 2007.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4. ed. Brasília, DF, 2009.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Serviço Social e Reforma Sanitária**: lutas sociais e práticas profissionais. São Paulo, Cortez: 1996.

\_\_\_\_\_. Saúde e Serviço Social. 2. ed. –SP: Cortez: RJ: UERJ, 2006.

BRAVO, Maria Inês Souza; MATOS, Maurílio Castro de. Reforma sanitária e projeto ético-político do Serviço Social: elementos para o debate. In: BRAVO, M I S et al. **Saúde e serviço social**. 2004. p. 25-47. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-422350>. Acesso em 16 set. 2020.

BRAVO, Maria Inês Souza et al. Política de saúde no Brasil. MOTA, E. M. et al (Org). **Serviço social e saúde**: formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez, 2002. p. 1-24.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; CAMPOS, Rosana Teresa Onocko. **Gestão em Saúde**: Um campo aplicado de conhecimento. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. Disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/gessau.html>. Acesso em: 12 jun. 2020.

CARVALHO, J. A. **Processo de trabalho do assistente social na gestão em Saúde**: uma análise no Município de Fortaleza. 2015. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Serviço Social, Trabalho e Questão Social) – Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2015. Disponível em:



[http://www.uece.br/mass/dmdocuments/dissertacao\\_completa\\_jessica.pdf](http://www.uece.br/mass/dmdocuments/dissertacao_completa_jessica.pdf). Acesso em: 18 abr. 2021.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL - CFESS. **Código de ética profissional do assistente social**. Brasília: CFESS, 1993.

\_\_\_\_\_. **Regulamentação da profissão de assistente social**. Lei nº 8662. Jun, 1993

\_\_\_\_\_. Conselho Federal de Serviço Social. **Resolução do CFESS nº 383, de 29 de março de 1999**. Caracteriza o assistente social como profissional da saúde. CFESS, Brasília, 1999.

\_\_\_\_\_. Conselho Federal de Serviço Social. **Parâmetros para Atuação de Assistente Sociais na Política de Saúde**. Brasília: CFESS, 2010.

\_\_\_\_\_. **Atribuições privativas do assistente social em questão**. São Paulo: CFESS, 2009. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/atribuicoes2012-completo.pdf>. Acesso em 22 jan. 2020.

\_\_\_\_\_. Relatório Final: 34º Encontro Nacional do Conjunto CFESS/CRESS. Manaus: CFESS, 2005. Disponível em: [http://www.cfess.org.br/arquivos/relatorio\\_2005\\_34.pdf](http://www.cfess.org.br/arquivos/relatorio_2005_34.pdf) . Acesso em: 22 jun. 2020.

COELHO, A. Capitalismo como religião: uma crítica a seus fundamentos mítico-teológicos. Tese (Doutorado) - Universidade Metodista de São Paulo, São Paulo, 2014.

COIMBRA, José dos Reis Feijó. **Direito previdenciário brasileiro**. 11.ª ed. Rio de Janeiro: Edições Trabalhistas, 2001

COSTA, Maria Dalva Horácio. O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos (as) assistentes sociais. **Revista Serviço Social & Sociedade, São Paulo, nº62, Cortez**, 2000. Disponível em: [https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/57256838/O\\_Trabalho\\_nos\\_Servicos\\_de\\_Saud\\_e\\_e\\_a\\_Insercao\\_dos\\_Assistentes.pdf?1535413815=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DO\\_Trabalho\\_nos\\_Servicos\\_de\\_Saude\\_e\\_a\\_Ins.pdf&Expires=1617132593&Signature=bu-ZcnpCP7YLaTKd6uBVpxXvMyxE8Kp-OXCti58~Xa27YXMHw769e7mf9oLMhYvOwg~GiQs2UNYrPpDObFtLBvX0b5MclbWxtAqW5x96B9d38Ck4GM2P5MU3-RT3NIJFI9nRjaZq0FFSeL3OUkzljth1X8tXHfmTeBokTeb7cw0q2Y40X9SFTqIWITioM4pEZEJ-ApLboCnnsA0FEHm2gedagg~45ECNLwai9MigBh7t89DEC6vgBy3csVbILzOhxlyKEsDhbmMsMdA4mFi~gK-i97bS1xj4fNLcdtNpClcCd5kAWywp98FMs2li1O5WDOceB6K~gOO-N1~vRFSpOA\\_&Key-Pair-Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA](https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/57256838/O_Trabalho_nos_Servicos_de_Saud_e_e_a_Insercao_dos_Assistentes.pdf?1535413815=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DO_Trabalho_nos_Servicos_de_Saude_e_a_Ins.pdf&Expires=1617132593&Signature=bu-ZcnpCP7YLaTKd6uBVpxXvMyxE8Kp-OXCti58~Xa27YXMHw769e7mf9oLMhYvOwg~GiQs2UNYrPpDObFtLBvX0b5MclbWxtAqW5x96B9d38Ck4GM2P5MU3-RT3NIJFI9nRjaZq0FFSeL3OUkzljth1X8tXHfmTeBokTeb7cw0q2Y40X9SFTqIWITioM4pEZEJ-ApLboCnnsA0FEHm2gedagg~45ECNLwai9MigBh7t89DEC6vgBy3csVbILzOhxlyKEsDhbmMsMdA4mFi~gK-i97bS1xj4fNLcdtNpClcCd5kAWywp98FMs2li1O5WDOceB6K~gOO-N1~vRFSpOA_&Key-Pair-Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA). Acesso em: 19 jun.2020.

COSTA, Maria Dalva H. da. Os serviços na contemporaneidade. In: FERNANDES, Ana Elizabete S. da Mota (org.). **A nova fábrica de consensos**. São Paulo: Cortez, 1998.

COSTA, Nilson de Rosário. O Banco Mundial e a Política Social nos Anos 90: Agenda para reforma do setor saúde no Brasil. In: COSTA, Nilson de Rosário. **Política de Saúde e Inovação Institucional**: Uma agenda Para os anos 90. Rio de Janeiro: ENSP, 1997.

COUTO, B. R. Formulação de projeto de trabalho profissional. In: CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL; ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENSINO E PESQUISA EM SERVIÇO SOCIAL (Org.). **Serviço Social**: direitos sociais e competências profissionais. Brasília, DF: CFESS, 2009. p. 755-768.

CRESWELL, J. W. **Projeto de pesquisa**: métodos qualitativo, quantitativo e misto. Porto Alegre: Artmed, 2010.

CURY, Carlos R. Jamil. **Educação e contradição**: elementos metodológicos para uma teoria crítica do fenômeno educativo. 5 ed. São Paulo: Cortez, 1992.

DUSSAULT, Gilles. **A gestão dos serviços públicos de saúde**: características e exigências. Revista de Administração Pública, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 8-19, abr./jun. 1992. Disponível em: <http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/8792>. Acesso em 15 jan. 2020.

FAZENDA, Ivani. **Metodologia da pesquisa educacional**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 1994.

FIOCRUZ. O Sus. 2014. Disponível em: <https://pensesus.fiocruz.br/sus> Acesso em: julho 2020

FREIRE, Paulo. O papel do assistente social no processo de mudança. Tradução pela Faculdade de Serviço Social da PUCRS. **Revista Hoy en el Servicio Social**. Argentina: ECRO, 1971.

GOLDENBERG, M. **A arte de pesquisar**: como fazer pesquisa qualitativa em Ciências Sociais. Rio de Janeiro: Record, 1997.

GUERRA, Yolanda. **A instrumentalidade no trabalho do assistente social**. Belo Horizonte: Simpósio Mineiro de Assistentes Sociais. MAI: 2007

GRANEMANN, Sara Fundações Estatais: Projeto de Estado do Capital. In: BRAVO, Maria Inês Souza et al. (Org.) **Política de Saúde na Atual Conjuntura**: modelos de gestão e agenda para a saúde. 2ª edição. Rio de Janeiro: Rede Sirius / ADUFRJ, 2008, p. 36 -39.

GRUPPI, Luciano; CANALI, Dario. **Tudo começou com Maquiavel**: as concepções de Estado em Marx, Engels, Lênin e Gramsci. Porto Alegre: L & PM, 1980.

IAMAMOTO, Marilda Villela. O trabalho do assistente social frente às mudanças do padrão de acumulação e de regulação social. **Capacitação em serviço social e política social. Módulo**, v. 1, p. 111-128, 1999.

\_\_\_\_\_. **Serviço Social na Contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 9ª. ed. São Paulo: Cortez, 2004.

\_\_\_\_\_. et al. **Renovação e Conservadorismo no Serviço Social: ensaios críticos**. São Paulo: Cortez, 1992.

\_\_\_\_\_. **Serviço Social em tempo de capital fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social**. 9. ed. São Paulo: Cortez, 2015.

IAMAMOTO, Marilda Villela; CARVALHO, Raul de. **Relações sociais e Serviço Social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica**. 3 ed. São Paulo: Cortez, 2014.

JUNQUEIRA, Luciano A. Prates. Descentralização e intersectorialidade: a construção de um modelo de gestão municipal. **Revista de Administração Pública**. Rio de Janeiro, FGV, v. 3, n. 3, mar-abr, 1998. Disponível em: <http://www.spell.org.br/documentos/download/12980> Acesso em: 28 jul.2020.

KOSIK, Karel. **Dialética do concreto**. Tradução por Célia Neves e Alderico Toríbio. 6. reimpressão. São Paulo: Paz e Terra, 1995.

LEFEBVRE, H. **Lógica formal, lógica dialética**. Tradução de Carlos Nelson Coutinho. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1991.

MACHADO, Cristiani Vieira; LIMA, Luciana Dias; BAPTISTA, Tatiana Vargas de Farias. Princípios organizativos e instâncias de gestão do SUS. **Qualificação dos Gestores do SUS**, v. 2, p. 47-72, 2011. Disponível em: [https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/5121097/mod\\_resource/content/4/Texto%20concep%C3%A7%C3%B5es%20sobre%20sa%C3%BAde%20e%20doen%C3%A7a.pdf#page=49](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/5121097/mod_resource/content/4/Texto%20concep%C3%A7%C3%B5es%20sobre%20sa%C3%BAde%20e%20doen%C3%A7a.pdf#page=49). Acesso em: 17 jan. 2020.

MARTINELLI, M. L. **Serviço Social: Identidade e Alienação**. São Paulo: Cortez, 1999

\_\_\_\_\_. A pergunta pela identidade profissional do Serviço Social: uma matriz de análise. **Serviço Social e Saúde**, Campinas, v. 12, n. 2, p. 145-155, 2013. Disponível em: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/sss/article/view/8639491>. Acesso em: 19 jun. de 2019.

MARX, Karl, ENGELS, Friedrich. **A ideologia alemã**. Introdução de Jacob Gorender. Tradução por Luis Cláudio de Castro e Costa. São Paulo: Martins Fontes, 1989.

MATTOS, Aécio Gomes de. Alienação no serviço público. **Revista Psicologia. Ciência e Profissão**, Brasília: Câmara de Comunicação Social/CFP, Ano 14, n. 1-2-3-4, 2003.

MELLO, S. L. de. **Família: Perspectiva teórica e observação factual**. In: CARVALHO, M. C. B (org.). A família Contemporânea em debate. São Paulo: EDUC/Cortez, 2001.

MENDES, Jussara Maria Rosa *et al.*. **Dicionário Crítico sobre Trabalho e Tecnologia**. Porto Alegre: UFRGS, 2011.

MENDES, Jussara Maria Rosa. **O Assistente Social na gerência do Sistema único de Saúde**. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do rio Grande do Sul. Porto Alegre, 1993.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

MIOTO, Regina Célia Tamasso; LIMA, Telma Cristiane Sasso. A dimensão técnico-operativa do Serviço Social em foco: sistematização de um processo investigativo. **Textos & Contextos (Porto Alegre)**, v. 8, n. 1, p. 22-48, 2009. Disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/index.php/fass/article/view/5673>. Acesso em: 22 set. 2020.

MELO, Cristina; TANAKA, Oswaldo Y. O desafio da inovação na gestão em saúde no Brasil: uma nova abordagem teórico-empírica. **Revista de Administração Pública**, v. 36, n. 2, p. 195-211, 2002. Disponível em: <http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/6436>. Acesso em: 22 jan. 2020.

MONTAÑO, Carlos Eduardo. O projeto neoliberal de resposta à “questão social” e a funcionalidade do “terceiro setor”. **Lutas Sociais**, n. 8, p. 53-64, 2002. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/ls/article/view/18912/14066>. Acesso em: 10 jun. de 2019.

MOTA, Ana Elizabete. **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**. 2ª. ed. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2007.

MOTTA, F. C. P; PEREIRA, L. C. B. **Introdução à organização burocrática**. 3. ed. São Paulo: Braziliense, 2004.

MOURÃO, Ana Maria A. et al. A formação dos trabalhadores sociais no contexto neoliberal. O projeto das residências em saúde da Faculdade de Serviço Social da Universidade Federal de Juiz de Fora. **Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional**, v. 2, p. 352-380, 2006.

NETTO, José Paulo. **Democracia e Transição Socialista: Escritos de teoria e política**. Belo Horizonte, Oficina de Livros. 1990.

\_\_\_\_\_. Transformações societárias e Serviço Social. Notas para uma análise prospectiva da profissão no Brasil. **Serviço Social & Sociedade**, ano XVII, n. 50, p. 87-132, abr. 1996.

NETTO, J. P. Ditadura e **Serviço Social: uma análise do Serviço Social no Brasil pós-1964**. São Paulo: Cortez, 2011.

\_\_\_\_\_. **Introdução ao estudo do método de Marx**. São Paulo: Expressão Popular, 2011

NETTO, José Paulo; GUERRA, Yolanda; ALCOFORADO, Mirtes Guedes. **Serviço social: direitos sociais e competências profissionais**. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009.

NOGUEIRA, V. M. R.; MIOTO, R. C. T. Sistematização, planejamento e avaliação das ações dos assistentes sociais no campo da saúde. In: MOTA, A. E. et al. (Org.). **Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: OPAS, OMS, MS, Cortez, 2006.

PONTES, Reinaldo Nobre. **Mediação e Serviço Social**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2000.

PRATES, Jane Cruz. O método marxiano de investigação e o enfoque misto na pesquisa social: uma relação necessária. **Textos & Contextos (Porto Alegre)**, v. 11, n. 1, p. 116-128, 2012. Disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/index.php/fass/article/view/11647>. Acesso em: 25 jan. 2020.

PRATES, Jane Cruz. A questão dos instrumentais técnico-operativos numa perspectiva dialético crítica de Inspiração Marxiana. **Textos & Contextos (Porto Alegre)**, v. 2, n. 1, p. 1-8, 2003.

RAICHELIS, Raquel. Conselhos e Conferências de Assistência Social. In: FERNANDES, Rosa M. Castilhos; HELLMANN, Aline (org.). **Dicionário Crítico: Política de Assistência Social no Brasil**. Porto Alegre: UFRGS Editora, 2016. p. 60-64

RAICHELIS, Raquel. O assistente social como trabalhador assalariado: desafios frente às violações de seus direitos. **Revista Serviço Social e Sociedade: Cortez**, São Paulo, n. 107, p. 420-437, jul. / set. 2011.

SANTOS, Ana Carolina V. BERWING, Solange E. **REFLEXÕES SOBRE AS COMPETÊNCIAS E A IDENTIDADE PROFISSIONAL DO SERVIÇO SOCIAL**. 2019. Anais do IV seminário internacional de políticas públicas, intersetorialidade e família. Disponível em: <https://editora.pucrs.br/edipucrs/acessolivre/anais/sipinf/assets/edicoes/2019/artigo/68.pdf>

REGIS, Maria Figueredo de Araújo. O Serviço social e a área de gestão de pessoas: mediações sintonizadas com a Política Nacional de Humanização no Hospital Giselda Trigueiro. **Serviço Social & Sociedade**, n. 107, p. 482-496, 2011.

Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-66282011000300006&script=sci_arttext&tlng=pt)

[66282011000300006&script=sci\\_arttext&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-66282011000300006&script=sci_arttext&tlng=pt). Acesso em: 22 set. 2020.

RIO GRANDE DO SUL. **Decreto nº 35.920, de 12 de abril de 1995**. Dispõe sobre a estrutura básica da Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente e dá outras providências. Rio Grande do Sul, 1995. Disponível em:

[http://www.al.rs.gov.br/legis/M010/M0100099.ASP?Hid\\_Tipo=TEXT0&Hid\\_TodasNormas=12173&hTexto=&Hid\\_IDNorma=12173](http://www.al.rs.gov.br/legis/M010/M0100099.ASP?Hid_Tipo=TEXT0&Hid_TodasNormas=12173&hTexto=&Hid_IDNorma=12173). Acesso em: 22 jun. 2020.

\_\_\_\_\_. **Decreto n.º 36.502 de 11/03/96**. Que aprova o Regimento Interno da Secretaria da Saúde. Rio Grande do Sul, 1996. Disponível em: [www.saude.rs.gov.br](http://www.saude.rs.gov.br)- modificado). Acesso em: 22 jun. 2020.

SARRETA, F. O. (2008). O trabalho do Assistente Social na saúde. *Ciência ET Praxis*, 1(02), 39–46. Recuperado de <https://revista.uemg.br/index.php/praxys/article/view/2080>

SILVA, M. O. S. **O Serviço Social e o popular: resgate teórico-metodológico do projeto profissional de ruptura**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

SILVA, Ivone Maria Ferreira da. **Questão social e serviço social no Brasil: fundamentos sócio-históricos**/Ivone Maria Ferreira da Silva. 2. ed. Campinas, SP: Papel Social; Cuiabá, MT: EdUFMT, 2006

SODRÉ, Francis. Serviço Social e o campo da saúde: para além de plantões e encaminhamentos. **Serviço Social & Sociedade**, n. 103, p. 453-475, 2010.

Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-66282010000300004&script=sci_arttext&tlng=pt)

[66282010000300004&script=sci\\_arttext&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-66282010000300004&script=sci_arttext&tlng=pt). Acesso em: 15 mai. 2020.

SOUSA, Charles Toniolo. **A prática do assistente social.: Conhecimento, instrumentalidade e intervenção profissional**. Emancipação, v. 8, n. 1, p. 119-132, 2008.

TESTA, Mário. **Pensamento estratégico e lógica da programação**. Rio de Janeiro/São Paulo: HUCITEC, 1995.

TELES, Vera da Silva. Questão Social: afinal do que se trata? **São Paulo em Perspectiva**, vol. 10, n. 4, out-dez/1996. p. 85-95.

TRIVIÑOS, Augusto N.S. **A pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

VASCONCELOS, Ana Maria de. **A prática do serviço social: cotidiano, formação e alternativas na área da saúde**. 2.ª Ed. São Paulo: Cortez, 2013.

WAGNER, N. M; MUNIZ, S. C. **A Contribuição do Serviço Social para efetivação do direito a Saúde Pública no Hospital Universitário do Oeste do Paraná**.

Disponível em

[http://cacphp.unioeste.br/projetos/gpps/midia/seminario2/poster/servico\\_social/pss03.pdf](http://cacphp.unioeste.br/projetos/gpps/midia/seminario2/poster/servico_social/pss03.pdf). Acesso em: 12 jan. 2021.

YAZBEK, Maria Carmelita et al. O significado sócio-histórico da profissão. **Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais**. Brasília: CFESS/ABEPSS, p. 125-142, 2009. Disponível em:

<http://www.cressrn.org.br/files/arquivos/3D6F81pn1Nsm7lhGdgh1.pdf>. Acesso em: 22 mai. 2020.

## ANEXO A

### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP.

UFRGS - INSTITUTO DE  
PSICOLOGIA DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
RIO GRANDE DO SUL



#### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

##### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** O trabalho do Assistente Social na gestão do SUS Estado do Rio Grande do Sul

**Pesquisador:** Paulo Antonio Barros Oliveira

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 30397520.1.0000.5334

**Instituição Proponente:** Instituto de Psicologia - UFRGS

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

##### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 4.013.958

##### Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma pesquisa de Mestrado, cujo tema central é o trabalho do assistente social e suas atribuições na gestão de políticas, programas e projetos no SUS. Adensar o debate sobre o aprimoramento de estratégias acerca da investigação social, considerando sua relevância para desocultar as múltiplas formas como a questão social se expressa no tempo presente, seja no que concerne às desigualdades, como em relação às estratégias utilizadas pelos sujeitos para enfrentá-la, é de fundamental importância para o Serviço Social. É importante, porém, que reconheçamos a necessidade de as investigações pautarem-se em fundamentos coerentes com os que orientam a profissão, como de resto, as demais estratégias que materializam

valores coletivamente legitimados pelo coletivo profissional, como princípios para o ensino e o trabalho profissional. (PRATES, 2012 p. 117).

Baseado nesta concepção essa pesquisa terá abordagem qualitativa, portanto com a escolha do método dialético crítico, o estudo desdobrando-se

em diferentes momentos metodológicos. A pesquisa será dividida em três momentos. O primeiro momento será a fase exploratória: Leitura sobre as temáticas, foco do estudo com o objetivo de delimitar melhor o problema e construir o referencial teórico; Desenvolver as categorias de análise do referencial dialético crítico; Preparação de

instrumentos para coleta de dados documentais; Definição dos documentos a serem pesquisados;

Endereço: Rua Ramiro Barcelos, 2600 Sala 116  
Bairro: Santa Cecília CEP: 91.035-003  
UF: RS Município: PORTO ALEGRE  
Telefone: (51)3308-5668 Fax: (51)3308-5668 E-mail: cep-psiico@ufrgs.br

Página 01 de 04

UFRGS - INSTITUTO DE  
PSICOLOGIA DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
RIO GRANDE DO SUL



Continuação do Parecer: 4.013.958

Elaboração da Entrevista Semiestruturada; Análise documental. E da coleta de dados nas entrevistas. O segundo momento é a definição da amostra entre os Assistentes Sociais vinculados a Secretaria Estadual de saúde conforme critérios de inclusão e exclusão; Coleta de dados da Pesquisa; Análise dos dados da Entrevista Estruturada. E terceiro e último momento será a discussão dos dados analisados na fase anterior e o retorno ao referencial sob uma nova perspectiva à luz das categorias do método, analíticas e operacionais. No processo de análise dos achados que emergirem da pesquisa utilizaremos análise de conteúdo de Bardin (1977), definida pela autora como, Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens indicadores (quantitativos ou não) que permitam a interferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens (BARDIN 2010, p.44) Por meio da análise de conteúdo torna-se possível destacar as partes dos enunciados e relatos (unidades de significados) que correspondem aos pontos abordados no roteiro orientador da entrevista semiestruturada relatados pelos participantes. Como a entrevista será gravada, esta será transcrita dentro do software NVivo11 Pro® disponível na UFRGS para organizar, analisar, transcrever e tabular os dados e informações.

##### Objetivo da Pesquisa:

###### Objetivo Primário:

- compreender a relação entre o trabalho do Assistente Social e as atribuições para a gestão de políticas, programas e projetos no SUS, tendo em vista contribuir para fortalecer e qualificar a inserção dos profissionais de Serviço Social no eixo de intervenção de processos de planejamento e gestão do SUS.

###### Objetivo Secundário:

- conhecer as características profissionais, dos Assistentes Sociais na gestão de políticas, programas e projetos no SUS;
- analisar as atribuições que são inerentes ao trabalhador da gestão do SUS;
- identificar as competências, dificuldades e contribuições do trabalho do Assistente Social na gestão de políticas, programas e projetos no SUS.

##### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

###### Riscos:

Os possíveis riscos da participação nesta pesquisa consistem no fato de que durante a entrevista

Endereço: Rua Ramiro Barcelos, 2600 Sala 116  
Bairro: Santa Cecília CEP: 91.035-003  
UF: RS Município: PORTO ALEGRE  
Telefone: (51)3308-5668 Fax: (51)3308-5668 E-mail: cep-psiico@ufrgs.br

Página 02 de 04





Continuação do Parecer: 4.013.958

semiestruturada, o entrevistado pode sentir-se de alguma forma, incomodado ao responder as questões propostas, visto que as mesmas possibilitam reflexão acerca de sua inserção profissional, caso haja desconforto, o participante será acolhido pelo pesquisador. Os benefícios desta pesquisa estão na sua relevância científica e social que consiste em produção de conhecimento sobre a particularidade do Serviço Social no espaço da gestão no SUS; consolidação do projeto ético-político profissional; ampliar a reflexão sobre a prática profissional de natureza interventiva.

#### Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Essa pesquisa terá abordagem qualitativa, portanto com a escolha do método dialético crítico, utilizando como instrumento entrevistas semiestruturadas com 13 assistentes sociais. A pesquisa será dividida em três momentos. O primeiro momento será a fase exploratória: Leitura sobre as temáticas, foco do estudo com o objetivo de delimitar

melhor o problema e construir o referencial teórico; Desenvolver as categorias de análise do referencial dialético crítico; Preparação de instrumentos para coleta de dados documentais; Definição dos documentos a serem pesquisados; Elaboração da Entrevista Semiestruturada; Análise documental. E da coleta de dados nas

entrevistas. O segundo momento é a definição da amostra entre os Assistentes Sociais vinculados a Secretaria Estadual de saúde conforme critérios de inclusão e exclusão; Coleta de dados da Pesquisa; Análise dos dados da Entrevista Estruturada. E terceiro e último momento será a discussão dos dados analisados na fase anterior e o retorno ao referencial sob uma nova perspectiva à luz das categorias do método, analíticas e operacionais.

#### Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos foram apresentados e estão adequados.

#### Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto está eticamente adequado.

#### Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_P	14/04/2020		Aceito

Endereço: Rua Ramiro Barcelos, 2600 Sala 116  
Bairro: Santa Cecília CEP: 90.035-003  
UF: RS Município: PORTO ALEGRE  
Telefone: (51)3308-5688 Fax: (51)3308-5688 E-mail: cep-psico@ufrgs.br

Página 03 de 04



Continuação do Parecer: 4.013.958

Básicas do Projeto	ETO_1527505.pdf	11:24:00		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	14/04/2020 11:23:27	CANDIDA KIRST BERGMANN	Aceito
Outros	AtaDefesaProjetoDeDissertacao.pdf	31/03/2020 08:19:22	CANDIDA KIRST BERGMANN	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_detalhado.pdf	17/03/2020 09:29:54	CANDIDA KIRST BERGMANN	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Autorizacao_Institucional.pdf	17/03/2020 09:29:31	CANDIDA KIRST BERGMANN	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	17/03/2020 09:29:18	CANDIDA KIRST BERGMANN	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto_assinada.pdf	17/03/2020 09:25:46	CANDIDA KIRST BERGMANN	Aceito

#### Situação do Parecer:

Aprovado

#### Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PORTO ALEGRE, 07 de Maio de 2020

Assinado por:  
Jerusa Fumagalli de Salles  
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Ramiro Barcelos, 2600 Sala 116  
Bairro: Santa Cecília CEP: 90.035-003  
UF: RS Município: PORTO ALEGRE  
Telefone: (51)3308-5688 Fax: (51)3308-5688 E-mail: cep-psico@ufrgs.br

Página 04 de 04

**ANEXO B**  
**ATA DE DEFESA DO PROJETO DE DISSERTAÇÃO**



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
Instituto de Psicologia  
Programa de Pós-Graduação em Política Social e Serviço Social

ATA DE DEFESA DO PROJETO DE DISSERTAÇÃO INTITULADO: **"O trabalho do Assistente Social: uma perspectiva ético-política de qualificação da gestão do SUS no Rio Grande do Sul"**, DE AUTORIA DA MESTRANDA **Cândida Kirst Bergmann**.

Aos **doze dias de dezembro do ano de dois mil e dezenove**, às **14h**, na **sala 408** do Instituto de Psicologia da UFRGS, reuniu-se a Comissão Examinadora do projeto de dissertação intitulado **"O trabalho do Assistente Social: uma perspectiva ético-política de qualificação da gestão do SUS no Rio Grande do Sul."**, de autoria da mestranda **Cândida Kirst Bergmann**, sob a orientação do Prof. Dr. Paulo Antonio Barros Oliveira. A Banca Examinadora foi composta pela **Profa. Dra. Miriam Thais Guterres Dias (PPG PSSS/ UFRGS)** e **Profa. Dra. Maria Isabel Barros Bellini (PPGSS /PUCRS)**. Após a apresentação da mestranda, a Banca procedeu à arguição. O parecer final da Banca Examinadora será anexado à Ata. O projeto de dissertação foi APROVADO. Nada mais havendo a tratar, a sessão foi encerrada às 16h.

Prof. Dr. Paulo Antonio Barros Oliveira  
Presidente da Banca

Profa. Dra. Miriam Thais Guterres Dias  
CPF:

Profa. Dra. Maria Isabel Barros Bellini  
CPF: 339 184 900 -25

Cândida Kirst Bergmann  
Mestranda

## APÊNDICE A

### AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA.



GOVERNO DO ESTADO  
RIO GRANDE DO SUL  
SECRETARIA DA SAÚDE

DEPARTAMENTO DE AÇÕES EM SAÚDE

#### AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA

Eu, **Ana Lucia Pires Afonso da Costa**, Diretora do Departamento de Ações em Saúde da Secretaria de Estado da Saúde – RS, ciente do protocolo de pesquisa intitulada **O trabalho do Assistente Social na gestão do SUS no Rio Grande do Sul** desenvolvida pela servidora Cândida Kirst Bergmann, bem como ciente de seus objetivos e metodologia, e de que a pesquisadora não interferirá no fluxo normal do serviço, **AUTORIZO** sua execução, assim como o acesso aos sujeitos definidos e registros institucionais para fins exclusivos da referida pesquisa, com confidencialidade e privacidade quanto à identificação dos sujeitos. A coleta dos dados/informações requeridos deverá ter início somente após o parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, conforme diretrizes e normas da Resolução CNS 466/2012 e 510/16.

Porto Alegre.

18\_ / 12\_ / 2019\_.

Carimbo  
**Ana Costa**  
Diretora do DAS/SES  
ID.: 4556275

**APÊNDICE B**  
**TCLE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA**

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

INSTITUTO DE PSICOLOGIA

DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICA SOCIAL E SERVIÇO SOCIAL

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Você está sendo convidado (a) a participar como voluntário (a), da pesquisa intitulada **O trabalho do Assistente Social na gestão do SUS no Rio Grande do Sul**, desenvolvida pela pesquisadora Cândida Kirst Bergmann, mestranda do Programa de Pós-Graduação Mestrado em Política Social e Serviço Social da UFRGS orientada pelo Prof. Dr. Paulo Antônio Barros de Oliveira. O objetivo geral desta pesquisa é: compreender a relação entre o trabalho do Assistente Social e as atribuições para a gestão de políticas, programas e projetos no SUS, tendo em vista contribuir para fortalecer e qualificar a inserção dos profissionais de Serviço Social no eixo de intervenção de processos de planejamento e gestão do SUS. Pedimos sua colaboração para participar da pesquisa participando da entrevista semiestruturada. As informações obtidas através desta pesquisa serão confidenciais e mantidas sob sigilo em local seguro, no endereço Rua Ramiro Barcelos 2777, Bairro Santa Cecília - Anexo I da Saúde, sala 302 - pelo período de 5 anos, após, serão destruídas. Será mantido o sigilo de sua participação, ou seja, em nenhum momento do estudo ou do relatório os sujeitos participantes da entrevista serão identificados e que após o término do relatório, as entrevistas que serão gravadas e posteriormente transcritas para fins de análise. A entrevista semiestruturada terá o tempo máximo de 40 min de duração. Sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a UFRGS. Os possíveis riscos de sua participação nesta pesquisa consistem no fato de que durante a entrevista semiestruturada, você pode sentir-se de alguma forma, incomodado ao responder as questões propostas, visto que as mesmas possibilitam reflexão acerca de sua inserção profissional, caso haja necessidade de atendimento de saúde o pesquisador conduzirá o entrevistado a um atendimento do SUS. Os

benefícios desta pesquisa estão na sua relevância científica e social que consiste em produção de conhecimento sobre a particularidade do Serviço Social no espaço da gestão no SUS; consolidação do projeto ético-político profissional; ampliar a reflexão sobre a prática profissional de natureza interventiva, em todo o espaço sócio ocupacional, intervindo na realidade social de forma crítica e criativa e a consciência sobre desafios decorrentes desse conjunto especial de circunstâncias que se apresentam no contexto contemporâneo( desmonte de políticas públicas, discurso de austeridade, ataques ao função pública). Você receberá uma cópia deste termo e colocamo-nos a disposição para eventuais esclarecimentos ou dúvidas relativas à pesquisa. O pesquisador responsável por esta pesquisa é o Prof. Dr. Paulo Antônio Barros de Oliveira. O pesquisador responsável e a mestranda podem ser contatadas a qualquer momento para eventuais esclarecimentos ou dúvidas com relação à pesquisa (incluindo aquelas referentes ao questionário), ou ainda, você poderá fazer contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul pelo telefone (51) 3308-5698 e/ou endereço: Rua Ramiro Barcelos, 2600, Bairro Santa Cecília - Porto Alegre/RS. E-mail: cep-psico@ufrgs.br.

O presente termo será assinado por você em duas vias, sendo uma para seu próprio uso e outra para ser arquivada pelo pesquisador. Após ter sido informado sobre os objetivos da pesquisa, considero-me esclarecido sobre o trabalho, e aceito participar voluntariamente, entendendo que os pesquisadores terão propriedade intelectual sobre as informações geradas com o trabalho. Ficou claro que a minha participação será somente para a entrevista semiestruturada e será isenta de despesas, tendo garantia do acesso aos resultados e esclarecer minhas dúvidas a qualquer tempo. Expresso minha concordância com a divulgação pública dos resultados, uma vez que recebi garantias sobre o anonimato e sigilo de minha identidade.

Participante: \_\_\_\_\_

Data: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Assinatura da Pesquisadora Responsável: \_\_\_\_\_

**APÊNDICE C**  
**ROTEIRO ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA**

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

INSTITUTO DE PSICOLOGIA DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICA SOCIAL E SERVIÇO SOCIAL

**ROTEIRO PARA DESENVOLVIMENTO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA**

**PESQUISA: O trabalho do Assistente Social na gestão do SUS no Rio Grande do Sul**

**APRESENTAÇÃO**

- ✓ Fazer agradecimento pela disponibilidade de participar da entrevista citando o caráter voluntário da participação e também da importância da contribuição das respostas para a pesquisa;
- ✓ O entrevistador responsável abre os trabalhos com a fala dos objetivos da pesquisa e da dinâmica da entrevista semiestruturada;
- ✓ Fazer leitura do TCLE; assinar e entregar uma cópia para o/a entrevistado/a.

**ROTEIRO DE QUESTÕES ORIENTADORAS:**

1. PERFIL GERAL:

1.1. Idade:

1.2. Sexo: ( ) F ( ) M

2. PERFIL ACADÊMICO:

2.1. Universidade de Formação Acadêmica:

2.2. Tempo de formação acadêmica:

2.3. Grau de formação acadêmica: Especialização, mestrado, doutorado? Em que?

### 3. PERFIL PROFISSIONAL:

- 3.1. Qual sua função na instituição?
- 3.2. Qual seu tempo de serviço na instituição:
- 3.3. Em que nível de gestão em saúde você exerce sua atividade profissional?

### 4. PERFIL DE FORMAÇÃO PESSOAL E PROFISSIONAL:

- 4.1. Qual sua trajetória para chegar ao campo da gestão em saúde?
- 4.2. Você participa de alguma instância de pactuação de gestão em saúde? Alguma CIR, CIB, CIT, Fóruns, Conselhos?
- 4.3. E quanto ao serviço social? Você participa de espaços de representação profissional e de movimentos sociais?
- 4.4. Você acha que a formação do serviço social possibilitou o desenvolvimento de alguns saberes para a gestão?
- 4.5. Quais as habilidades adquiridas durante a formação acadêmica que contribuíram para atuar na gestão?
- 4.6. Você entende o espaço de gestão como um espaço de da prática profissional do Assistente Social?
- 4.7. Quais as competências e habilidades você identifica como necessárias para estar no espaço de gestão?
- 4.8. Quais as dificuldades e contribuições do trabalho do Assistente Social na gestão de políticas, programas e projetos no SUS?