



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL E
SUSTENTABILIDADE NA AMAZÔNIA
NÍVEL MESTRADO**



GLORIA VAZ SANTOS

**O TRABALHO DO/A ASSISTENTE SOCIAL NA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE
EM MANAUS: CONDIÇÕES DE TRABALHO, IMPLICAÇÕES À SAÚDE E
DESAFIOS COTIDIANOS**

MANAUS
2022



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL E
SUSTENTABILIDADE NA AMAZÔNIA
NÍVEL MESTRADO**



GLORIA VAZ SANTOS

**O TRABALHO DO/A ASSISTENTE SOCIAL NA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE
EM MANAUS: CONDIÇÕES DE TRABALHO, IMPLICAÇÕES À SAÚDE E
DESAFIOS COTIDIANOS**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Serviço Social e Sustentabilidade na Amazônia da Universidade Federal do Amazonas para obtenção de título de mestre em Serviço Social e Sustentabilidade na Amazonia. Linha de Pesquisa: Questão Social, Lutas Sociais e Formação Profissional.

Orientadora: Prof.^a Dra. Hamida Assunção Pinheiro

MANAUS
2022

Ficha Catalográfica

Ficha catalográfica elaborada automaticamente de acordo com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

S237t Santos, Gloria Vaz
O trabalho do/a assistente social na atenção básica de saúde em Manaus : condições de trabalho, implicações à saúde e desafios cotidianos. / Gloria Vaz Santos . 2022
170 f.: il. color; 31 cm.

Orientadora: Hamida Assunção Pinheiro
Dissertação (Mestrado em Serviço Social e Sustentabilidade na Amazônia) - Universidade Federal do Amazonas.

1. Serviço social. 2. Trabalho profissional . 3. Atenção básica. 4. Saúde pública. 5. Unidade Básica de Saúde. I. Pinheiro, Hamida Assunção. II. Universidade Federal do Amazonas III. Título

GLORIA VAZ SANTOS

**O TRABALHO DO/A ASSISTENTE SOCIAL NA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE EM
MANAUS: CONDIÇÕES DE TRABALHO, IMPLICAÇÕES À SAÚDE E DESAFIOS
COTIDIANOS**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Serviço Social e Sustentabilidade na Amazônia da Universidade Federal do Amazonas para obtenção de título de mestre em Serviço Social e Sustentabilidade na Amazonia. Linha de Pesquisa: Questão Social, Lutas Sociais e Formação Profissional.

Aprovado em: 27 de setembro de 2022

BANCA EXAMINADORA

Prof^a Dra. Hamida Assunção Pinheiro
Presidente – PPGSS/UFAM

Prof^a. Dr^a. Roberta Ferreira Coelho de Andrade
Membro Interno – PPGSS/UFAM

Prof^a. Dr^a. Maria Isabel Barros Bellini
Membro Externo – PPGSS/PUCRS

Aos meus pais, irmãos e namorado, por tudo o que representam para mim, pessoas que me deram força, apoio e incentivo para conseguir concretizar mais este sonho em minha vida.

A todos/as os/as Assistentes Sociais que trabalham na área da saúde e que, mesmo em tempos de precarização do trabalho e da saúde, lutam diariamente pelo Sistema Único de Saúde e por melhores condições de trabalho.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, a minha família representada nas pessoas de meu pai, Francisco, minha mãe, Eliney, minha irmã, Victoria, meu irmão, Anselmo e meus amados sobrinhos George e Gabriel, por todas as demonstrações de afeto, carinho, amparo, incentivo e apoio em todas as fases da minha vida, em especial, na conclusão do mestrado, que se tornou um sonho em minha trajetória acadêmica nos anos finais da graduação. Vocês são a base da minha vida. Obrigada por tudo!

Ao meu namorado, Junior, por todo companheirismo e por todas as palavras de incentivo. Obrigada pela paciência e por ter estado presente em todos os momentos de alegria e de anseio durante essa árdua jornada. Você foi e é um presente em minha vida.

A minha querida professora e orientadora de pesquisa, Hamida Assunção Pinheiro, que tem me acompanhado desde o período da graduação, sobretudo, quando adentrei na iniciação científica. Obrigada por todo incentivo e parceria na construção dessa dissertação de mestrado. Mesmo com as orientações feitas de forma virtual, devido ao cenário de pandemia da covid-19, sempre esteve presente e atenta ao desenvolvimento deste trabalho. Gratidão por ter acreditado na minha evolução acadêmica.

A minha querida amiga, Clivia Costa Barroco, pela amizade e parceria que construímos desde a graduação e também na iniciação científica. Gratidão por todo apoio, companheirismo e força durante todos esses anos.

Aos/às colegas da turma de mestrado do PPGSS/UFAM, por todas as experiências e aprendizados compartilhados durante esses quase 3 anos de trajetória no mestrado em meio a maior pandemia vivenciada por nós.

Aos professores do PPGSS/UFAM, em especial, a querida professora Debora Rodrigues (*in memoriam*) pela dedicação incansável em trazer educação de qualidade e por terem contribuído com a minha formação acadêmica e profissional. Tenho uma grande admiração por todos/as.

Às professoras Roberta Ferreira Coelho de Andrade e Maria Isabel Barros Bellini por terem aceitado o convite para participar da minha banca de qualificação e pelas valiosas contribuições ao meu dossiê de pesquisa que resultou neste trabalho.

À Universidade Federal do Amazonas, que foi minha segunda casa ao longo desses 8 anos entre graduação e pós-graduação. Gratidão a essa instituição de educação pública que

contribuiu com a minha formação acadêmica e profissional. O ambiente universitário oportunizou o meu crescimento enquanto ser humano, me preparando para enxergar o mundo de outra forma. Com certeza esse lugar ficará marcado para sempre na minha memória.

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Amazonas (FAPEAM), pela bolsa de estudos concedida para dar suporte ao desenvolvimento da pesquisa. Meu sincero reconhecimento pelo apoio e incentivo acadêmico, que oportunizou a minha permanência e dedicação integral ao mestrado, tornando esse sonho concluído.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) pelos incentivos ao desenvolvimento da Ciência brasileira.

À Secretaria Municipal de Saúde de Manaus (SEMSA), por ter autorizado a realização desta pesquisa e aberto as portas das unidades de saúde para que eu pudesse realizar a pesquisa de campo.

Às Assistentes Sociais que participaram deste estudo, por terem tirado um tempo no seu dia e contribuído para a realização dessa pesquisa. Vocês foram essenciais para que esse estudo fosse possível. Minha eterna gratidão!

Por fim, agradeço a todas as pessoas que de alguma forma estiveram próximas a mim durante essa caminhada, torcendo pelas minhas conquistas.

A alegria não chega apenas no encontro do achado, mas faz parte do processo da busca. E ensinar e aprender não pode dar-se fora da procura, fora da boniteza e da alegria

Paulo Freire

RESUMO

No Brasil, a saúde pública é uma política social universal e prioritária, que emprega profissionais de diversas áreas, entre eles os/as assistentes sociais. A área da saúde é um dos campos de grande relevância para o trabalho dos/as assistentes sociais. Esta pesquisa teve como objetivo geral analisar as condições de trabalho e saúde dos/as assistentes sociais que trabalham na Atenção Básica de Saúde em Manaus a fim de subsidiar estudos e ações de promoção à saúde do/a trabalhador/a. Como objetivos específicos, a pesquisa buscou: identificar como as mudanças no mundo do trabalho têm repercutido nas condições de trabalho e saúde dos/as assistentes sociais, em especial, na área da saúde; caracterizar o trabalho profissional dos/as assistentes sociais que trabalham na atenção básica, dando destaque aqueles realizados no âmbito das Unidades Básicas de Saúde; compreender as principais dificuldades enfrentadas pelos/as assistentes sociais, referente às condições de trabalho e saúde, dando ênfase ao período de pandemia da COVID-19 e identificar as estratégias de enfrentamento, individuais e coletivas, para a melhoria das condições de trabalho e saúde dos/as assistentes sociais. Para o alcance dos objetivos, o caminho metodológico envolveu pesquisa bibliográfica, pesquisa documental e pesquisa de campo, sendo esta última realizada de forma remota através da Plataforma *Google Forms*. A investigação foi norteada pelo materialismo histórico-dialético, fazendo uma abordagem quanti-qualitativa dos dados para apreensão da realidade. A coleta de dados se deu através de um questionário eletrônico com perguntas abertas e fechadas que foi encaminhado aos/as assistentes sociais que trabalham em Unidades Básicas de Saúde ou Unidades de Saúde da Família da cidade de Manaus. Os resultados obtidos apontam as particularidades do trabalho do/a assistente social envolvendo as principais competências e demandas, bem como suas condições de trabalho e saúde na atenção básica de saúde. Evidenciou-se um *déficit* de profissionais de serviço social na atenção básica em Manaus, bem como desafios e dificuldades envolvendo seu ambiente de trabalho. A pesquisa também apontou o cenário da pandemia da covid-19 no Amazonas e os efeitos para o trabalho e para a saúde dos/as assistentes sociais. Por fim, a pesquisa também mostrou uma fragilidade na participação dos/as assistentes sociais nas lutas e resistências em prol de melhorias nas condições de trabalho na saúde, ou seja, evidenciou um certo distanciamento na participação e organização coletiva junto às entidades profissionais e movimentos sociais da classe trabalhadora.

Palavras-Chave: Serviço Social; Trabalho Profissional; Atenção Básica; Saúde Pública; Unidade Básica de Saúde.

ABSTRACT

In Brazil, public health is a universal and priority social policy, which employs professionals from different areas, including social workers. The health area is one of the fields of great relevance for the work of social workers. The general objective of this research was to analyze the work and health conditions of social workers who work in Primary Health Care in Manaus in order to support studies and actions to promote the health of workers. As specific objectives, the research sought to: identify how changes in the world of work have had repercussions on the working conditions and health of social workers, especially in the health area; characterize the professional work of social workers who work in primary care, highlighting those carried out within the Basic Health Units; understand the main difficulties faced by social workers, regarding work and health conditions, emphasizing the period of the COVID-19 pandemic and identify coping strategies, individual and collective, to improve the work and health conditions of /the social workers. To achieve the objectives, the methodological path involved bibliographical research, documentary research and field research, the latter being carried out remotely through the Google Forms Platform. The investigation was guided by historical-dialectical materialism, making a quantitative and qualitative approach to the data to apprehend reality. Data collection took place through an electronic questionnaire with open and closed questions that was sent to social workers who work in Basic Health Units or Family Health Units in the city of Manaus. The results obtained point to the particularities of the work of the social worker involving the main competences and demands, as well as their working and health conditions in primary health care. There was a deficit of social work professionals in primary care in Manaus, as well as challenges and difficulties involving their work environment. The research also pointed out the scenario of the covid-19 pandemic in Amazonas and the effects on the work and health of social workers. Finally, the research also showed a weakness in the participation of social workers in struggles and resistance in favor of improvements in working conditions in health, that is, it showed a certain distance in participation and collective organization with professional entities and social movements. of the working class.

Keywords: Social Work; Professional Work; Primary Care; Public health; Basic health Unit.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1	Tempo de trabalho na SEMSA	67
Gráfico 2	Tempo de trabalho na Unidade de Saúde	72
Gráfico 3	Forma de admissão	74
Gráfico 4	Quantidade de assistentes sociais que trabalham na UBS/USF	75
Gráfico 5	Realização de um trabalho com qualidade	84
Gráfico 6	Condições físicas que o local de trabalho dispõe	99
Gráfico 7	Satisfação com o ambiente de trabalho	107
Gráfico 8	Requisição para atingir metas por produtividade	108
Gráfico 9	Danos à saúde ocasionados pelo trabalho	110
Gráfico 10	Adoecimento em decorrência do trabalho	111
Gráfico 11	Forma como tem cuidado da saúde	112
Gráfico 12	Principais atividades durante a pandemia	114
Gráfico 13	Disponibilização de EPIs na pandemia	115
Gráfico 14	Disponibilização de EPIs aos profissionais antes da pandemia	116
Gráfico 15	Falta de EPIs na pandemia de Covid-19	118
Gráfico 16	Desafios vivenciados no contexto de pandemia	121
Gráfico 17	Sequelas após o contágio de Covid-19	131
Gráfico 18	Participação em cursos, congressos, jornadas nos últimos 4 anos	134
Gráfico 19	Apoia/participa de movimentos e/ou organizações sociais	135
Gráfico 20	Acompanhamento das entidades profissionais sobre o trabalho na pandemia	138
Gráfico 21	Acompanhamento das ações da Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde	140

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Organização das Unidades de Saúde – DISA Norte	57
Quadro 2	Organização das Unidades de Saúde – DISA Leste	58
Quadro 3	Organização das Unidades de Saúde – DISA Oeste	59
Quadro 4	Organização das Unidades de Saúde – DISA SUL	60
Quadro 5	Organização das Unidades de Saúde – DISA Rural	60
Quadro 6	Sistematização das principais atividades desenvolvidas pelas assistentes sociais	76

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Rede Física de saúde municipal por tipo de estabelecimento em Manaus	53
Tabela 2	Distribuição de Assistentes Sociais em UBS/USF em Manaus	69
Tabela 3	Zona da cidade em que as assistentes sociais estão lotadas	73
Tabela 4	Requisições de demandas alheias ao trabalho das assistentes sociais	80
Tabela 5	Síntese do modelo de gestão do SUS, das OSs e das OSCIPs	88
Tabela 6	Dificuldades enfrentadas no ambiente de trabalho	100

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Hierarquização do SUS em níveis de complexidade	51
Figura 2	Mapa da cidade de Manaus e seus limites geográficos	54
Figura 3	Mapa de divisão dos distritos de saúde em Manaus	55
Figura 4	Mapa das redes de estabelecimentos assistenciais de saúde – área urbana	56
Figura 5	Instituições de alta complexidade em Manaus	62
Figura 6	Principais espaços de trabalho do/da Assistente Social na SEMSA	68

LISTA DE IMAGENS

Imagem 1	Marcas no rosto dos profissionais devido aos EPIs	117
Imagem 2	Câmaras frigoríficas em hospital	123
Imagem 3	Covas coletivas em cemitério	123
Imagem 4	Famíliares em busca de compra de oxigênio	124
Imagem 5	Jornalista entrevista enfermeiros de hospital de Manaus	126
Imagem 6	Relato de profissional de saúde de Manaus	127
Imagem 7	Mapa das UBS referência no atendimento a covid-19	132

LISTA DE SIGLAS E ABREVIACÕES

ABEPSS	Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social
ACS	Agentes comunitários de saúde
ADIn	Ação Direta de Inconstitucionalidade
APS	Atenção Primária à Saúde
BPC	Benefício de Prestação Continuada
CAAE	Certificado de Apresentação e Apreciação Ética
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CFESS	Conselho Federal de Serviço Social
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CONAHP	Congresso Nacional de Hospitais Privados
CONASEMS	Conselhos Nacionais de Secretários Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional dos Secretários de saúde
COSAC	Coordenação da Saúde da Comunidade
CRESS	Conselho Regional de Serviço Social
CIT	Comissão Intergestora Tripartite
DISA	Distritos de Saúde
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
EPI	Equipamento de Proteção Individual
ESAP	Escola de Saúde Pública
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FEDP	Fundações Estatais de Direito Privado
FHC	Fernando Henrique Cardoso
FMI	Fundo Monetário Internacional
FUNASA	Fundação Nacional de Saúde
HC	Hospital das Clínicas
HU	Hospital Universitário
IAPS	Institutos de Aposentadoria e Pensões
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
JK	Juscelino Kubitscheck
LOS	Lei Orgânica da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NOB SUS	Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde
NUPES	Núcleo de Pesquisas Econômico-Sociais
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONGs	Organizações não governamentais
ONU	Organização das Nações Unidas
OSCIPs	Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público
OSs	Organizações Sociais
PAB	Piso de Atenção Básica
PAC	Programa de Aceleração do Crescimento

PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PIBIC	Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAN	Política Nacional de Alimentação e Nutrição
PPP	Parceria Público Privada
PROCAD	Programa Nacional de Cooperação Acadêmica na Amazônia
PROVAB	Programa de Valorização do Profissional de Atenção Básica
PSF	Programa Saúde da Família
PcD	Pessoas com Deficiência
RAS	Redes de Atenção à Saúde
SAPS	Secretaria de Atenção Primária à Saúde
SAS	Secretaria de Assistência e Saúde
SEMSA	Secretaria Municipal de Saúde
SESMT	Serviços Especializados em Segurança e Medicina do Trabalho
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SPA	Serviço de Pronto Atendimento
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidades Básicas de Saúde
USF	Unidades de Saúde da Família
USP	Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	19
CAPÍTULO I – TRABALHO, SAÚDE E SERVIÇO SOCIAL: DIMENSÕES DA REALIDADE CONTEMPORÂNEA	25
1.1 O trabalho e sua relação com a saúde	25
1.2 O processo de reestruturação produtiva e impactos para os/as Assistentes Sociais	32
1.3 O trabalho do/a assistente social na saúde: um trilhar histórico	40
CAPÍTULO II – SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE: O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NA ATENÇÃO BÁSICA	48
2.1 Atenção Básica no Sistema Único de Saúde	48
2.2 O trabalho do Assistente Social na Atenção Básica em Manaus	63
2.3 Projetos em disputa na saúde pública: implicações para o trabalho do Assistente Social	85
CAPÍTULO III – CONDIÇÕES DE TRABALHO E SAÚDE DOS ASSISTENTES SOCIAIS NA ATENÇÃO BÁSICA	97
3.1 Condições de trabalho e implicações à saúde dos/as Assistentes Sociais	97
3.2 O trabalho profissional em tempos de pandemia: principais desafios	113
3.3 Resistências na Saúde: as lutas dos Assistentes Sociais	133
CONSIDERAÇÕES FINAIS	142
REFERÊNCIAS	149
APÊNDICES	160
Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE	161
Questionário Eletrônico	162
ANEXOS	167
Termo de Anuência da ESAP/SEMSA	168
Termo de Autorização de Pesquisa da ESAP/SEMSA	169
Parecer do Comitê de Ética da UFAM	170

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) marca o início de uma nova trajetória para a política de saúde brasileira, instituído pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pela Lei Orgânica de Saúde (LOS) 8.080 e 8.142 de 1990, sendo reconhecido como resultante do processo de Reforma Sanitária em um esforço de tornar a saúde uma das bases estruturantes da sociedade brasileira.

O conceito de saúde se ampliou ao ser entendido como um conjunto de fatores condicionantes e determinantes que envolvem saneamento básico, trabalho, educação, renda, dentro outros que estão explicitados no artigo 3º da LOS (BRASIL, 1990).

Todavia, a saúde pública vem sofrendo profundas transformações provocadas pelo processo de contrarreforma do Estado a partir da década de 1990. Esse processo contrarrevolucionário a favor do mercado afetou as políticas sociais brasileiras, especialmente a política de saúde, que passou a ser minada pela focalização, seletividade e privatização dos serviços, operacionalizadas pela via dos desfinanciamento, o que, conseqüentemente, legitima o ideário neoliberal e rompe com os princípios organizativos e doutrinários do SUS.

O Assistente Social é um profissional legalmente reconhecido como um trabalhador da saúde, conforme Resolução nº 2018 de 1997, possuindo respaldo para atuar nos serviços de saúde. Com isso, historicamente, tem sido expressivo o quantitativo de profissionais formados em Serviço Social que tem a área da saúde como seu espaço ocupacional de trabalho profissional. Nos tempos atuais, os/as assistentes sociais vivenciam a precarização do SUS e, conseqüentemente, das suas condições de trabalho. Isso porque as mudanças na dinâmica da relação capital e trabalho e as novas inflexões de regulação da vida social trazem conseqüências para o trabalho profissional do/da assistente social na atualidade (ALMEIDA; ALENCAR, 2011).

O cenário da atual crise sanitária provocada pela Covid-19 intensificou a precarização e o sucateamento do sistema público de saúde, impondo maiores desafios ao trabalho dos/as assistentes sociais, tanto nos níveis de atenção primária, como na média e alta complexidade. Sabemos que o Projeto Ético-Político do Serviço Social dialoga com os princípios do movimento da Reforma Sanitária, sendo assim, a profissão é comprometida com a defesa de uma política de saúde pública, universal e resolutiva. Os profissionais têm grande importância na defesa dos direitos dos usuários do SUS e da classe trabalhadora. Porém,

estão diante de requisições de demandas que muitas vezes não se articulam com as competências e/ou com as atribuições privativas previstas no Código de Ética profissional.

O contexto é desafiador e, dessa forma, foram estabelecidas as seguintes **questões norteadoras**: Quais são as condições de trabalho e saúde dos assistentes sociais na atenção básica de saúde em Manaus? Como as mudanças no mundo do trabalho têm afetado as condições de trabalho e saúde dos/as Assistentes Sociais na área da saúde? Como se dá o trabalho profissional dos/as assistentes sociais na Atenção Básica de Saúde? Quais as dificuldades enfrentadas pelos/as Assistentes Sociais que trabalham nas Unidades Básicas de Saúde em Manaus? Como a pandemia da covid-19 afeta as condições de trabalho e saúde dos/as assistentes sociais nas Unidades Básicas de Saúde em Manaus? Quais as estratégias de enfrentamento, individuais e coletivas, para a melhoria das condições de trabalho e saúde dos/as assistentes sociais?

Destarte, a pesquisa teve como **objetivo geral** analisar as condições de trabalho e saúde dos/as assistentes sociais que trabalham na Atenção Básica de Saúde em Manaus a fim de subsidiar estudos e ações de promoção à saúde do/a trabalhador/a. Como **objetivos específicos** a pesquisa centrou-se em: Identificar como as mudanças no mundo do trabalho têm repercutido nas condições de trabalho e saúde dos/as Assistentes Sociais, em especial, na área da saúde; Caracterizar o trabalho profissional dos/as assistentes sociais que trabalham na atenção básica, dando destaque àqueles realizados no âmbito das Unidades Básicas de Saúde; Compreender as principais dificuldades enfrentadas pelos Assistentes Sociais, referentes às condições de trabalho e saúde, dando ênfase ao período de pandemia da covid-19 e; Identificar as estratégias de enfrentamento, individuais e coletivas, para a melhoria das condições de trabalho e saúde dos/as Assistentes Sociais.

É fundamental destacar a vinculação dessa pesquisa ao Programa Nacional de Cooperação Acadêmica na Amazônia (PROCAD/Amazônia), na medida em que se debruça sobre o trabalho do assistente social na área da saúde. O PROCAD é um programa que tem sido desenvolvido desde 2018 após aprovação pelo Edital CAPES nº 21/2018. O objetivo principal do PROCAD, desenvolvido pela Universidade Federal do Amazonas (Proponente), Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (associada 1) e Universidade Federal do Pará (associada 2), é “contribuir com a produção de conhecimentos sobre a formação e trabalho do assistente social na Amazônia e Sul do Brasil e com a formação de recursos humanos de alto nível, bem como aportar subsídios e desenvolver ações integradas para qualificar as propostas pedagógicas das Instituições de Ensino Superior envolvidas no estudo, nos níveis de graduação e pós-graduação”.

A pesquisa foi norteada pelo materialismo histórico e dialético, uma vez que entendemos ser este o método mais adequado para evidenciar a realidade em sua dinamicidade e suas contradições históricas, ou seja, é aquele que entende o objeto de estudo em sua totalidade, apreendendo os seus movimentos e vislumbrando a transformação social.

No que diz respeito ao tipo de pesquisa, optou-se pelo desenvolvimento de uma pesquisa do tipo explicativa pois, segundo Gil (2002), tal classificação tem como foco essencial a busca por identificar as principais razões, causas ou fatores para a ocorrência da problemática apresentada. Além disso, é o tipo de pesquisa que mais aprofunda o conhecimento da realidade. A abordagem foi do tipo quanti-qualitativa, que, de acordo com Goldenberg (2004), pode ser entendida pela ideia de que os limites de uma podem ser contrabalanceados pela outra, de forma complementar

O interesse por essa pesquisa foi construído desde as experiências vivenciadas na graduação ao participar de pesquisas desenvolvidas como aluna do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica – PIBIC abordando a temática de saúde do trabalhador do SUS com enfoque nos trabalhadores do Hospital Universitário Getúlio Vargas, em Manaus. Ao elaborar o projeto de pesquisa para o mestrado, sobreveio a proposta em dar continuidade ao estudo voltado à saúde do trabalhador na saúde, desta vez refletindo as condições de trabalho e os desafios cotidianos dos/as assistentes sociais que trabalham na Atenção Básica de Saúde em Manaus, que assim como na Média e Alta complexidade vêm sofrendo os rebatimentos do projeto neoliberal para o SUS.

A Atenção Básica é o primeiro nível de atenção à saúde, ou seja, a principal porta de entrada dos usuários no Sistema Único de Saúde. Este nível se caracteriza por um conjunto de ações de saúde individuais e coletivas que envolvem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento, o diagnóstico, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido (BRASIL, 2017).

Na cidade de Manaus, a cobertura de Atenção Básica oferecida pela Prefeitura alcançou 62,71% da população até o mês de maio de 2020, equivalente a 1.368.900 pessoas atendidas. E, de acordo com a Secretaria Municipal de Saúde de Manaus (SEMSA), este foi o melhor desempenho registrado desde abril de 2009. Até dezembro de 2020, a cobertura de atenção básica alcançou 67,28% da população (SEMSA, 2020). Embora a cobertura da Atenção Básica em Manaus tenha progredido nos últimos anos, ainda está muito distante do

ideal para uma capital. Nota-se que precisa avançar e alcançar níveis mais satisfatórios para atender toda a população manauara.

A partir de dados extraídos do *site* da SEMSA, constatou-se a existência de 81 (oitenta e uma) Unidade Básica de Saúde/Unidade Saúde da Família distribuídas nas 5 (cinco) zonas geográficas da cidade, sendo 10 (dez) Unidades na zona Norte, 21 (vinte e uma) unidades na zona Leste, 16 (dezesesseis) unidades na zona Oeste, 16 (dezesesseis) unidades na zona Sul e 18 (dezoito) na zona Rural. Os/as assistentes sociais que trabalham no nível primário de atenção do SUS estão alocados expressivamente em UBS ou USF, tendo papel importante no trabalho junto aos usuários dessas unidades de saúde. Dessa maneira, a realização da coleta de dados no campo se aportou em UBS e USF nas quais há assistentes sociais trabalhando nas Zonas Norte, Sul, Leste, Oeste e Rural de Manaus.

Vale ressaltar que durante pesquisa exploratória, entre os anos de 2020 e 2021, verificou-se a existência de 73 (setenta e três) UBS/USF, tendo 41 assistentes sociais trabalhando nessas unidades de saúde. Até então, a pesquisa de campo abrangeria todo o universo dos sujeitos da pesquisa. Contudo, durante pesquisa documental após o exame de qualificação, constatou-se a existência de 81 (oitenta e uma) UBS/ USF e de 57 (cinquenta e sete) assistentes sociais trabalhando em apenas 39 (trinta e nove) UBS/USF distribuídas nas 5 (cinco) zonas geográficas da cidade.

Com isso, optou-se por alcançar 100% dos sujeitos da pesquisa, ou seja, o universo de assistentes sociais lotados/as nas unidades de saúde básica da cidade de Manaus, totalizando 57 (cinquenta e sete) profissionais, considerando como critérios de inclusão: assistentes sociais que trabalham nas UBS selecionadas na pesquisa; assistentes sociais que trabalham a pelo menos 1 (um) ano na UBS; que possuem vínculo empregatício com a Secretaria Municipal de Saúde – SEMSA/Manaus e que executam seu trabalho junto aos usuários da Atenção Básica de Saúde. E como critérios de exclusão, não foram entrevistados aqueles/as que estavam afastados do trabalho por licença maternidade, médica ou de interesse particular, bem como os que estavam respondendo processo ético/disciplinar.

Por envolver seres humanos, a pesquisa foi submetida e aprovada, primeiramente pelo Núcleo de Pesquisa, Extensão e Inovação da SEMSA sob o número 45/2021 e, posteriormente, submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Amazonas – CEP/UFAM com o número de Certificado de Apresentação e Apreciação Ética – CAAE: 52785421.0.0000.5020.

A realização da pesquisa de campo se deu através de um questionário com perguntas abertas e fechadas. Como a pesquisa foi desenvolvida durante a pandemia da covid-19, a

qual requisitou e continua requisitando distanciamento social como estratégia de evitar contato e riscos de contaminação nas unidades de saúde, o questionário foi elaborado e disponibilizado por meio eletrônico, na plataforma *Google Formulários*, através do link: <https://forms.gle/oDjh3zvrDqCA9HNBA>, endereço no qual consta ainda o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE.

A abordagem dos sujeitos da pesquisa foi feita por meio de envio de convite para os endereços de *e-mails* corporativos, bem como via contato telefônico institucional, números estes que foram coletados no setor de recursos humanos dos Distritos de Saúde Norte, Sul, Leste, Oeste e Rural. Ressalta-se que a coleta dos *e-mails* e contatos telefônicos foi realizada pela pesquisadora em posse da documentação de aprovação da pesquisa de campo pelo NUPES/SEMSA e CEP/UFAM, e mesmo com as devidas aprovações, encontrou resistência e dificuldade em alguns distritos de saúde, apenas alguns foram solícitos no fornecimento dos contatos. Apesar dos caminhos desafiadores em se chegar aos sujeitos da pesquisa, buscou-se realizar um trabalho de qualidade e com maior alcance possível dos sujeitos, sem desconsiderar a situação de pandemia da covid-19 no momento da coleta. Dos 57 (cinquenta e sete) profissionais, foi possível enviar o convite para 47 (quarenta e sete) sujeitos, no período de dezembro de 2021 a fevereiro de 2022. Contudo, houve a indisponibilidade de alguns profissionais em participar da pesquisa, dos quais 25 profissionais não deram retorno, 5 alegaram não poder participar, sendo 2 por licença médica, 1 por licença maternidade, 1 por afastamento do trabalho e 1 por estar de férias, e não houve nenhum tipo de contato com 10 profissionais. Assim, a pesquisa conta com a participação de 17 assistentes sociais, equivalente a cerca de 30% do universo.

Esta dissertação está organizada em 3 (três) capítulos. O capítulo I, intitulado **“Trabalho, Saúde e Serviço Social: dimensão da realidade contemporânea”**, buscou tratar a categoria trabalho na perspectiva ontológica, os novos processos de trabalho postos pela sociedade capitalista e as repercussões para a saúde do trabalhador. Destacou-se, ainda, os impactos da reestruturação produtiva para o/a assistente social na atualidade, em especial na área da saúde pública, buscando situar como se deu a inserção do Serviço Social na saúde e o trabalho do/a assistente social nesse campo.

O capítulo II, intitulado **“Serviço Social e Saúde: o trabalho do/a assistente social na Atenção Básica”** resgatou, historicamente, a idealização da Atenção Básica de Saúde internacionalmente e a introdução desse nível de atenção no SUS, buscando caracterizar, posteriormente, a organização e os serviços de Atenção Básica na cidade de Manaus. Este capítulo proporcionou apreender o trabalho do/a assistente social na Atenção Básica,

trazendo importantes reflexões acerca dos dilemas enfrentados no mundo do trabalho no tempo presente. Ademais, fizemos uma reflexão sobre os atuais projetos em disputa na saúde pública e suas implicações para as condições de trabalho dos/as assistentes sociais na saúde.

O capítulo III, intitulado “**Condições de trabalho e Saúde dos/as assistentes sociais na Atenção Básica**” analisa as particularidades do trabalho profissional dos assistentes sociais nas UBS e USF na realidade Manauara, através de depoimentos e de dados quantitativos e qualitativos, dando ênfase para as condições de trabalho e saúde, para os desafios vivenciados na pandemia da covid-19, bem como para as possibilidades e estratégias de resistências na saúde.

Para tanto, é importante mencionar que durante a pesquisa documental e bibliográfica foram constatadas pouquíssimas investigações sobre a temática apresentada. Sem dúvidas, evidencia-se o ineditismo desta pesquisa, tendo em vista que estudos em torno das condições de trabalho e saúde dos/as assistentes sociais da Atenção Básica em Manaus são extremamente escassos na região do Amazonas na atualidade. Por isso, acredita-se que esta pesquisa pode contribuir para a comunidade acadêmica estimulando a reflexão crítica sobre a saúde pública e o trabalho de assistentes sociais nessa área, e suscitando a realização de novos estudos e pesquisas dentro desta temática e de outros temas complementares que tragam notoriedade das políticas sociais e do trabalho profissional do/a assistente social. E para a comunidade de modo geral também acredita-se que há contribuições, tendo em vista que o conhecimento sobre a saúde pública na contemporaneidade e os limites e os desafios enfrentados no mundo do trabalho são cruciais para o fortalecimento das resistências em prol de melhorias dos serviços de saúde e das condições de trabalho.

CAPÍTULO I

TRABALHO, SAÚDE E SERVIÇO SOCIAL: DIMENSÕES DA REALIDADE CONTEMPORÂNEA

[...] nova tecnologia de submissão, de disciplina do corpo, a organização científica do trabalho gera exigências fisiológicas até então desconhecidas, especialmente as exigências do tempo e ritmo de trabalho. As performances exigidas são absolutamente novas, e fazem com que o corpo apareça como principal ponto de impacto dos prejuízos do trabalho.

(DEJOURS, 1987, p. 18)

1.1 O trabalho e sua relação com a saúde

A categoria trabalho, de acordo com Lessa (2012), tem estado por vários anos sob holofotes do universo intelectual de diversas áreas, e não somente no âmbito sociológico. Para o autor, a categoria trabalho “já é um tema filosófico de maior importância; sempre teve ressonâncias na educação, na ciência política e na economia e, mais recentemente, passou a construir preocupação entre os assistentes sociais” (LESSA, 2012, p. 40)

Os estudos que o Serviço Social tem desenvolvido em torno da categoria trabalho vêm possibilitando expor as diversas determinações que o mundo do trabalho tem evidenciado na contemporaneidade. Um dos grandes interesses do Serviço Social brasileiro em se debruçar em pesquisas e estudos nesse viés temático é desvelar as novas configurações do trabalho e os efeitos deletérios para a sociedade e, obviamente, para nossa profissão.

Nesse sentido, procurando compreender a relação da categoria trabalho com a saúde, em especial, a saúde dos/as trabalhadores/as, toma-se como referência a perspectiva do materialismo histórico-dialético de Marx (2011). Na perspectiva marxista, o trabalho é reconhecido como elemento central para as condições de existência do homem, bem como o responsável primário para a organização da vida social.

O trabalho entendido nesse ponto é aquele constituído como uma atividade ontológica que concede ao ser social o *status* de humano, diferenciando-o dos demais animais existentes na natureza. Uma atividade que transforma o ser social através do processo teleológico, ao passo que transfigura a natureza em seus meios de produção, de forma consciente e intencional, executa sua atividade através de “seus braços e pernas, cabeça e mãos” (MARX, 2011, p. 326). Com efeito, novos atributos são dados ao ser social, que se torna proprietário de habilidades, técnicas e métodos através da prática adquirida na troca com os elementos da natureza.

Visualiza-se que, na herança marxiana, o trabalho é uma atividade tipicamente humana, dado que o homem, através das suas potencialidades, age previamente no plano das ideias e não é guiado tão somente por instintos, como os animais. Dessa forma, a ação preliminar orienta a execução a ser efetivada para atingir um fim estabelecido. Com isso, podemos afirmar, segundo Marx (2011), que a diferença do trabalho, sob o olhar ontológico, de outra atividade executada por outros seres, está exclusivamente na capacidade do homem idealizar previamente o resultado que almeja alcançar do trabalho antes de agir objetivamente.

Marx (2011), referindo-se ao trabalho, pontua:

Pressupomos o trabalho numa forma em que ele diz respeito unicamente ao homem. Uma aranha executa operações semelhantes às do tecelão, e uma abelha envergonha muitos arquitetos com a estrutura de sua colmeia. Porém, o que desde o início distingue o pior arquiteto da melhor abelha é o fato de que o primeiro tem a colmeia em sua mente antes de construí-la com a cera. No final do processo de trabalho, chega-se a um resultado que já estava presente na representação do trabalhador no início do processo, portanto, um resultado que já existia idealmente (MARX, 2011, p. 327)

As considerações expostas na citação deixam explícito que não existe ser social sem o trabalho. Esta categoria possui uma função social que é transformar a natureza objetivando criar os bens necessários para a existência humana, constituindo ontologicamente o ser social.

Lukács (2012), filósofo e pensador marxista, analisa a categoria trabalho concebendo como protoforma do ser social. Tomando como referência Marx, o autor descreve o trabalho como atividade pela qual o homem produz a materialidade da sua existência. Em outras palavras, é o trabalho que contém todas as determinações que consistem na essência do ser social. O conceito de trabalho exposto pelo autor é tão somente no sentido estrito do termo, na sua forma originária. Ou seja, o trabalho funciona como o órgão do metabolismo entre a ação do homem e o mundo natural.

Lukács (2012) também enfatiza o caráter duplo da transformação do homem e da natureza mediada pelo trabalho:

Por um lado, o próprio ser humano que trabalha é transformado por seu trabalho; ele atua sobre a natureza exterior e modifica, ao mesmo tempo, sua própria natureza, desenvolve as “potências que nela se encontram latentes” e sujeita as forças da natureza a “seu próprio domínio” (LUKÁCS, 2012, p. 199).

Nesse sentido, concorda-se que o trabalho faz parte e é necessário no desenvolvimento histórico da vida em sociedade. Vale lembrar que até aqui não estão em discussão as múltiplas transformações que a categoria trabalho sofre no percurso da história. Na ontologia do ser social, o trabalho está estritamente ligado ao desenvolvimento do homem, cujo objetivo não é a produção e reprodução do capital, mas de transformação do mundo natural e da sociabilidade humana.

Porém, o trabalho foi se diversificando e sendo aprimorado de geração em geração fazendo emergir diversos novos processos de trabalho. Ressalta-se que não é somente o objeto ou mesmo o ser humano que se metamorfoseia, mas a sociedade acaba caminhando junto dessas mudanças, uma vez que o trabalho possui uma dimensão social.

Num movimento histórico no bojo dos fundamentos da propriedade privada, nota-se com o surgimento do modo de produção capitalista e do trabalho assalariado. Nesse ponto, a categoria trabalho já não é mais tratada no sentido ontológico no qual o trabalhador tinha controle do seu processo de trabalho, pois era o proprietário do objeto e dos seus meios de trabalho.

Porém, pensar a categoria trabalho é levar em consideração a sua condição sócio-histórica. De acordo com Lourenço (2009), em cada período histórico, o trabalho assume características de acordo com os determinantes políticos, econômicos, científicos e culturais. Assim, é com o surgimento do excedente econômico e das manufaturas que os trabalhadores passam a não ter mais o controle tanto dos meios como dos processos de trabalho que executam.

Para Netto e Braz (2012), a emergência do excedente econômico simboliza o aumento da produtividade do trabalho, revoluciona as comunidades primitivas e gera a possibilidade de acumular os produtos de trabalho. A partir desse momento, surge o modo de produção capitalista e com ele a divisão técnica do trabalho. É importante ressaltar que foi na sociedade burguesa, em especial, a instituição social que impulsionou a degradação do trabalho.

Segundo Marx (2004), o trabalho na sociedade capitalista é uma atividade meramente voltada para a produção de bens e mercadorias a fim de obter lucro. Para obter esse lucro é necessária a exploração da classe trabalhadora. É nesse processo que se encontra a centralidade da acumulação de riqueza do modo de produção capitalista, que rompe com a verdadeira essência do trabalho dando lugar ao processo de trabalho alienado que consiste na compra e venda da força de trabalho e um trabalho sem sentido para quem o realiza. O processo de alienação do trabalho torna o homem uma mera mercadoria.

O trabalhador se torna tanto mais pobre quanto mais riqueza produz, quanto mais a sua produção aumenta em poder e extensão. O trabalhador se torna uma mercadoria tão mais barata quanto mais mercadoria cria (MARX, 2004, p. 80).

Com o modo de produção capitalista, nitidamente ocorre a intensificação do trabalho e a dominação do homem pelo homem se firma. O capitalista passa a controlar o trabalho executado pelo trabalhador através dos meios de produção, tornando-o homem refém daquele trabalho que já não possibilita a realização do ser social.

Como é possível perceber, o trabalho no modo de produção capitalista tem uma grande característica que é a exploração da classe trabalhadora. Sobre esse aspecto, Netto e Braz (2012) afirmam que a força de trabalho é vista como uma mercadoria especial, pois produz valor acima do valor pago, que corresponde ao seu salário. O salário é o capital pago pelo capitalista em troca da mão de obra da força de trabalho para criar valores de uso no modo de produção. Esse processo de produzir valor acima do valor que lhe foi pago é uma das características da exploração do trabalho e simboliza o excedente apropriado pelo capitalista sem qualquer custo ou prejuízo. O acréscimo da jornada de trabalho sem alterações no salário do trabalhador também se torna aspecto da exploração do trabalhador.

A tendência da perda de controle do próprio trabalho para uma atividade de produção de mercadorias é, sem dúvidas, característica marcante quando se fala de processo de trabalho na sociedade capitalista. É nessa perspectiva de acumulação de riqueza e exploração da classe trabalhadora que se discute a relação do trabalho com a saúde, pois esse processo corrobora para o surgimento de consequências negativas e insatisfações no trabalho.

Considerando que o trabalho ocupa centralidade na vida humana, podemos afirmar que esta categoria está intrinsecamente relacionada à saúde. Para exercer e executar qualquer tipo de trabalho, o trabalhador precisa ter saúde. É inegável que a saúde é vista como necessária e importante para o ser humano. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), a saúde não é somente ausência de doença, mas é um composto articulado entre bem-estar físico, psicológico e social. Isso significa que ter saúde é ter condições tanto físicas, mentais e sociais para desempenhar uma atividade laboral que sustente uma vida social, econômica e produtiva de uma pessoa.

Quanto à saúde, destaca-se a Lei nº 8.080/1990, a qual enfatiza que a “saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício” (BRASIL, 1990). No Artigo 3º fica clara a complexidade dos seus elementos constituintes: “A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre

outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais [...]”.

Diante disso, por mais que o trabalho seja visto como uma atividade que garante a sobrevivência das pessoas, pois tem o intuito de suprir as necessidades básicas de subsistências, a falta de condições de trabalho adequadas pode trazer prejuízos ao trabalhador, especialmente, prejuízos relacionados à saúde. Assim, muito se discute que a relação trabalho e saúde envolve um ambiente de trabalho saudável e organizado que proporcione ao trabalhador executar seu trabalho dentro de condições favoráveis.

Ao falar de alienação, Marx (2004) enfatiza que o trabalho se configura como uma forma de satisfação de necessidades, mas também como um gerador de esgotamento, infelicidade e negação da condição de humanidade do próprio trabalhador. Na época de Marx, a jornada de trabalho já era exaustiva e as condições de trabalho eram fatigantes, rebaixamento salarial, exploração da força de trabalho tanto dos homens como de mulheres e crianças. Nesse cenário, a maior preocupação desses trabalhadores não se centrava em ter saúde, mas na sua própria sobrevivência.

Para Minayo-Gomez e Thedim-Costa (1997), a relação trabalho e saúde/doença é constatada desde a antiguidade, sendo potencializada a partir da Revolução Industrial, no entanto, não significa afirmar que essa relação se constitui como foco de atenção. Isso porque no trabalho escravo e regime servil não havia preocupação em preservar a saúde dos trabalhadores.

No século XIX ainda não havia de fato uma legislação efetiva que preservasse boas condições de trabalho e saúde aos trabalhadores. O século XX já é marcado pelo advento do intenso processo de tecnologias e industrialização em massa possibilitando adotar novas formas de produção, que acabam cobrando ainda mais da capacidade física e mental do trabalhador.

Com a Revolução Industrial, a classe trabalhadora para vender sua força de trabalho tornou-se presa das máquinas, de seus ritmos e das ordens da produção para atender à necessidade da acumulação de capital. Além disso, os trabalhadores de fábrica – incluindo mulheres e crianças – passaram a lidar com jornadas de trabalho exaustivas, em ambientes de trabalho danosos para a saúde e inconciliáveis com a vida. Havia uma grande quantidade de trabalhadores aglomerados em espaços impróprios que provocava o surgimento e a proliferação de doenças infectocontagiosas ao mesmo tempo em que a falta de segurança das máquinas era responsável por mutilações e mortes (MINAYO-GOMEZ; THEDIM-COSTA, 1997).

A instituição de modelos de produção, como a organização do trabalho baseada na lógica fordista, por exemplo, traz entre outros aspectos danos à saúde física e psíquica dos trabalhadores. Esses modelos de produção repercutem negativamente no âmbito da saúde do trabalhador (DEJOURS, 1987). É na Inglaterra, no século XIX que os trabalhadores começam a se mobilizar coletivamente e lutar por melhores condições de trabalho e exigir efetiva legislação para reger as relações de trabalho e atender aos interesses da classe trabalhadora.

A medicina de fábrica, surgida na Inglaterra no século XIX, se torna uma das propostas para intervir e cuidar dos trabalhadores. O médico no interior das fábricas é tido como uma pessoa importante para investigar os prejuízos à saúde, mas também era como um braço direito do empresário para recuperar o trabalhador, objetivando o quanto antes a sua volta para a linha de produção. Nesse contexto, surge uma das particularidades da Medicina do Trabalho: predomina uma forma tradicional de visão biológica e individual no ambiente da fábrica para se buscar as causas das doenças e acidentes (MINAYO-GOMEZ e THEDIM-COSTA, 1997)

A Medicina do Trabalho surge no século XIX, na Inglaterra, com a Revolução Industrial. Após a II Guerra Mundial, chega um modelo de intervenção nos locais de trabalho, a Saúde Ocupacional. Segundo Minayo-Gomez e Thedim-Costa (1997), a Saúde Ocupacional avança numa proposta interdisciplinar, baseando-se na higiene industrial, relacionando ambiente de trabalho e corpo do trabalhador. Contudo, a Hegemonia da Medicina do Trabalho e da Saúde Ocupacional coloca em questão a distância entre a produção do conhecimento e a sua aplicação, sobretudo, quando se procuram soluções em meio aos interesses econômicos que não se voltam para investimentos para a garantia da dignidade e da vida no trabalho.

Nas particularidades do contexto brasileiro, ainda segundo os autores, a intervenção e regulamentação das condições de trabalho se deu de maneira bastante lenta, pois o Estado demorou para reconhecer o seu papel de intervir nos locais de trabalho. A primeira legislação voltada para a saúde do trabalhador foi aprovada em 1919, a qual regulava a indenização por acidente de trabalho. Em 1930 temos a criação do Ministério do trabalho, Indústria e Comércio, e logo depois a constituição das Delegacias Regionais do Trabalho. Essas delegacias, segundo os autores, se encontravam em vários estados e tinham como competências inspecionar os centros produtivos (fábricas). Porém, essas inspeções eram conservadoras e se orientavam por um modelo tradicional, pontual e técnico-burocrata, incapazes de gerar um sistema de vigilância em saúde, pois não desenvolviam mudanças

efetivas para os trabalhadores. Em 1978, são criados os Serviços Especializados em Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT). Contudo, em algumas exceções, desviam-se da função de reconhecer, avaliar e controlar as causas dos acidentes de trabalho e adoecimentos, isso porque os profissionais do SESMT restringiam-se em intervir em medidas paliativas face aos riscos mais visíveis.

Apesar da trajetória da área de saúde do trabalhador no Brasil passar por percalços e dilemas, ao longo do tempo, esse campo de trabalho e de estudo tem ganhado relevo conceitual e metodológico, fruto de um empenho coletivo entre os trabalhadores, profissionais de serviços, técnicos e pesquisadores. Há um motivo importante que é o compromisso com a mudança do quadro de saúde dos trabalhadores. Os movimentos sociais que lutam pelo campo saúde do trabalhador têm uma trajetória marcada por resistências, conquistas e lutas em prol de melhores condições de vida e de trabalho dos trabalhadores (MINAYO-GOMEZ e THEDIM-COSTA, 1997).

No bojo de pressões dos movimentos sociais e políticos, a saúde do trabalhador no Brasil passa a ser tratada com mais seriedade, a partir da década de 1980, num contexto em que a sociedade requisita do país democracia, cidadania e regulação dos direitos à livre organização dos trabalhadores. Essa mobilização parte principalmente dos setores sindicais comprometidos com o polo trabalho. Segundo Minayo-Gomez e Thedim-Costa (1997), também houve avanço científico da Medicina Preventiva, Social e da Saúde Pública durante a década de 1960 e início da década de 1970, na medida em que afloram questionamentos das abordagens funcionalistas. Assim, expande-se o quadro interpretativo do processo saúde-doença. Nesse cenário, surgem novas maneiras de se compreender a relação trabalho-saúde e de intervir nos ambientes de trabalho tomando como referências práticas de atenção à saúde do trabalhador, dentro de propostas da reforma sanitária.

Dessa forma, é importante mencionar a introdução de referências das ciências sociais, especialmente do pensamento marxista que possibilitou ampliar o olhar da medicina do trabalho e da saúde ocupacional (MINAYO-GOMEZ; THEDIM-COSTA, 1997).

Embora visualizemos significativos avanços no campo do conhecimento, de investigação e intervenção da saúde do trabalhador, é preciso admitir que nem todos os trabalhadores possuem benefícios ou direitos que garantem seu bem-estar físico e mental no ambiente de trabalho. Atualmente, com a degradação do trabalho e a flexibilidade das relações trabalhistas, os trabalhadores têm presenciado cada vez mais a diminuição de proteção social provocando o agravamento nas condições de trabalho e saúde dos trabalhadores. A falta de qualidade de vida dos trabalhadores fica cada vez mais evidente

num cenário em que a relação trabalho e saúde é marcada por desafios, limitações e crises, requisitando paulatinamente reflexão e enfrentamento coletivo dos setores da sociedade civil e de instituições organizativas da classe trabalhadora.

1.2 O processo de reestruturação produtiva e impactos para os/as Assistentes Sociais

Como foi visto no tópico anterior, à medida que o trabalho foi sendo modificado através do surgimento da propriedade privada e do trabalho assalariado, a classe trabalhadora entra num processo de alienação, no qual o trabalhador não se reconhece no resultado de seu trabalho, isso porque o trabalho passa a se configurar em função do capital voltado estritamente para o processo de valorização do capital. Depara-se com uma relação desigual entre capital e trabalho, a qual tem como causa a exploração e subalternização da força de trabalho.

Segundo Antunes (2009), na década de 1970, evidencia-se uma crise do modelo de acumulação taylorista/fordista, consequência da crise estrutural do capital (que se estende até hoje). Nesse cenário, o capital adentra em um processo de reestruturação com o objetivo de recuperar o seu ciclo produtivo, o que se denomina de reestruturação produtiva. Diversas transformações são percebidas em relação à acumulação flexível, gestão, tecnologia e modelos de produção alternativos como o Toyotismo.

Em outras palavras, o capitalismo precisou buscar estratégias econômicas fazendo com que implementasse uma ampla reestruturação produtiva. É a partir da década de 1980 que os países do capitalismo avançado passam a experimentar diversas mudanças no mundo do trabalho ligadas à estrutura do capital e da classe trabalhadora. As mudanças ocorridas reconfiguraram o sistema produtivo dando início a um novo modelo de produção, o Toyotismo. Este simbolizou uma nova qualificação no padrão de produção do capitalismo contemporâneo (ANTUNES, 2005).

Além disso, observa-se novas maneiras de exploração e de controle da classe trabalhadora, conforme explicita Iamamoto (2000, p. 31):

Busca-se uma *flexibilidade no processo de trabalho*, em contrapartida à rigidez da linha de produção, da produção em massa e em série; *uma flexibilidade do mercado de trabalho*, que vem acompanhada da desregulamentação dos direitos do trabalho, de estratégias de informalização da contratação dos trabalhadores; *uma flexibilidade dos produtos*, pois as firmas hoje não produzem necessariamente em série, mas buscam atender as particularidades das demandas dos mercados consumidores e uma *flexibilidade dos padrões de consumo*. Esse processo, impulsionado pela tecnologia de base microeletrônica, pela informática e pela

robótica, passa a requerer novas formas de estruturação dos serviços financeiros, inovações comerciais, o que vem gerando e aprofundando uma enorme desigualdade do desenvolvimento entre as regiões, setores etc., além de modificar substancialmente as noções de espaço e tempo.

Observa-se que as transformações guiadas pelo padrão do modelo toyotista reconfiguram direitos do trabalho e da classe trabalhadora. Essas transformações abriram espaço para um mercado de trabalho mais flexível no âmbito de contratos de trabalho e na forma de produção, na qual se fomentou um tipo de trabalhador polivalente. Ou seja, aquele “chamado a exercer várias funções, no mesmo tempo de trabalho e com o mesmo salário, como consequência do enxugamento do quadro de pessoal das empresas” (IAMAMOTO, 2000, p. 32). Assim, abrindo espaço para uma flexibilização na organização do trabalho e nos direitos trabalhistas, estimulando a intensificação do trabalho.

A reflexão supracitada é de que o desenvolvimento de automação, da robótica e microeletrônica bem como de revolução tecnológica, embora seja visto como mudanças inovadoras no processo de produção, tornou o mundo de trabalho desestabilizado e instável. Isso porque a classe trabalhadora torna-se um desdobramento dos mecanismos tecnológicos. Através desse avanço técnico-científico, a força de trabalho começa a se diluir pela extinção de cargos de trabalho, como sinaliza Antunes (2005):

[...] para a efetiva flexibilização do aparato produtivo, é também imprescindível a flexibilização dos trabalhadores. Direitos flexíveis, de modo a dispor a força de trabalho em função direta das necessidades do mercado consumidor. O Toyotismo estrutura-se a partir de um número mínimo de trabalhadores, ampliando-os, através de horas extras, trabalhadores temporários ou subcontratação, dependendo das condições de mercado. O ponto de partida básico é um número reduzido de trabalhadores e a realização de horas extras [...] (ANTUNES, 2005, p. 36)

Observa-se por meio das afirmações do autor que esse modo de reestruturação produtiva acaba por desestruturar socialmente a força de trabalho. Potencializa o número de pessoas trabalhando em condições de trabalho precárias sendo inseridos em regimes de contrato temporários ou parciais, sem garantias de valorização desses trabalhadores. Vimos também que as transformações no processo de trabalho e de acumulação do capital excluem uma parcela considerável da população do direito à inserção no mercado formal de trabalho (ANTUNES, 2005)

A exclusão do trabalhador do mercado de trabalho acaba provocando altos índices de desemprego. Atualmente, esse fenômeno é chamado de desemprego estrutural, que segundo Iamamoto (2000, p. 33) “são estoques de força de trabalho ‘descartáveis’ para o mercado de trabalho”.

Para Antunes (2005), o cenário de desemprego estrutural provoca uma contradição, pois de um lado

[...] reduz o operariado industrial e fabril e, de outro, aumenta o subproletariado, o trabalho precário e o assalariamento no setor de serviços. [...] há, portanto, um processo de maior heterogeneização, fragmentação e complexificação da classe trabalhadora (p. 46).

A forma como vem sendo conduzido o processo de trabalho tem resultado, entre outras coisas, na subalternização social, econômica e política da classe que vive do trabalho. Sabemos que o capitalismo vem provocando o aumento das desigualdades entre classes sociais, considerando o processo de globalização que tem levado a novas manifestações da questão social.

Atrelado a isso, é importante mencionar que as reformas do Estado junto com as políticas neoliberais agravam o cenário de empobrecimento da classe trabalhadora. O neoliberalismo, de acordo com Anderson (1995), surge após a II Guerra Mundial na Europa e na América do Norte como uma reação teórica e política contrária ao Estado intervencionista e de Bem-Estar. Dessa forma, o projeto neoliberal impõe limites aos mecanismos de mercado por parte do Estado, visto que é uma ameaça à liberdade econômica e política.

Dessa forma, as políticas neoliberais tendem a seguir os princípios do mercado, como a liberdade econômica, porém, essa liberdade econômica acaba subordinando o Estado do ponto de vista do livre mercado. Assim, o Estado é reduzido a um Estado mínimo se desresponsabilizando com as políticas sociais e possibilitando a desregulamentação do trabalho. Essa configuração de Estado sob o regime neoliberal ataca expressamente o cenário de desemprego, de precarização e flexibilização das relações de trabalho, conforme sinalizam Behring e Boschetti (2011). As autoras ainda salientam que a tendência geral gira em torno:

[...] de restrição e redução de direitos, sob o argumento da crise fiscal do Estado, transformando as políticas sociais [...] em 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 do ideário neoliberal para as políticas sociais, qual seja: *a privatização, a focalização e a descentralização* (BEHRING; BOSCHETTI, 2011, p. 156).

Como é possível identificar, as novas formas adotadas pelo Estado neoliberal reduzem, entre outras coisas, seu compromisso no campo da seguridade social e reconfiguram sua

relação com o mercado financeiro. Na conjuntura brasileira, as mudanças empregadas pelo Estado são expressas através das “reformas”, que se materializam a partir de 1990, por meio de uma série de medidas de reajuste econômico proposta por órgãos internacionais como o Fundo Monetário Internacional (FMI) e Consenso de Washington nos termos de privatizações de serviços públicos, redução de direitos sociais e o aumento da exploração da força de trabalho (BEHRING; BOSCHETTI, 2011).

Contudo, nas análises de Behring (2008), a realidade que esteve em curso no Brasil desde os anos 1990 é de uma clara contrarreforma do Estado e não uma “reforma” que incluía medidas de reajuste econômico como apontavam e ainda apontam seus defensores. Foi e continua sendo uma contrarreforma porque “compôs de um conjunto de mudanças estruturais regressivas sobre trabalhadores e a massa da população brasileira, que foram também antinacionais e antidemocráticas” (p. 281).

Dessa forma, os direitos adquiridos pela classe trabalhadora acabaram por reduzir-se em ações seletivas e fragmentadas pelo Estado neoliberal. As políticas sociais de maneira alguma se tornaram ausentes ou excluídas, mas as formulações de política social foram tomadas pela lógica de ajustamento ao novo contexto. Por isso, processa-se o trinômio do neoliberalismo para as políticas sociais: Privatização dos setores de utilidade pública que incluem a saúde, educação e previdência; Focalização/Seletividade configuradas em programas sociais emergenciais e seletivos, ou seja, apenas para o combate à pobreza; e a descentralização que simboliza a transferência das responsabilidades entre esferas públicas para antes da federação ou instituições privadas. Daí percebe que a relação Estado e mercado segue a tendência privatizadora dos serviços de proteção social (BEHRING; BOSCHETTI, 2011).

Por isso, pontua-se que as transformações em curso no modo de produção e no processo de acumulação capitalista que se integram junto com as ações adotadas pelo Estado, especialmente, no âmbito das políticas sociais, rebatem significativamente e expressamente no mundo do trabalho. Isso porque essas mudanças alteram o tipo de organização, regulação e formas de gerir do trabalho atualmente. Percebe-se a relação desigual entre capital e trabalho que afetam a classe trabalhadora.

A reestruturação produtiva, as mudanças na organização do trabalho e a hegemonia neoliberal [...] tem provocado importantes reconfigurações nas políticas sociais. o desemprego de longa duração, a precarização das relações de trabalho, a ampliação de oferta de empregos intermitentes, em tempo parcial, temporários, instáveis e não associados a direitos, limitam o acesso aos direitos derivados de empregos estáveis (BEHRING; BOSCHETTI, 2011, p. 133).

No que tange especificamente à profissão de Serviço Social, observa-se que se caracteriza como uma especialização do trabalho, sendo parte da divisão social e técnica do trabalho. Por isso, o Assistente Social é reconhecido como um trabalhador assalariado que depende da venda da sua força de trabalho (especializado) em troca de um salário para garantir sua subsistência, visto que se encontra nessa sociedade capitalista de relações de produção e reprodução do capital. Conforme nos ensina Iamamoto:

[...] o Serviço Social é um trabalho especializado, expresso sob a forma de serviços, que tem produtos: interfere na reprodução material da força de trabalho e no processo de reprodução sociopolítica ou ideo-política dos indivíduos sociais. O assistente social é, neste sentido, um intelectual que contribui, junto com inúmeros outros protagonistas, na criação de consensos na sociedade. Falar em consenso diz respeito não apenas à adesão ao instituído: é consenso em torno de interesses de classes fundamentais, sejam dominantes ou subalternas, contribuindo no reforço da hegemonia vigente ou criação de uma contra-hegemonia no cenário da vida social (IAMAMOTO, 2000, p. 69).

Por isso, é inegável a importância dessa profissão na sociedade contemporânea. Muito se avançou na profissão em termos de mercado de trabalho e no campo acadêmico. Contudo, também é inegável que as repercussões da reestruturação produtiva nos moldes da lógica capitalista vêm precarizando, de diferentes maneiras, o mercado de trabalho e as condições de trabalho do/a assistente social. Ainda que não tenha dados nacionais mais abrangentes, recentes e completos sobre as condições de trabalho de assistentes sociais, “é óbvio que os efeitos da crise, que impacta de modo destrutivo a vida da classe trabalhadora, atinge igualmente os(as) assistentes sociais” (BOSCHETTI, 2011, p. 561).

Assim, quando se fala em mudanças no mundo do trabalho e no perfil assumido pelo Estado, os efeitos sobre o trabalho profissional se acentuam. O cenário atual de precarização do trabalho atrelado à marginalização dos direitos sociais e trabalhistas tem rebatimentos nas relações de trabalho e nos adoecimentos, provocando efeitos na saúde física e mental dos/as assistentes sociais. Segundo Raichellis (2011, p. 422):

Essa dinâmica de flexibilização/precarização atinge também o trabalho do assistente social, nos diferentes espaços institucionais em que se realiza, pela insegurança do emprego, precárias formas de contratação, intensificação do trabalho, aviltamento dos salários, pressão pelo aumento da produtividade e de resultados imediatos, ausência de horizontes profissionais de mais longo prazo, falta de perspectivas de progressão e ascensão na carreira, ausência de políticas de capacitação profissional, entre outros.

A autora ainda sinaliza que o estudo em torno da superexploração e do desgaste físico e mental dos/as assistentes sociais se configura ainda como uma temática recente e pouco debatida e pesquisada. De certa forma, é comum assistentes sociais questionarem-se sobre a exploração do trabalho e o desgaste físico e mental que os trabalhadores sofrem. Contudo, os/as assistentes sociais acabam estabelecendo uma relação de exterioridade com esse fenômeno, passando a não se reconhecer como profissionais que também estão sujeitos às consequências do contexto de precarização do trabalho na atualidade. Nesse sentido, Raichellis (2011) é assertiva quando destaca que:

No âmbito do Serviço Social, intensificam-se os processos de terceirização, de subcontratação de serviços individuais dos assistentes sociais por parte de empresas de serviços ou de assessoria (empresas do *eu sozinho* ou *PJs*), de “cooperativas” de trabalhadores, na prestação de serviços aos governos e organizações não governamentais, acenando para o exercício profissional privado (autônomo), temporário, por projeto, por tarefa, em função das novas formas de gestão das políticas sociais. Os efeitos da tríade flexibilização/precarização/terceirização do trabalho do assistente social se faz sentir em níveis e intensidade antes desconhecidas pela profissão (RAICHELLIS, 2011, p. 431).

Visualiza-se que os atuais vínculos trabalhistas em que boa parte dos/as assistentes sociais se inserem são regimes de contratos precários, deixando esses profissionais longe de qualquer tipo de seguridade social. Esses impactos sobre os novos contornos de contratação dos/as assistentes sociais podem ser observados em diversos espaços sócio-ocupacionais como empresas privadas, Organizações Não-Governamentais, entidades filantrópicas e até mesmo no próprio Estado. Porém, cada instituição empregadora tem suas particularidades em montar um sistema ou processo que intensifica e explora o trabalho do/a assistente social.

Ressalta-se que o setor público, ou seja, o Estado é o maior empregador de assistentes sociais no Brasil. De acordo com Iamamoto (2000), é a administração pública que mais emprega assistente social, expressamente no âmbito estadual e municipal. No entanto, a autora explicita:

Os assistentes sociais funcionários públicos vêm sofrendo os efeitos deletérios da Reforma do Estado no campo do emprego e da precarização das relações de trabalho, tais como a redução dos concursos públicos, demissão dos funcionários não estáveis, contenção salarial, corrida à aposentadoria, falta de incentivo à carreira, terceirização acompanhada de contratação precária, temporária, com perda de direitos etc. (IAMAMOTO, 2000, p. 123-124).

Nota-se nas assertivas da autora que as expressivas ações no âmbito estatal têm condicionado a degradação das condições de trabalho da categoria em diferentes espaços sócio-ocupacionais nos quais os/as assistentes sociais estão inseridos/as. Pelo Estado ser orientado pelos ditames neoliberais, cresceu bastante a parceria público-privada acabando por terceirizar o desenvolvimento das políticas sociais para as organizações não governamentais (ONGs), afirmando-se exponencialmente a parceria entre contratos do Estado com instituições do Terceiro Setor.

Para Raichellis (2018), as parcerias público-privadas podem ser reconhecidas entre diferentes modalidades e áreas das políticas sociais. Contudo, para além disso, também é possível observar deslocamentos nas formas de gestão e contratação da força de trabalho por meio da terceirização¹ dos serviços públicos que tem crescido e se ampliado em diversas ocupações.

Ainda de acordo com a autora, a nova morfologia do trabalho do assistente social pode se expressar em diversas políticas como habitação, saúde, assistência social em que assistentes sociais subcontratados ou terceirizados têm vivenciado o trabalho desprotegido, a remuneração baixa e muitas vezes incerta, bem como a carência de proteção social e trabalhista, o assédio moral, o sofrimento e adoecimento derivado da precarização das relações de trabalho e da vida (RAICHELLIS, 2018).

É importante observar que a terceirização do trabalho tem sido um dos grandes vilões para o assistente social, assim como para a ampla maioria dos trabalhadores, pelo fato de ser uma modalidade de trabalho que não requer vínculo formal. Os impactos da terceirização nas relações de trabalho são profundos. Raichellis (2011) pontua os efeitos que a terceirização tem provocado no trabalho social, como:

[...] a) Desconfigura o significado e a amplitude do trabalho técnico realizado pelos assistentes sociais e demais trabalhadores sociais; b) Desloca as relações entre a população, suas formas de representação e a gestão governamental, pela intermediação de empresas e organizações contratadas; c) Subordina as ações desenvolvidas a prazos contratuais e aos recursos financeiros definidos, implicando descontinuidades, rompimento de vínculos com usuários, descrédito da população para com as ações públicas; d) Realiza uma cisão entre prestação de serviço e direito, pois o que preside o trabalho não é a lógica pública, obscurecendo-se a responsabilidade do Estado perante seus cidadãos, comprimindo ainda mais as possibilidades de inscrever as ações públicas no campo do direito (RAICHELLIS, 2011, p. 432).

Vimos que a tendência da terceirização tem influenciado de forma negativa a

¹ Especialmente após a aprovação da Lei nº 13.429/2017 que regulamenta a terceirização no Brasil.

dimensão do trabalho do/a assistente social e tem subsidiado o distanciamento do/a profissional do seu projeto ético-político e compromisso com a classe trabalhadora. As atuais formas de inserção no mercado de trabalho vêm instituindo aos poucos contradições no interior da profissão, causando desconhecimento daquele sujeito profissional que acaba não se identificando com o seu próprio projeto profissional que visa a luta e construção da cidadania, de uma sociedade justa e igualitária, e da emancipação humana.

Em geral, as atuais formas de acumulação do capital, a insistente flexibilização das relações de trabalho e dos direitos sociais e trabalhistas são, negativamente, expressões da profunda transformação na estrutura do trabalho assalariado, que, por conseguinte, tem trazido largos efeitos na materialidade e subjetividade da classe que vive do trabalho tendo que lidar com a perda de direitos, com a insegurança e incerteza do presente e do futuro, fragilizadas por essa conjuntura no mundo do trabalho (RAICHELLIS, 2018).

De certa maneira, embora visualizemos um cenário danoso e negativo nas condições de trabalho e saúde dos/as assistentes sociais, que corrobora em desafios adversos no trabalho profissional nos diversos espaços sócio-ocupacionais, especialmente naqueles da esfera estatal, é importante vislumbrar que o mercado de trabalho profissional tem se alargado no âmbito das políticas sociais, principalmente após a promulgação da Constituição de 1988.

Ainda que o contexto político, econômico e social atual não seja tão favorável, a categoria profissional construiu um projeto profissional direcionado por uma teleologia emancipatória, encarando as repletas contradições de um trabalho dirigido pelo sistema metabólico do capital que vem reduzindo e limitando cada vez mais a autonomia do assistente social, dificultando a materialização do Projeto Ético-político do Serviço Social (RAICHELLIS, 2018).

O Projeto Ético-Político do Serviço Social, de acordo com Netto (1999), é considerado um projeto profissional que orienta o exercício e a formação profissional, fruto de um movimento histórico de construção coletiva. Está vigente no Brasil desde a década de 1990 e é subsidiado pelo Código de Ética Profissional de 1993, pela Lei 8.662/93 que regulamenta a profissão e pelas Diretrizes Curriculares da ABEPSS de 1996. Este projeto tem o compromisso com a construção de uma nova ordem societária, com a competência profissional e qualidade dos serviços prestados. Além disso, tem como princípios primordiais a justiça social, liberdade, defesa dos direitos humanos, garantia do pluralismo e defesa da democracia.

A organização e a mobilização do movimento coletivo dos trabalhadores e de outros

movimentos sociais têm sobrevivido aos desafios presentes (BOSCHETTI, 2011). As mobilizações e ações estratégicas do movimento coletivo da profissão são necessárias nesse momento de exploração e intensificação do trabalho.

Logo, o necessário fortalecimento da categoria profissional demonstra-se como um importante instrumento de luta e resistência diante dos desafios que o capitalismo contemporâneo vem produzindo na classe trabalhadora. Para Raichellis (2018), apesar dos limites para sua concretização, o nosso projeto ético político é uma potente arma que possibilita traçar estratégias de articulação junto à diversidade da categoria profissional na luta contra a ordem hegemônica do capital.

Dessa forma, é inegável a participação e o fortalecimento dos assistentes sociais na luta dos direitos da classe trabalhadora (que também fazem parte) no percurso temporal da história, na melhoria dos serviços prestados e na defesa dos direitos das classes que são subalternizadas pelo grande capital. E como afirma brilhantemente Iamamoto (2000, p. 80):

Os assistentes sociais, apesar do pouco prestígio social e dos baixos salários, formam uma categoria que tem ousado sonhar, que tem ousado ter firmeza na luta, que tem ousado resistir aos obstáculos, porque aposta na história, construindo o futuro, no presente.

Nessa perspectiva, a necessária capacidade de reflexão, planejamento e ação do assistente social são algumas das ferramentas que subsidiam um trabalho profissional com propósitos claros que desobscurecem as contradições do capitalismo e reforçam os valores e princípios do projeto ético-político do Serviço Social, em especial, com a classe trabalhadora.

1.3 O trabalho do/a assistente social na saúde: um trilhar histórico

A intervenção Estatal na saúde pública brasileira tem início no século XX. Segundo Bravo (2001), foi na década de 1930 que surgiram iniciativas de organização da área da saúde. Isso porque, no anteriormente, a assistência médica era pautada na filantropia e na prática liberal, e devido às mudanças econômicas e políticas, as autoridades passaram a pensar em estratégias de ação no campo da saúde pública.

Entre 1930 e 1970, a saúde pública foi avançando em busca de mecanismos para ampliação dos serviços de saúde. No entanto, é a partir da redemocratização do país, isto é,

após a derrocada da ditadura civil-militar² e abertura democrática, que a saúde pública ganhou maior notoriedade como um direito universal.

A partir da década de 1980, a saúde passou a ser debatida por novos sujeitos sociais e envolver as condições de vida da população brasileira e as propostas do governo para a saúde. Isso permitiu abrir um amplo debate para que a saúde pública deixasse de ser pauta de interesses apenas de técnicos para assumir uma dimensão política vinculada à democracia (BRAVO, 2001)

Neste cenário, tiveram importante participação os profissionais de saúde, que eram representados pelas suas entidades e começaram a defender questões que ultrapassavam o corporativismo como a melhoria da situação da saúde e o fortalecimento do setor público, bem como o movimento sanitário bastante representado pelo Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), pois configurava-se como um veículo de exposição do debate em torno da saúde e da democracia, os partidos políticos de oposição que passaram a pôr em seus programas o debate do setor saúde, além dos movimentos sociais urbanos que organizavam eventos em conjunto com outras entidades da sociedade civil (BRAVO, 2001)

O movimento da reforma sanitária ocorreu em meados da década de 1970 em um contexto de luta contra a ditadura civil-militar. Esse movimento possuía ideias voltadas para mudanças na área da saúde. Porém, as mudanças requeridas não eram apenas para o sistema, mas para todo o setor da saúde, visando a melhoria das condições de vida da população.

Esse processo de mudanças na área da saúde teve como marco a 8ª Conferência Nacional da Saúde (CNS) em 1986, que ocorreu em Brasília. Esse evento foi convocado pelo Ministério da Saúde e ficou conhecido como um marco histórico em torno da saúde pública brasileira. Isso porque, segundo Bravo (2001), foi proposto não somente um Sistema Único de Saúde, mas uma Reforma Sanitária.

O relatório da 8ª CNS foi um documento de extrema importância que contribuiu para a elaboração do texto constitucional referente à saúde na ocasião da Assembleia Nacional Constituinte, a qual deu origem ao texto da Constituição Federal de 1988. De acordo com Teixeira (1989, p. 50-51) *apud* Bravo (2001, p. 10), os principais elementos aprovados na Constituição em torno da Saúde foram:

- O direito universal à saúde e o dever do Estado, acabando com discriminações

² O período de ditadura civil-militar no Brasil significou um regime político autoritário ocorrido através de um golpe civil-militar em 31 de março de 1964. Durou cerca de 21 anos e foi marcado por censura à imprensa, limitações nos direitos políticos dos brasileiros bem como tortura policial para os que eram contrário ao regime ditatorial.

- existentes entre segurado/não-segurado, rural/urbano;
- As ações e serviços de saúde passaram a ser consideradas de relevância pública, cabendo ao poder público sua regulamentação, fiscalização e controle
 - Constituição do Sistema Único de Saúde, integrando todos os serviços públicos em uma rede hierarquizada, regionalizada, descentralizada e de atendimento integral, com participação da comunidade;
 - A participação do setor privado no sistema de saúde deverá ser complementar, preferencialmente com as entidades filantrópicas, sendo vedada a destinação de recursos públicos para subvenção às instituições com fins lucrativos. Os contratos com entidades privadas prestadoras de serviços far-se-ão mediante contrato de direito público, garantindo ao Estado o poder de intervir nas entidades que não estiverem seguindo os termos contratuais;
 - Proibição da comercialização de sangue e seus derivados.

Vimos que os aspectos expressos acima são frutos de diversos acordos políticos e de pressão popular inspirados nas propostas defendidas pelo movimento da reforma sanitária. A saúde foi um dos setores que teve avanços constitucionais mais significativos. E um desses avanços foi a criação do SUS como parte da seguridade social e do projeto da reforma sanitária. O SUS foi criado em 1988 pela Constituição Federal Brasileira e regulamentado através da Lei Orgânica da Saúde (LOS - nº 8.080/1990).

De acordo com a LOS, o Sistema Único de Saúde se constitui por um conjunto de ações e serviços de saúde, que são prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público. Alguns dos seus princípios fundamentais são a universalidade do acesso aos serviços de saúde nos níveis de baixa, média e alta complexidade, bem como a integralidade de assistência que pode ser entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos em todos os níveis de complexidade do sistema de saúde.

Porém, segundo Matos (2009), o SUS não foi efetivamente implementado no período de sua promulgação. No governo do Presidente da República José Sarney, o SUS e a própria Constituição Federal foram criticados com o argumento de que teria deixado o país ingovernável. Diante desse cenário, já se esperava que a não implementação efetiva dos direitos previstos na Constituição Federal seria sentida logo no final dos anos de 1980 e

acirrada a partir dos anos de 1990 com a execução do projeto neoliberal.

Desde o final da década de 1980, a implementação do Projeto da Reforma Sanitária passava por diversas incertezas e questionamentos no que se refere à ineficiência do setor público, tensões com os profissionais de saúde, diminuição do apoio popular em relação à ausência de resultados concretos na melhoria da atenção à saúde dos brasileiros (BRAVO, 2001).

É certo que o SUS tem encontrado desde sua institucionalização diversas dificuldades para sua efetivação. As contrarreformas do Estado têm grande responsabilidade na desestruturação do SUS como política pública. Segundo Soares (2010), embora o SUS seja subsidiado pela LOS e tenha como propósito oferecer assistência à saúde de maneira universal, eficiente, descentralizada em todos os níveis de complexidade, atualmente são visíveis os limites que permitam essa materialização. O projeto neoliberal sustentado através da contrarreforma do Estado põe em prática ações que diminuem, dentre outras coisas, o orçamento e gastos com a saúde pública.

Ao tratar do trabalho do assistente social na saúde, Almeida e Alencar (2011) afirmam que é onde concentra o maior quantitativo de profissionais empregados atualmente, nos níveis de atenção básica, de média e alta complexidade do SUS, como nas Unidades Básicas de Saúde, nas policlínicas, hospitais e serviços de pronto atendimento além das instituições privadas de saúde.

Para compreender o trabalho do/a assistente social na área da saúde, é interessante destacar de forma breve como se deu a inserção desse profissional nos serviços de saúde. De acordo com Matos (2009), na década de 1940, o Serviço Social assumiu diferentes modos de intervenção que variava de acordo com o tipo de instituição em que se trabalhava. Nesse contexto surgiu o “Serviço Social Médico” e a inserção dessa profissão nos serviços de saúde através de uma busca de construção do fazer profissional no modelo médico clínico.

De acordo com o autor, o/a assistente social foi identificado como aquele profissional que tinha a possibilidade de contribuir no aperfeiçoamento do trabalho do médico, ou seja, numa relação de complementariedade, na qual o médico era o gestor. Por isso, os outros profissionais que trabalhavam na saúde e que não eram médicos eram identificados como paramédicos.

Nessa época, o Serviço Social na área da saúde surgiu nos hospitais com a demanda de realizar um elo entre a família e o doente, como uma forma de garantir seu tratamento após a alta hospitalar. O atendimento realizado pelo assistente social era baseado na metodologia do serviço social de casos, numa perspectiva funcionalista que compreendia os

problemas vividos pelos “clientes” decorrentes do seu próprio comportamento (MATOS, 2009).

Os/as assistentes sociais foram inseridos/as mais efetivamente nos serviços de saúde no Brasil com a constituição do Hospital das Clínicas (HC) da Universidade de São Paulo (USP) em 1944 (BRAVO, 2001 *apud* MATOS, 2009)

No Rio de Janeiro, a primeira inserção profissional aconteceu em 1940 na Policlínica de Botafogo, 1942 no Hospital Artur Bernardes, em 1944 no Instituto de Cardiologia e em diversos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPS), onde não se tem certeza se atuavam na assistência à saúde. Já em São Paulo, a primeira inserção, como já mencionado, foi no Hospital das Clínicas (HC) da USP, que na época, isto é, entre 1947 e 1949 este campo de trabalho correspondia a cerca de 23% e 24% do mercado de trabalho e incluía, além do HC, serviços de Dispensário de Tuberculose, Departamento Estadual da Criança, Hospital e clínicas particulares (IAMAMOTO e CARVALHO, 1992 *apud* MATOS, 2009)

A década de 1950 foi marcada pelo desenvolvimentismo no Brasil e na América Latina. Representou uma estratégia da Organização das Nações Unidas (ONU) para os países subdesenvolvidos. No Brasil, o desenvolvimentismo é experienciado especialmente pelo Governo Juscelino Kubitschek (JK), com a estratégia de crescimento do país a partir da abertura do país para a indústria internacional. Nesse cenário, os/as assistentes sociais trabalhavam na perspectiva desenvolvimentista adotando um planejamento tecnocrático através do serviço social de comunidade (MATOS, 2009).

É somente nos anos de 1960 que o Brasil e a América Latina iniciaram um movimento interno à profissão, ou seja, o movimento latino-americano de reconceituação do serviço social. Porém, esse movimento se deu de acordo com as particularidades sociopolíticas de cada país. No processo de renovação do serviço social brasileiro, é importante mencionar a perspectiva de “intenção de ruptura”. Essa perspectiva foi bastante importante, pois foi a base para que o serviço social rompesse com o conservadorismo da profissão. No entanto, esse processo se deu de forma bastante distinta ao movimento de reforma sanitária e até os anos de 1980, a profissão estava desarticulada com a discussão coletiva desse movimento (MATOS, 2009).

Segundo Matos (2009), é a partir dos anos de 1990 que os/as assistentes sociais passaram a dialogar com os princípios da reforma sanitária e alterar o discurso e o exercício profissional cotidiano dentro do Sistema Único de Saúde. Não podemos deixar de mencionar também que o projeto ético-político da profissão passou a dialogar com os princípios do SUS, no que diz respeito à consolidação da democracia e o acesso igualitário a todos os

serviços de prevenção, promoção e recuperação da saúde.

É importante destacar que a Resolução n° 218, de 06 de março de 1997, do Conselho Nacional de Saúde reconhece diversos profissionais de nível superior como profissionais de saúde, dentre eles, a categoria de assistentes sociais. Além disso, a Resolução do CFESS n° 383, de 29 de março de 1999, caracteriza o/a assistente social como profissional de saúde.

Com o crescimento do número de assistentes sociais inseridos na área da saúde e constantes questionamentos da categoria sobre a intervenção profissional nesse campo de trabalho, o conjunto CFESS/CRESS elaborou, entre 2008 e 2010, um documento intitulado “Parâmetros para atuação dos assistentes sociais na política de saúde”, por meio do Grupo de Trabalho “Serviço Social na Saúde”, objetivando nortear o exercício profissional a fim que os profissionais conseguissem identificar as demandas e expressões da questão social que permeiam a vida dos usuários da política de saúde, possibilitando trazer respostas ao seu cotidiano de trabalho.

De acordo com o documento, as atribuições e competências dos profissionais de serviço social, tanto na área da saúde como em outros espaços sócio-ocupacionais, são orientadas pelo Código de Ética Profissional e pela Lei de Regulamentação da Profissão, devendo ser respeitadas e observadas pelos profissionais e pelos seus respectivos empregadores (CFESS, 2010).

Em relação aos parâmetros para a atuação de assistentes sociais na saúde, o documento ressalta que o profissional precisa entender a priori a realidade dos seus usuários, para que possa definir os objetivos e escolher as abordagens e instrumentos adequados para realizar a intervenção profissional. Os/as assistentes sociais precisam ter o entendimento de conceitos fundamentais para a ação na saúde como a concepção da saúde, da integralidade, da intersetorialidade, da participação social e da interdisciplinaridade (CFESS, 2010).

Além disso, é importante considerar que os/as assistentes sociais na saúde trabalham em quatro grandes eixos: 1) o atendimento direto aos usuários; 2) mobilização, participação e controle social; 3) investigação, planejamento e gestão e 4) assessoria, qualificação e formação profissional (CFESS, 2010). Esses eixos devem ser entendidos em articulação e não de forma segregada, ou seja, devem ser compreendidos na sua concepção de totalidade.

Quanto ao atendimento direto aos usuários, este acontece nos espaços de trabalho dos serviços de atenção básica, de média e alta complexidade. A sua materialização se configura na rede de serviços brasileira a partir:

[...] das unidades da Estratégia de Saúde da Família, dos postos e centros de saúde,

policlínicas, institutos, maternidades, centros de apoio psicossocial (CAPs), hospitais gerais, de emergência e especializados, incluindo os universitários, independente da instância a qual é vinculada seja federal, estadual ou municipal (CFESS, 2010, p. 41).

O eixo mobilização, participação e controle social diz respeito às ações realizadas para a mobilização e participação social dos usuários, familiares, trabalhadores da saúde e dos movimentos sociais. Essas ações ocorrem em espaços democráticos de controle social, ou seja, conselhos, conferências, fóruns de saúde e de outras políticas públicas. O objetivo dessas atividades é contribuir na organização da população e dos usuários enquanto sujeitos políticos, possibilitando fazer suas reivindicações na agenda pública da saúde (CFESS, 2010)

O eixo investigação, planejamento e gestão envolve um conjunto de ações com o olhar voltado para o fortalecimento da gestão democrática e participativa que potencializa a gestão na defesa e em favor dos usuários e trabalhadores de saúde, na garantia dos direitos sociais. Atualmente vem sendo requisitado dos assistentes sociais trabalho profissional no planejamento, na gestão e coordenação de equipes, programas e projetos. Esse trabalho se pauta na realização de estudos e pesquisas que revelem as reais condições de vida da classe trabalhadora e dos usuários do SUS, suas principais demandas, perfil e situação de saúde. Essas pesquisas e estudos têm o intuito de fortalecer o processo de formulação, implementação e monitoramento do planejamento do serviço social bem como da política institucional, de saúde local, regional, estadual e nacional (CFESS, 2010).

O último eixo denominado assessoria, qualificação e formação profissional, considera a educação contínua dos profissionais de saúde, de gestão, dos conselheiros de saúde e representantes comunitários. As atividades podem ser realizadas para cada área profissional, através de programas que visem à qualificação da equipe de saúde. A criação de campos de estágio, de supervisão de estágio e de programas de residência multiprofissional são exemplos disso. Quanto à assessoria, esta é uma ação que pode ser desenvolvida por um profissional que tem conhecimento de determinada área. É configurada como uma atribuição privativa do assistente social ou até mesmo uma competência do profissional (CFESS, 2010).

Esses eixos de trabalho profissional nos quais os assistentes sociais estão inseridos devem visar ações propositivas orientadas pelos fundamentos teórico-metodológicos, ético-políticos e técnico-operativos do serviço social, pautando-se no projeto profissional do serviço social. Ou seja, o trabalho do assistente social na área da saúde deve dialogar e se

articular, dentre outras coisas: com o movimento dos trabalhadores na luta pela efetivação do SUS, com o compromisso do acesso aos usuários em todo e qualquer serviço de saúde e aos direitos sociais, além de tentar construir ou efetivar, em conjunto com outros trabalhadores da saúde, espaços nas unidades de saúde que deem voz à participação popular nas decisões a serem tomadas, participar e elaborar projetos de educação permanente bem como realizar estudos e pesquisas sobre temáticas relacionadas à saúde (CFESS, 2010).

Para Kruger (2010), o serviço social na saúde tem espaços próprios e tradicionais de trabalho, porém, com a implementação do SUS, houve uma abertura de espaços multidisciplinares, interdisciplinares e intersetoriais, como também no âmbito da gestão e do planejamento da política de saúde, nos quais assistentes sociais têm capacidade para desenvolver ações não exclusivas da profissão.

Ademais, observa-se que o trabalho do assistente social na saúde deve considerar uma intervenção voltada à defesa do movimento da reforma sanitária. No entanto, a realidade é que tanto os assistentes sociais quanto outros profissionais da saúde vivenciam cotidianamente os obstáculos que vêm se apresentando nos serviços de saúde. Os assistentes sociais na área da saúde são desafiados a encarar os constantes boicotes que a saúde pública vem sofrendo ao longo dos anos, especialmente pelas ações do projeto neoliberal para a saúde e políticas sociais. Assim, o trabalho desse profissional na saúde, para além do compromisso com a qualidade dos serviços prestados, deve se pautar em um trabalho que busque reafirmar e lutar pelos direitos e conquistas da população, sempre articulando-se com o seu projeto profissional.

CAPÍTULO II

SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE: O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NA ATENÇÃO BÁSICA

[...] a inserção profissional do assistente social orienta-se numa concepção ampliada de saúde a partir da qual são considerados os determinantes sociais da saúde e as necessidades de saúde
(CAMARGO, 2014, p. 106)

2.1 Atenção Básica no Sistema Único de Saúde

Historicamente, a Atenção Primária à Saúde como uma forma de organização do sistema de saúde foi idealizada através do Relatório Dawson, publicado em 1920 pelo governo inglês. Segundo Starfield (2002), esse relatório desenvolveu uma estrutura organizacional em três níveis principais de atenção à saúde, sendo eles: centros de saúde primários, centros de saúde secundários e hospitais-escola. Esses níveis de serviços de saúde apesar de manterem funções distintas, se conectam e se complementam.

O nível de atenção básica era instituído por centros de saúde primários e serviços domiciliares tratados por médicos com formação generalista. Quando os casos de saúde não podiam ser resolvidos com os recursos desse nível de atenção, estes eram encaminhados para os centros de saúde secundários tratados por médicos com especialização nas mais diversas áreas da medicina. Contudo, quando havia a necessidade de internação ou cirurgia, bem como visando atender doenças mais atípicas e complexas, era necessário o suporte dos centros de saúde terciários (STARFIELD, 2002).

Essa forma de organização e formulação de atenção à saúde foi a chave para a concepção de regionalização com a finalidade de fornecer um sistema de organização de serviços médicos para atender as necessidades da população. Esse modelo de organização de serviços de saúde de forma regionalizada teve bastante influência na reorganização da atenção à saúde em outros países. Estes passaram a diferenciar com mais clareza os serviços de atenção primária, secundária e terciária.

A I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, organizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e realizada em Alma-Ata no ano de 1978, em Cazaquistão, expressou a urgência de todos os governos em desenvolver e implementar serviços primários à saúde, principalmente nos países em desenvolvimento.

Esse evento teve como resultado um documento chamado Declaração de Alma-Ata que definiu os Cuidados Primários à Saúde como:

Atenção essencial à saúde baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade como o país possam arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, um espírito de autoconfiança e autodeterminação. É parte integral do sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1978 *apud* STARFIELD, 2002, p. 30-31)

No Brasil, o Movimento da Reforma Sanitária já defendia um sistema universal de saúde enxergando a Atenção Primária à Saúde como um nível de serviço de saúde integral, eficaz e abrangente. A declaração de Alma-Ata serviu como um modelo inspirador e referência para se pensar e fundamentar o desenvolvimento e implantação de serviços de atenção primária no país, em especial, a Estratégia de Saúde da Família – ESF, que é tida como a principal estratégia para expansão e resolução dos Serviços de Atenção Básica no SUS.

De acordo com Fausto e Matta (2017), a Atenção Primária à Saúde ganha relevante destaque na Política Nacional de Saúde a partir da Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde (NOBSUS) n.º 01/96. A partir dessa Norma, o Ministério da Saúde propôs iniciativas para a atenção à saúde dando destaque para a Atenção Básica de Saúde quando surge o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) no ano de 1991 e o Programa Saúde da Família (PSF) em 1994. Esses programas voltados para a operacionalização da Atenção Básica tinham como objetivo, segundo os autores, incentivar os municípios a proporem alternativas em âmbito local, principalmente em cidades pequenas com uma rede de serviços de saúde limitada.

Vale lembrar que o PACS e o PSF assumiram, inicialmente, um perfil segmentado dentro do Ministério da Saúde. Tanto o PACS como o PSF foram vinculados à Coordenação da Saúde da Comunidade (COSAC) dentro do Departamento de Operações da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), no qual a Gerência Nacional do Agente Comunitário e da Gerência da Saúde da Família ficavam responsáveis. O PSF acabou se instituindo de forma

fragmentada das áreas programáticas nos primeiros anos de existência e fora da estrutura do Ministério da Saúde (FAUSTO; MATTA, 2017).

O PSF só passou a ter um papel de destaque no âmbito da política de saúde a partir do momento em que foi vinculado institucionalmente à Secretaria de Assistência e Saúde (SAS), sendo ligado ao Departamento de Assistência e Promoção à Saúde. Essa mudança ocorreu, pois, o então Ministro Adib Jatene enxergava grande potencial do PSF para o fortalecimento da atenção primária na política de saúde (FAUSTO; MATTA, 2017). Com isso, a NOBSUS n.º 01/96 através do Piso de Atenção Básica (PAB) e por meio do Ministério da Saúde passou a incentivar financeiramente a inserção do PSF e do PACS nos sistemas locais de saúde como estratégia de reorganização do modelo de atenção no SUS.

Fausto e Matta (2017), analisando a trajetória do PSF, sinalizam dois momentos diferentes do programa. O primeiro momento é sua fase de formulação e implantação enquanto programa sedimentado no contexto global de política de saúde, uma vez que tinha características de um programa com serviços focalizados. O segundo momento é a fase do programa como uma proposta de organização da atenção primária de saúde, ou seja, quando passa a ser considerado um programa estratégico na reorientação do modelo de atenção do SUS. Além disso, os autores enfatizam que:

[...] do ponto de vista da abordagem, o PACS e o PSF trouxeram a família e a comunidade como norteadores da organização da atenção à saúde quando tradicionalmente a abordagem individual centrada na doença dominava a ação programática da política nacional de saúde. A proposta de organização da atenção inerentes ao PSF foi assumida pelo Ministério da Saúde como estratégia para a reorganização da atenção básica do SUS (FAUSTO; MATTA, 2017, p. 60)

O PSF se tornou a principal estratégia para a operacionalização da Atenção Primária de Saúde e um importante instrumento na organização do SUS, pois tem o propósito de trabalhar com ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde da população através de ações de saúde básicas que possam contribuir tanto na atenção primária como em articulação com outros níveis de atenção do sistema.

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a atenção primária tem por fundamento os princípios do SUS, servindo como um dispositivo que visa garantir a universalidade, integralidade e a participação popular.

A atenção básica é caracterizada, segundo a PNAB, como um conjunto de ações de caráter individuais ou coletivos, situadas no primeiro nível de atenção do sistema, sendo considerada a porta de entrada preferencial do SUS. Essas ações envolvem a promoção,

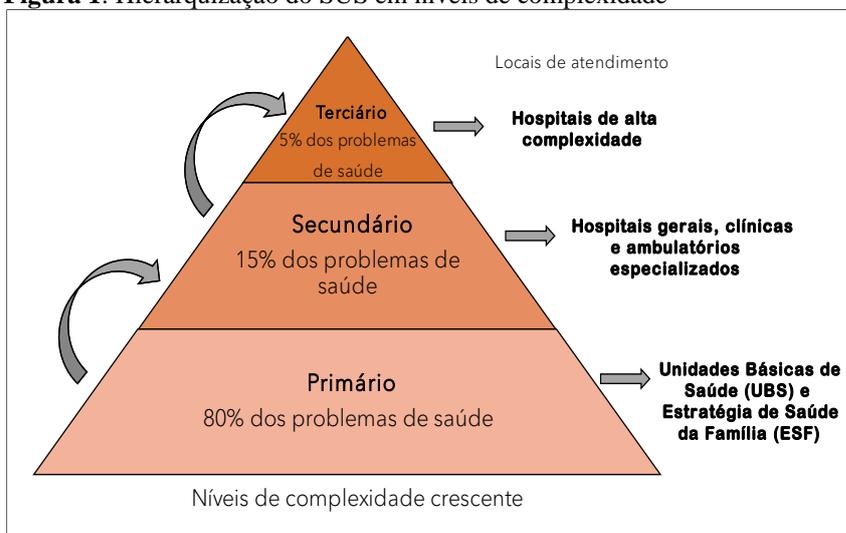
prevenção, proteção, diagnóstico e tratamento, a reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos, vigilância em saúde, bem como de manutenção da saúde que será desenvolvida e operacionalizada através de práticas de cuidado integral promovida por equipe multiprofissional (BRASIL, 2017).

Atualmente, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) vinculada ao Programa Saúde da Família (PSF) é tida como um dispositivo prioritário na reorganização da atenção básica no país, pois é uma estratégia de expansão, qualificação e consolidação da mesma.

A ESF leva serviços multidisciplinares à população e comunidade através, por exemplo, das Unidades de Saúde da Família (USF). Alguns dos serviços oferecidos e disponibilizados aos usuários nas USF são consultas, exames, vacinas, radiografias, entre outros procedimentos. Além da ESF, existem outras iniciativas promovidas pela Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS) para atender à comunidade como o Programa Saúde na Hora, Médicos pelo Brasil, Previne Brasil, entre outros programas, ações e estratégias sempre tendo por base e orientação os princípios da universalidade, da acessibilidade, da continuidade do cuidado, da integralidade da ação, da responsabilização, da humanização e da participação social (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022).

É importante assinalar que a rede de serviços do SUS é organizada de forma regionalizada e hierarquizada em três níveis de atenção à saúde: nível primário, nível secundário e nível terciário. Essa hierarquização é uma forma de organizar as Redes de Atenção à Saúde (RAS). E por isso, o atendimento ocorre, prioritariamente, pela atenção primária. Essa lógica de organização pode ser observada na figura 1:

Figura 1: Hierarquização do SUS em níveis de complexidade



Fonte: Elaboração própria (2022)

Nota-se, de acordo com a figura 1, que a atenção primária é caracterizada pela baixa complexidade e tem o intuito de fornecer ações e serviços voltados para proteção, prevenção e recuperação de saúde dentro das Unidades Básicas de Saúde – UBS através das Equipes de Saúde da Família – ESF. É tida como nível de complexidade prioritária do SUS, os procedimentos têm custo-benefício baixo e, por isso, mais de 80% do total das demandas de saúde pode ser incluído nas ações e serviços desse nível de atenção. Já a atenção secundária é caracterizada por atendimentos e serviços nos hospitais gerais, clínicas e ambulatórios especializados, e os procedimentos são de médio-custo, abarcando cerca de 15% dos problemas de saúde. A atenção terciária inclui os casos mais complexos de saúde, dentre eles, o risco de morte. Com isso, as ações e os atendimentos são feitos em hospitais especializados e/ou hospitais de especialidades, e por isso, os procedimentos são de alto custo e correspondem a aproximadamente 5% do total de problemas de saúde dos usuários do SUS.

O Amazonas é o maior estado do país em dimensão territorial, com área de aproximadamente 1.559.167,878 km² e densidade demográfica de 2,23 habitantes por km², segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE, 2021). O maior número de habitantes do estado concentra-se na capital, Manaus, com uma população estimada em cerca de 2.255.903 habitantes (IBGE, 2021).

Segundo o Plano Estadual de Saúde do Amazonas (2020-2023), existem cerca de 2.454 estabelecimentos de saúde no estado, de acordo com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), sendo 80,76% de gestão municipal, 16,46% de gestão estadual e 2,77% de gestão compartilhada entre estado e municípios. Observa-se que a gestão municipal concentra o maior quantitativo de estabelecimentos de saúde por conta da abrangência da rede de atenção básica que é dividida em Unidades Básicas de Saúde, Unidades Móveis Fluviais e Unidades de Atenção Indígena.

Em Manaus, a Rede Municipal de Saúde é composta por 264 estabelecimentos de saúde, oferecendo serviços de saúde no âmbito da vigilância sanitária e assistência, com foco nas ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde, conforme podemos observar na tabela 1 abaixo:

Tabela 1: Rede Física de saúde municipal por tipo de estabelecimento em Manaus

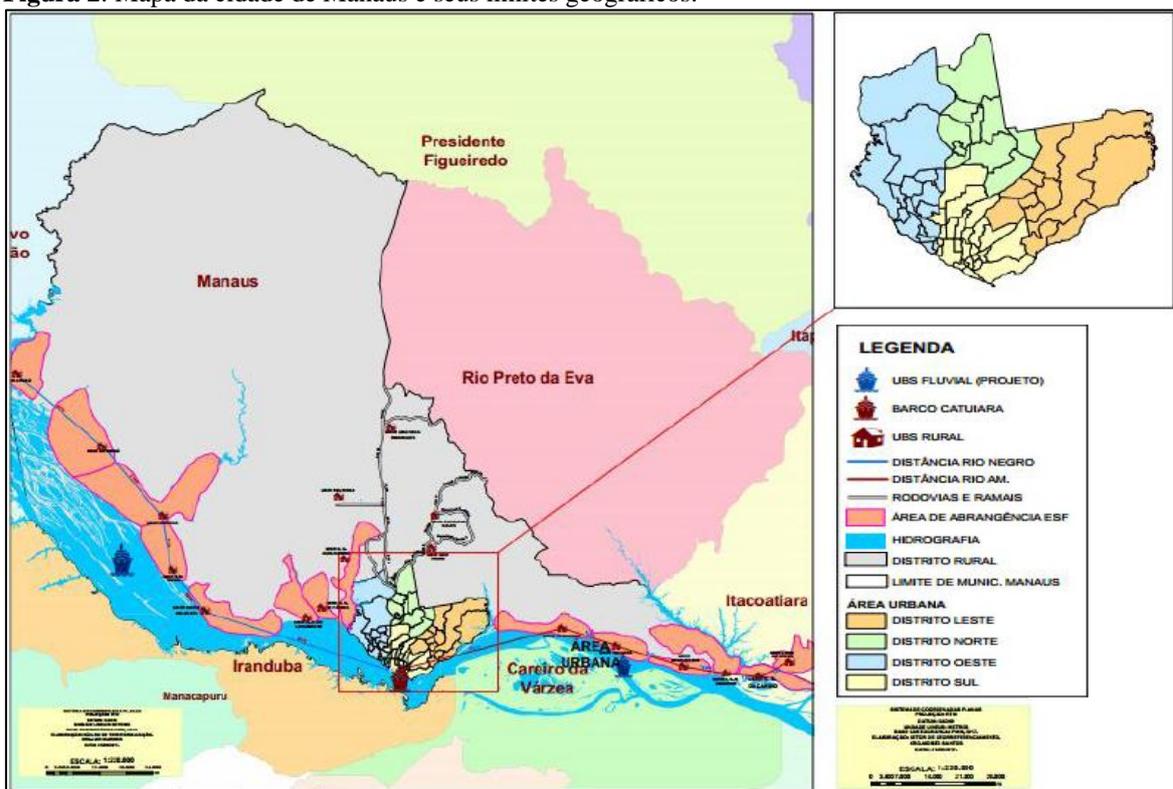
Tipo de Estabelecimento	Quantidade
Centro de Saúde/Unidade Básica de Saúde	162
Unidade Móvel de Nível Pré-Hospitalar-Urgência/Emergência	48
Posto de Saúde	18
Clínica Especializada/Ambulatório Especializado	7
Policlínica	6
Secretaria de Saúde	6
Unidade de Serviço de Apoio de Diagnose e Terapia	5
Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)	3
Unidade de Vigilância em Saúde	2
Unidade Móvel Fluvial	2
Central de Regulação	1
Central de Regulação Médica das Urgências	1
Hospital Especializado	1
Laboratório de Saúde Pública	1
Unidade Móvel Terrestre	1
Total	264

Fonte: Plano Municipal de Manaus (2022-2025)

O sistema de saúde em Manaus se organiza estruturalmente em distritalização sanitária. Segundo Alves e Cyrino (1998) *apud* Luna e Oliveira (2010), a organização por zona distrital no contexto manauara é vista como um modelo assistencial de cuidados à saúde pela via de distritos sanitários, pautando-se em critérios geográficos e demográficos.

De acordo com o Plano Municipal de Saúde de Manaus (2018-2021), a capital do Amazonas está localizada à margem esquerda do Rio Negro, sendo que ao Norte situa-se o município de Presidente Figueiredo, ao Sul os municípios de Careiro da Várzea e Iranduba, a Oeste está o município de Novo Airão e a Leste estão Itacoatiara e Rio Preto da Eva, como podemos verificar na figura 2:

Figura 2: Mapa da cidade de Manaus e seus limites geográficos.

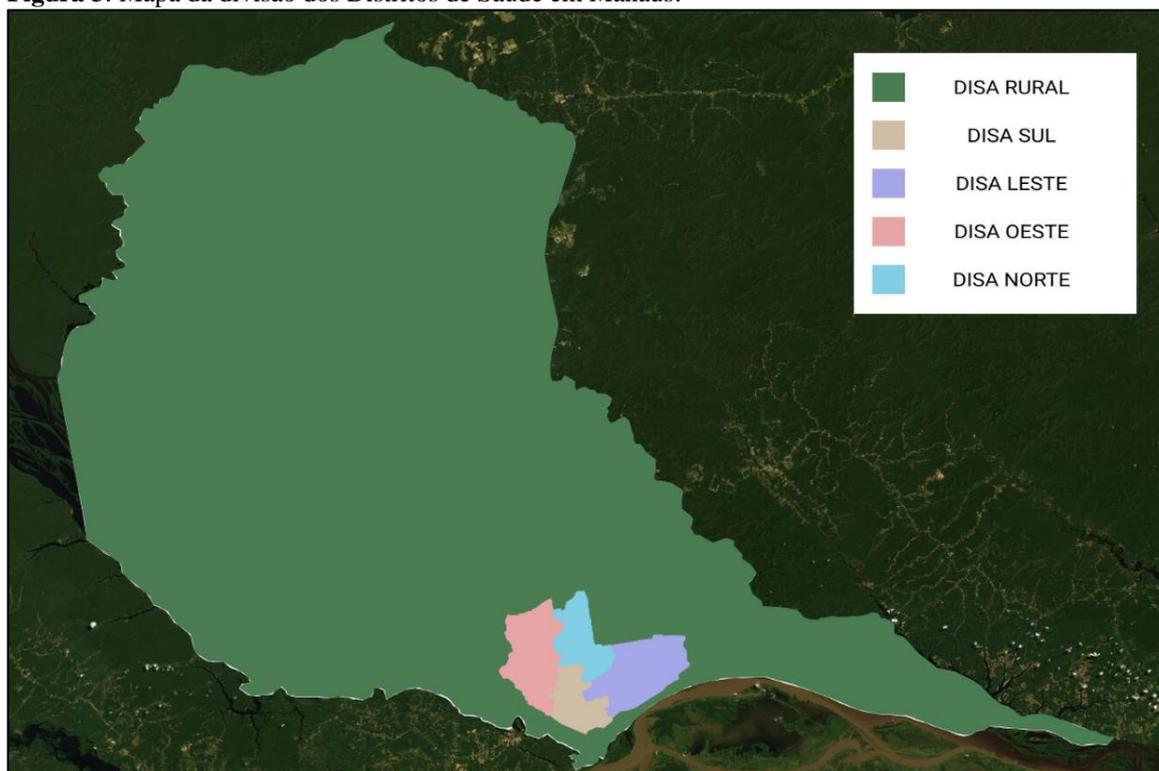


Fonte: NUTER/DAP/SUBGS/SEMSA *apud* Plano Municipal de Saúde Manaus (2018-2021) (adaptado pela pesquisadora)

O território de Manaus está distribuído em sete zonas geográficas, que são: Norte, Sul, Leste, Oeste, Centro-sul, Centro-Oeste e Rural e dividido em cinco Distritos de Saúde (DISAs), sendo: DISA Leste, DISA Norte, DISA Oeste, DISA Sul e DISA Rural. Essa divisão distrital ocorre para efeito de planejamento, desconcentração urbana, agilidade administrativa e descentralização das ações de saúde, de forma a proporcionar um atendimento de qualidade às unidades de saúde e à comunidade em geral.

A figura 3 mostra o mapa do território de Manaus e como os Distritos de Saúde estão divididos:

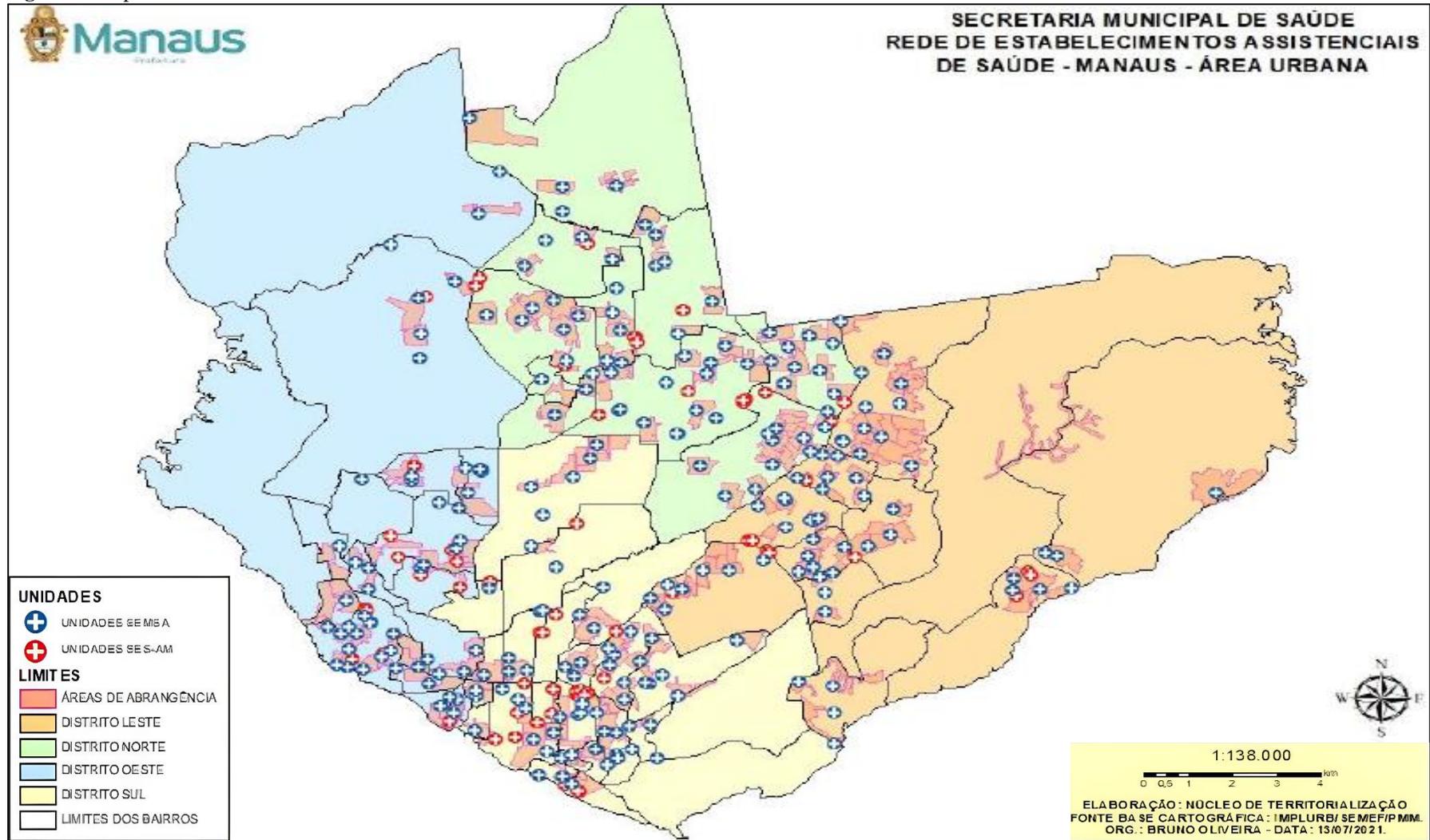
Figura 3: Mapa da divisão dos Distritos de Saúde em Manaus.



Fonte: Elaboração própria (2022)

Para melhor compreensão, é importante trazer a caracterização dos DISAs em Manaus para entender como a atenção básica no âmbito municipal está organizada na capital. A figura 4 mostra a rede de estabelecimentos de saúde operacionalizadas pelos DISA e pela Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas. Nota-se de antemão que os estabelecimentos assistenciais de saúde espalhados pela cidade estão, em sua maioria, sob responsabilidade da SEMSA.

Figura 4: Mapa das redes de estabelecimentos assistenciais de saúde – área urbana



Fonte: DICAR/SUBGS/SEMSA *apud* Plano Municipal de Saúde Manaus (2022-2025) (adaptado pela pesquisadora)

Com base em dados populacionais do ano de 2021, a Zona Norte possui uma população de 592.326 habitantes, considerada a região com o maior número de habitantes de Manaus. Esta zona é formada em aglomerados populacionais de ocupação e loteamentos regulares e irregulares, além de ser uma área de estrutura urbana desigual e marcada por graves problemas de saneamento e serviços básicos sociais (LUNA; OLIVEIRA, 2010). A referida zona se constitui dos seguintes bairros: Cidade de Deus, Cidade Nova (maior conjunto populacional da cidade), Colônia Santo Antônio, Colônia Terra Nova, Lago Azul, Monte das Oliveiras, Nova Cidade, Nova Aleixo, Novo Israel e Santa Etelvina. Os estabelecimentos de saúde de atenção básica na zona norte que são administrados pelo DISA Norte estão distribuídos da seguinte forma, conforme o quadro 1:

Quadro 1: Organização das Unidades de saúde – DISA Norte

Tipo	Estabelecimento de saúde	Bairro
USF	USF FÁTIMA DE ANDRADE	Novo Aleixo
UBS	UBS ARTHUR VIRGÍLIO FILHO	
USF	USF DRº JOSÉ FIGLIUOLO	Lago Azul
USF	CLÍNICA DA FAMÍLIA CARMEN NICOLAU	
USF	USF ÁUGIAS GADELHA	Cidade Nova
UBS	UBS ARMANDO MENDES	
UBS	UBS BALBINA MESTRINHO	
CENTRO DE ODONTOLOGIA	CENTRO DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS NORTE - DR. RUBIM SÁ	
LABORATÓRIO	LABORATÓRIO DISTRITAL NORTE MANOEL BASTOS LIRA	
POLICLÍNICA	POLICLÍNICA ENFª ANNA BARRETO	Jorge Teixeira
POLICLÍNICA	POLICLÍNICA DR. JOSÉ ANTÔNIO DA SILVA	Monte das Oliveiras
USF	USF MAJOR PM SÁLVIO BELOTA	Santa Etelvina
USF	CLÍNICA DA FAMÍLIA PROFº CARLSON GRACIE	Nova Cidade
USF	USF FREI VALÉRIO	Novo Israel

Fonte: SEMSA (2022)

A Zona Leste é formada pelos seguintes bairros: Armando Mendes, Colônia Antônio Aleixo, Coroadó, Distrito Industrial II, Gilberto Mestrinho, Jorge Teixeira, Mauazinho, Puraquequara, São José Operário, Tancredo Neves e Zumbi dos Palmares. Esta zona tem estimativa de 529.543 habitantes. Esta área da cidade é considerada uma zona de ocupações onde grande parte da população possui baixo nível econômico e

convivem com precárias condições de saneamento básico, simbolizando uma área de extrema vulnerabilidade³ social (LUNA; OLIVEIRA, 2010).

Os estabelecimentos de saúde na atenção básica na zona leste estão distribuídos da seguinte forma, conforme o quadro 2:

Quadro 2: Organização das Unidades de Saúde – DISA Leste

Tipo	Estabelecimento de saúde	Bairro
USF	USF ALFREDO CAMPOS	Zumbi dos Palmares
USF	USF DR. GILSON MOREIRA	
USF	USF JOÃO NOGUEIRA DA MATTA	
USF	USF DR. JOSÉ AVELINO PEREIRA	Jorge Teixeira
USF	USF ENFª JOSEPHINA DE MELLO	
USF	USF DR GEBES DE MEDEIROS FILHO	
USF	CLÍNICA DA FAMÍLIA WALDIR BUGALHO DE MEDEIROS	
USF	CLÍNICA DA FAMÍLIA SENADOR SEVERIANO NUNES	
USF	USF CLÍNICA DA FAMÍLIA DESEMBARGADOR FABIO DO COUTO VALLE	
POLICLÍNICA	POL. ANTONIO COMTE TELLES	
USF	USF DR. JOSÉ AMAZONAS PALHANO	
UBS	UBS DRª. CACILDA MARTINS DE FREITAS	
CENTRO DE ODONTOLOGIA	CENTRO DE ESPECIALIZAÇÃO ODONTOLÓGICA DR. JAIR MACHADO SANTOS DA ROCHA	
LABORATÓRIO	LDL - LABORATORIO DISTRITAL LESTE	
USF	USF ENFª IVONE LIMA DOS SANTOS	Coroado
CAPS	CAPSI - CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTIL	Colônia Antônio Aleixo
USF	USF GUILHERME ALEXANDRE	
USF	USF LAGO DO ALEIXO	Mauazinho
USF	USF NOVA ESPERANÇA	
USF	USF DRª. LUIZA DO CARMO RIBEIRO FERNANDES	
UBS	UBS MAUAZINHO	Tancredo Neves
USF	USF MARIA LEONOR BRILHANTE	
USF	USF DR. PLATÃO ARAÚJO	Puraquequara
USF	USF DR. SILAS DE OLIVEIRA SANTOS	Gilberto Mestrinho
UBS	UBS GERALDO MAGELA	Armando Mendes

Fonte: SEMSA (2022)

A Zona Oeste (e Centro-Oeste) tem uma população estimada de 475.135 habitantes e se constitui pelos bairros: Alvorada, Compensa, Da Paz, Dom Pedro I, Glória, Lírio do Vale, Nova Esperança, Planalto, Ponta Negra, Redenção, Santo Agostinho, Santo Antônio, São Jorge, São Raimundo, Tarumã, Tarumã-Açu e Vila da Prata. Essa zona da capital tem como característica o fato de ser ocupada por leitos de igarapés (São Raimundo e São Jorge), possuindo uma deficiência na sua infraestrutura em relação aos

³ De acordo com as ideias de Sposati (2009), vulnerabilidade social estar associada a um dado risco social. A autora afirma que “a ideia de vulnerabilidade social indica uma predisposição à precarização, vitimização e agressão” (p. 34).

serviços básicos. A característica marcante dessa área é seu contraste social, pois é demarcada pelo bairro da Ponta Negra onde existe uma concentração de moradores de classe alta e excelente estrutura de saneamento. Em contrapartida, o bairro Compensa possui uma grande parcela de população em vulnerabilidade social, tendo que lidar com infraestrutura de saneamento básico precária, ambiente favorável ao aparecimento de doenças (LUNA; OLIVEIRA, 2010). Tanto a Zona Oeste como a Zona Centro-Oeste são atendidas pelo DISA Oeste e o quadro 3 demonstra como estão distribuídos os estabelecimentos de saúde administrados por esse DISA.

Quadro 3: Organização das Unidades de Saúde– DISA Oeste

Tipo	Estabelecimento de saúde	Bairro
CENTRO ODONTOLÓGICO	CENTRO DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS PROF. JOÃO RIBEIRO - CEO OESTE	Da Paz
UBS	UBS BAIRRO DA PAZ	
LABORATÓRIO	LABORATÓRIO DISTRITAL OESTE	Compensa
POLICLÍNICA	POLICLÍNICA DR. DJALMA BATISTA	
UBS	UBS LEONOR DE FREITAS	
UBS	UBS AJURICABA	Alvorada
UBS	UBS MANSOUR BULBOL	
UBS	UBS IDA MENTONI	São Jorge
UBS	UBS RAYOL DOS SANTOS	
USF	CLÍNICA DA FAMÍLIA DR. RAIMUNDO FRANCO DE SÁ	Nova Esperança
UBS	UBS DEODATO DE MIRANDA LEÃO	Glória
UBS	UBS DOM MILTOM CORREA	Santo Agostinho
UBS	UBS LINDALVA DAMASCENO	Tarumã
UBS	UBS LUIZ MONTENEGRO	Lírio do Vale I
UBS	UBS REDENÇÃO	Redenção
UBS	UBS SANTO ANTÔNIO	Santo Antônio
UBS	UBS SANTOS DUMONT	Flores
UBS	UBS SÃO VICENTE DE PAULO	São Raimundo
UBS	UBS VILA DA PRATA	Vila da Prata

Fonte: SEMSA (2022)

A Zona Sul e Centro-Sul possui cerca de 519.252 habitantes e engloba os seguintes bairros: Adrianópolis, Aleixo, Betânia, Cachoeirinha, Centro, Chapada, Colônia Oliveira Machado, Crespo, Distrito Industrial I, Educandos, Flores, Japiim, Morro da Liberdade, Nossa Senhora Aparecida, Nossa Senhora das Graças, Parque 10 de Novembro, Petrópolis, Praça 14 de Janeiro, Presidente Vargas, Raiz, Santa Luzia, São Francisco, São Lázaro, São Geraldo e Vila Buriti. Esses bairros são conhecidos como os mais antigos de Manaus, inclusive com uma infraestrutura urbana bem desenvolvida e possuem uma boa localização geográfica, tornando-se uma área bem privilegiada em relação aos serviços de saúde oferecidos. As duas zonas formam o DISA Sul, que tem suas unidades de saúde distribuídas conforme o quadro 4:

Quadro 4: Organização das Unidades de Saúde– DISA SUL

Tipo	Estabelecimento de saúde	Bairro
CAPS	CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL BENJAMIM MATIAS FERNANDES - CAPS SUL	Parque 10
POLICLÍNICA	POLICLÍNICA CASTELO BRANCO	
USF	USF MORRO DA LIBERDADE	Morro da Liberdade
LABORATÓRIO	LABORATÓRIO DISTRITAL SUL	
CAPS	CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTIL - CAPSI	Flores
USF	USF DR. JOSÉ RAYOL DOS SANTOS	
USF	USF NILTON LINS	
USF	USF JAPIIM	Japiim
USF	USF LOURENÇO BORGHI	
CENTRO DE ODONTOLOGIA	CENTRO DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS - CEO/SUL	São Lázaro
USF	CLÍNICA DA FAMÍLIA DR. ANTÔNIO REIS	
CENTRO DE REABILITAÇÃO	CENTRO ESPECIALIZADO EM REABILITAÇÃO - CER II - FÍSICA E INTELLECTUAL	Nossa Senhora das Graças
USF	USF LUIZ MONTENEGRO	
USF	USF ALMIR PEDREIRA	Lagoa Verde
USF	USF FRANK CALDERON	Crespo
USF	USF LÚCIO FLÁVIO VASCONCELOS DIAS	Betânia
CAPS	CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E DROGAS DR. AFRÂNIO SOARES - CAPS AD III	Aleixo
USF	USF MEGUMO KADO	Educandos
USF	USF SANTA LUZIA	Santa Luzia
USF	USF SÃO FRANCISCO	São Francisco
USF	USF THEODOMIRO GARRIDO	Colônia Oliveira Machado
USF	USF THEOMÁRIO PINTO DA COSTA	Bairro da União
USF	USF VICENTE PALLOTT	Praça 14
LABORATÓRIO	LABORATÓRIO DE CITOPATOLOGIA PROF.º SEBASTIÃO MARINHO	Vieiralves

Fonte: SEMSA (2022)

Quanto à Zona Rural, a mesma conta com uma população estimada em 14.009 habitantes. O Distrito de Saúde Rural abrange em torno de 17 comunidades, sendo três ribeirinhas, dez fluviais e quatro terrestres e as Unidades de Saúde abrangentes nessa área estão organizadas da seguinte forma, de acordo com o quadro 5.

Quadro 5: Organização das Unidades de Saúde – DISA Rural

Tipo	Estabelecimento de saúde	Bairro
UBS	UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE RURAL SÃO PEDRO	Rodovia AM 010
UBS	UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE RURAL EFHIGÊNIO SALES	
UBS	UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE RURAL PAU ROSA	Rodovia 174
UBS	UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE RURAL CONSELHEIRA ADA VIANA	
UBS	UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE RURAL NOSSA SRª DO LIVRAMENTO	Margem esquerda do Rio Negro
UBS	UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE RURAL NOSSA SRª DE FÁTIMA	

UBS	UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE RURAL APUAÚ	Margem direita do Rio Negro
UBS	UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE RURAL MIPINDIAÚ	
UBS	UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE RURAL CUIEIRAS	
UBS	UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE RURAL SANTA MARIA	
UBS	UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE RURAL COSTA DO ARARA	
UBS	UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE RURAL LAGO DO ARUMÃ	Margem esquerda do Rio Amazonas
UBS	UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE RURAL NOSSA SRª CARMO	
UBS	UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE RURAL NOSSA SRª PERPETUO SOCORRO	
UBS	UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE RURAL TABOCAL BONSUCESSO	
UBS	UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE RURAL TABOCAL GUAJARÁ	Rio Negro
UBS	UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE RURAL JATUARANA	
Unidade Móvel Fluvial	UMF BARCO NEY LACERDA	
Unidade Móvel Fluvial	UMF BARCO ANTONIO LEVINO	Rio Amazonas
UBS	UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE RURAL NOSSA SRª AUXILIADORA	Margem esquerda do rio tarumã açu/rio negro

Fonte: SEMSA (2022)

Embora exista uma estrutura de saúde bem definida em Manaus, a atenção básica no contexto amazônico, particularmente, encontra dificuldades para implementar ações e serviços de saúde que abarquem um cuidado integral à população no que diz respeito à promoção da saúde pública com base nos princípios e diretrizes do SUS.

A dificuldade em manter a qualidade da atenção básica de saúde no Amazonas é sentida mais expressivamente nos municípios distantes da capital. Segundo Dolzane e Schweickardt (2020):

A região amazônica tem como maior desafio na produção de serviços em saúde o custeio da logística para deslocamento das equipes para a realização das ações nos territórios. Apresenta como característica o enfrentamento das distâncias através dos rios, lagos e paranás, que sofrem alterações e movimentos pelo ciclo das águas (seca, enchente, vazante e cheia) (DOLZANE; SCHWEICKARDT, 2020, p. 3).

O deslocamento aos municípios se dá, preferencialmente, por via fluvial (através de barcos e lanchas) e devido às condições de locomoção a organização da equipe multiprofissional é fragmentada e apresenta alta rotatividade, bem como insuficiência de resolubilidade por conta do difícil acesso e das condições precárias dos serviços. Para Dolzane e Schweickardt (2020), essas localidades são vistas como negligenciadas e desfavoráveis para implementar ações e serviços de saúde de atenção básica de maneira

a suprir as demandas da população residente. Os profissionais acabam optando pelos centros urbanos mais desenvolvidos onde possuem mais investimentos na atenção básica e na qualificação profissional.

Além do desafio em se deslocar para essas áreas remotas de difícil acesso, é fato que a maior parte dos estabelecimentos de saúde estão concentrados na capital do estado nos três níveis de atenção do SUS com índice de distribuição de serviços de, aproximadamente, 60,7% (SES/AM, 2019). O sistema de saúde em Manaus, especialmente no nível de média e alta complexidade, fornece serviços ambulatorial e hospitalar para mais de 61 municípios do Amazonas. Fato este que requisita a população do interior do estado a se deslocar até a capital para ter acesso aos serviços de atenção especializada (GARNELO; SOUZA; SILVA, 2017).

A pesquisa de Barroco (2021), intitulada “Saúde e Serviço Social: particularidades e desafios do trabalho profissional na alta complexidade de Manaus”, revelou que a cidade de Manaus possui 9 instituições de alta complexidade, divididas em fundações e hospitais que pertencem a este nível de atenção à saúde. As referidas instituições de saúde distribuídas por zonas e por especialidade podem ser visualizadas na figura 5.

Figura 5: Instituições de alta complexidade em Manaus

Fundações e Hospitais de Alta Complexidade em Manaus	Zona Geográfica	Especialidades
Fundação Centro de Oncologia do Estado do Amazonas (FCECON)	Centro-Oeste	Assistência ambulatorial e hospitalar Radioterapia Quimioterapia Terapia da Dor e Cuidados Paliativos
Fundação Alfredo da Matta (FUAM)	Sul	Tratamentos de doenças dermatológicas; Cirurgias dermatológicas
Fundação de Medicina Tropical Dr. Heitor Vieira Dourado (FMT-HVD)	Centro-Oeste	Assistência hospitalar e ambulatorial; Tratamento de doenças infecciosas e parasitárias.
Fundação Hospitalar de Hematologia e Hemoterapia do Amazonas (FHEMOAM)	Centro-Oeste	Assistência médica ambulatorial e hospitalar; Serviços de diagnóstico nos exames laboratoriais; Tratamento de doenças hematológicas na região Norte.
Fundação Hospital Adriano Jorge (FHAJ)	Sul	Assistência médica ambulatorial e hospitalar; Exames clínicos; Procedimentos cirúrgicos nas áreas de: ortopedia, otorrinolaringologia, cirurgia geral, urologia, odontologia, cirurgia plástica reparadora, proctologia, ginecologia e cirurgia vascular
Hospital Universitário Francisca Mendes (HUFM)	Norte	Assistência médica ambulatorial e hospitalar; Cirurgia Cardiovascular; Cardiologia Intervencionista; Cirurgia Vascular de Alta Complexidade; Cirurgia Endovascular; Exames Clínicos
Hospital Universitário Getúlio Vargas (HUGV)	Sul	Ortopedia; Neurologia/Neurocirurgia; Cirurgia Vascular; Videocirurgias; Nefrologia.
Hospital Pronto Socorro 28 de agosto	Centro-Sul	Ortopedia; Clínica Médica; Cirurgia Vascular; Urologia; Nefrologia; Oftalmologia; Exames Clínicos.
Hospital Drº João Lúcio Pereira Machado	Leste	Neurocirurgia/Neurologia; Politraumas

Fonte: Barroco, 2021

Barroco (2021) ressalta que a capital do Amazonas acaba sofrendo uma sobrecarga tanto pelas demandas da população da capital como de outros municípios. Além das solicitações de tratamentos de saúde, internações, cirurgias, dentre outros, existem as demandas sociais que se relacionam com a saúde, tendo em vista que os municípios do estado têm grande concentração de famílias pobres.

Algumas características no Amazonas são determinantes para que a estrutura do SUS encontre limitações para sua implementação de maneira integral. Isso porque o Amazonas possui um contexto muito particular dos demais estados do país em relação à sua base territorial e populacional que acaba dificultando a oferta e o acesso aos serviços de saúde, como apontam Oliveira, Gonçalves e Pires (2011).

É preciso considerar também que o estado apresenta desafios que envolvem a falta de saneamento básico e a desigualdade econômica, bem como possui uma população heterogênea residente na zona urbana e rural, como a população ribeirinha e indígena. Nisso, requisita um modelo de atenção à saúde que se adeque à realidade geográfica, econômica e cultural amazônica. Completando a realidade acima descritas, o clima tropical e úmido favorece para o desenvolvimento de problemas de saúde deixando a população vulnerável pelas doenças que decorrem das próprias condições climáticas da região (OLIVEIRA, GONÇALVES; PIRES, 2011).

O SUS, como política pública, já se configura como um modelo de saúde extremamente complexo e desafiador. Efetivar os princípios doutrinários em regiões com peculiaridades e características geográficas, socioeconômicas e culturais como o Amazonas se torna um desafio ainda maior. A rede hidrográfica e a dispersão populacional no estado limitam e afetam o planejamento e a estrutura do sistema de saúde no estado. As consequências são sentidas pelos usuários e pelos profissionais de saúde que executam essa política no estado, tanto no interior como na capital do Amazonas.

Os profissionais da saúde precisam arcar com os aspectos particulares de efetivar a saúde pública e conviver com a complexidade do trabalho. Como bem apontam Dolzane e Schweickardt (2020), o desenvolvimento dos serviços e ações de saúde no Amazonas precisa dialogar e se articular com as particularidades locais da região.

2.2 O trabalho do Assistente Social na Atenção Básica em Manaus

Como já mencionado, a atenção básica é o nível de complexidade do SUS que abrange a maior demanda de saúde da população e é vista como campo estratégico para consolidação dos princípios e diretrizes da política de saúde. Kruger (2010) aponta que o/a assistente social precisa estar atento ao contexto histórico, superando visões ingênuas ou fatalistas da vida social, para conseguir decifrar as manifestações particulares do campo da saúde pública nas quais afetará a ação profissional. Nessa perspectiva, o conhecimento de cada nível de atenção também é fundamental para o trabalho profissional.

O/a assistente social que atua na atenção básica é um dos profissionais que pode se envolver nas ações de promoção, prevenção e atenção à saúde que contribuam na consolidação da saúde básica. Para Camargo (2014), o trabalho do/a assistente social na atenção básica do SUS se fundamenta na concepção de que este profissional se constitui historicamente como um trabalhador coletivo e tecnicamente capacitado para realizar intervenções considerando os determinantes sociais da saúde. Este profissional pode e deve realizar um trabalho voltado para mediar o acesso às condições necessárias para efetivar o direito à saúde, com foco na atenção integral, interdisciplinar e intersetorial.

Em outras palavras, o trabalho do/a assistente social na saúde exige capacidade de desenvolver e planejar ações estratégicas que garantam, dentre outras coisas, a proteção da saúde, prevenção dos agravos, tratamento e reabilitação buscando construir propostas voltadas à efetivação e ao acesso aos direitos dos usuários do SUS. A inserção do/a assistente social na atenção básica ocorre, principalmente, nas unidades básicas de saúde. Mas também em setores da administração, como nos Distritos de Saúde, em cargos de gerência, direção ou coordenação.

Importa ressaltar que as UBS estão divididas de acordo com o índice populacional e com as particularidades dos territórios. Isso porque a atenção básica é nível de saúde descentralizado e responsável por facilitar o acesso da população aos serviços de saúde, através das UBS. Por isso, devem estar próximas de onde as pessoas residem e trabalham, e devem funcionar em articulação com os demais níveis de atenção da média e da alta complexidade.

O trabalho do/a assistente social na atenção básica visa integrar esses serviços básicos oferecidos pelas unidades de saúde mais próximas da população. E o ponto de partida para esse trabalho junto à comunidade é ter o discernimento de absorver e identificar o contexto das condições sociais que interferem no processo saúde-doença possibilitando trazer respostas efetivas para as demandas dos usuários nas UBS.

Os desafios e as dificuldades da profissão estão presentes no cotidiano de trabalho do/a assistente social. Um dos grandes desafios do tempo presente em relação ao exercício profissional do/a assistente social, tanto no campo da saúde como em outros espaços sócio-ocupacionais, é o de desenvolver a capacidade de decifrar a realidade e construir propostas de trabalho criativas buscando preservar e efetivar direitos, a partir das demandas emergentes no cotidiano de trabalho. Com isso, é importante que o assistente social não seja apenas aquele profissional executivo, mas propositivo (IAMAMOTO, 2000).

Nesse sentido, o/a assistente social que atua na atenção básica, para além daquela demanda imediata, se depara frequentemente com histórias de vida de usuários que possuem características particulares. São idosos, crianças, mulheres, adolescentes e homens com necessidades de saúde, mas também necessidades sociais. Em sua grande maioria, são pessoas que apresentam situação de vulnerabilidade social quando procuram o atendimento de saúde.

Diante disso, o profissional articulando-se com os princípios do seu código de ética e do SUS, encontra espaço para formular estratégias de intervenção que efetivamente interfiram nos determinantes sociais relacionados à saúde. Tendo clareza da sua dimensão teórico-metodológica, o/a assistente social, para além de um mero executor da política de saúde, consegue conhecer a realidade social e identificar as demandas dos seus usuários e propor ações que trazem resolubilidade para as manifestações da questão social que se apresentam no cotidiano de trabalho nas unidades de saúde.

As ações do serviço social na atenção básica reconhecem o novo conceito de saúde que abrange a realidade social da população, suas histórias de vida como condicionante no processo de promoção, proteção e prevenção de agravos à saúde. Dessa forma, a inserção de assistentes sociais nas UBS se torna essencial, pois são profissionais que podem contribuir efetivamente na consolidação da atenção básica no país, compondo as equipes da Estratégia de Saúde da Família – ESF e, principalmente, do Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF.

O NASF foi criado em 2008 pelo governo federal, tendo como diretrizes a integralidade, a interdisciplinaridade e intersetorialidade, a humanização e a promoção da saúde. Ele abarca profissionais de diferentes áreas de trabalho, incluindo assistentes sociais, que realizam um trabalho interprofissional com o intuito de apoiar as equipes de ESF. As principais ações que devem ser desenvolvidas pelo NASF são os atendimentos compartilhados através de uma intervenção interprofissional onde são previstas

atividades específicas de cada núcleo profissional, além de ações coletivas no território de abrangência. Para realizar essas ações, os profissionais utilizam algumas ferramentas tecnológicas, como a clínica ampliada, o projeto terapêutico singular, o apoio matricial e o projeto de saúde no território (BRASIL, 2009). As diretrizes do NASF que dispõe sobre o trabalho do Serviço Social na equipe de apoio presumem que:

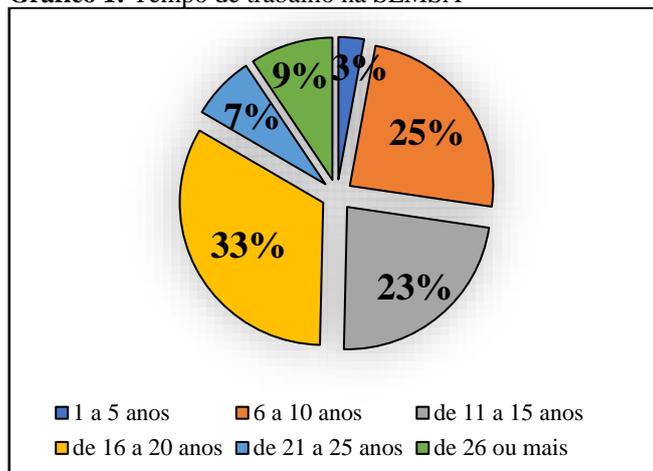
A inclusão do Serviço Social nos Nasf, portanto, está em consonância com os princípios éticos e políticos da profissão e do projeto da reforma sanitária. Esse profissional é fundamental para o que prevê a Portaria nº 154, que regulamenta a criação dos Nasf (BRASIL, 2009, p. 99)

Dessa forma, o/a assistente social que atua no NASF pode contribuir com a equipe de saúde realizando articulações intersetoriais e interdisciplinar em atendimentos compartilhados. Um dos objetivos dos assistentes sociais é desenvolver mobilizações em saúde de forma a garantir mudanças efetivas nos serviços de saúde e na qualidade de vida dos usuários.

Podemos observar que o/a assistente social é um profissional que deve ser preparado para trabalhar em equipe, de acordo com suas atribuições e competências. É fundamental que o/a assistente social tenha conhecimento das normas e portarias em saúde para realizar um trabalho de qualidade dentro das equipes multidisciplinares.

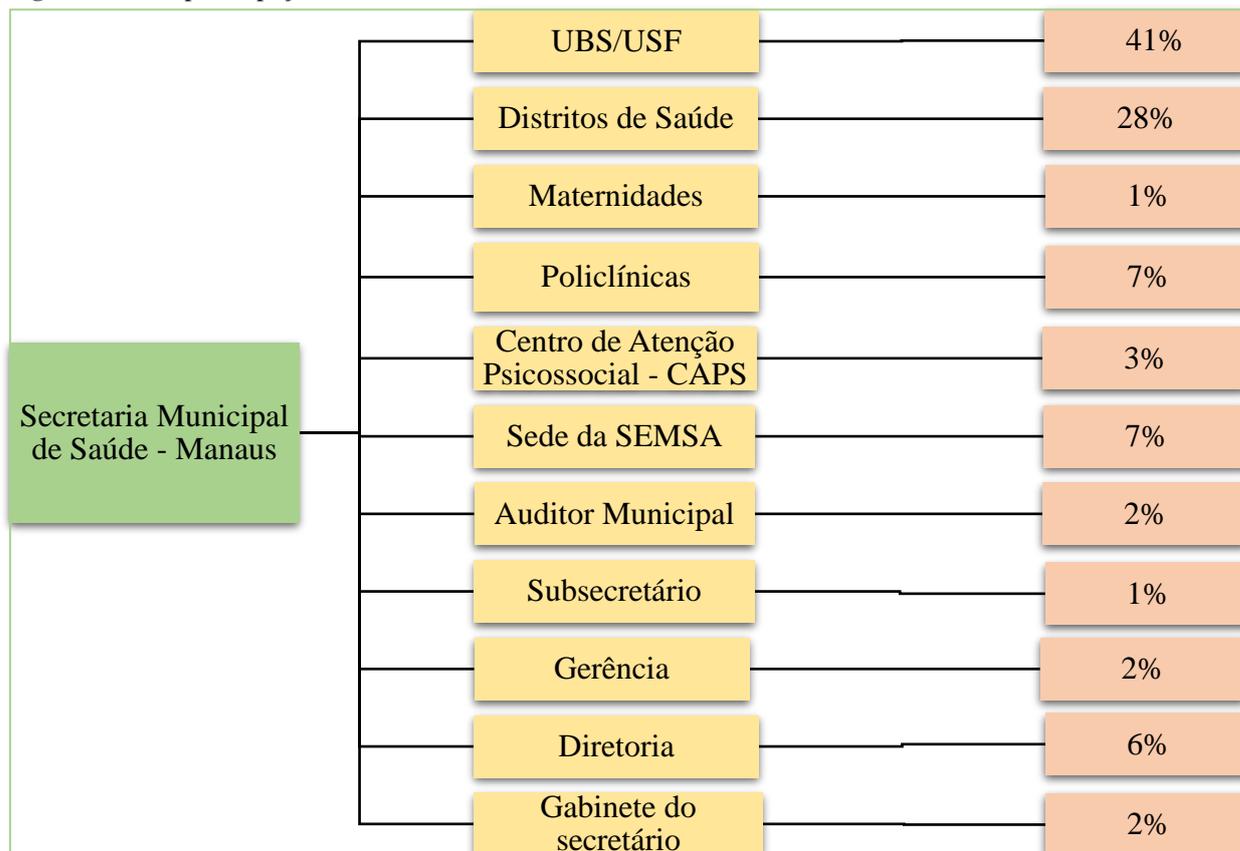
Em Manaus, conforme dados extraídos do Portal da Transparência da SEMSA no mês de janeiro de 2022, há aproximadamente 139 (cento e trinta e nove) assistentes sociais nos serviços de atenção básica com vínculo empregatício estatutário de trabalho. Ou seja, são profissionais que adentraram por meio de concurso público na Secretaria de Saúde.

Em relação ao tempo de trabalho na SEMSA, dos 139 (cento e trinta e nove) assistentes sociais, 3% possuem entre 1 (uma) a 5 (cinco) anos de serviço, 25% trabalham entre 6 (seis) a 10 (dez) anos, 23% entre 11 (onze) a 15 (quinze) anos, 33% entre 16 (dezesesseis) a 20 (vinte) anos, 7% de 21 (vinte e um) a 25 (vinte e cinco) anos e 9% a mais de 26 (vinte e seis) anos, como mostra o gráfico 1:

Gráfico 1: Tempo de trabalho na SEMSA

Fonte: Pesquisa documental (2022)

Verifica-se que a maioria dos/as assistentes sociais, ou seja, 56% trabalham na Secretaria Municipal de Saúde em Manaus entre 11 (onze) a 20 (vinte) anos. Observa-se que são profissionais que possuem um bom tempo de trabalho e de experiência na saúde pública municipal em Manaus. Os/as assistentes sociais estão lotados/as em diversos setores da SEMSA. A figura 6 mostra os principais espaços sócio-ocupacionais dos/as assistentes sociais na atenção básica em Manaus:

Figura 6: Principais espaços de trabalho do/da Assistente Social na SEMSA

Fonte: Pesquisa Documental (2022)

De acordo com a figura 6, os/as assistentes sociais estão inseridos em diversos espaços de trabalho, especialmente em UBS (41%), Distritos de Saúde (28%) e Policlínicas (7%), onde possuem contato direto com os usuários da atenção básica.

Além disso, existem profissionais que trabalham na sede da SEMSA (7%) dentro dos Departamentos das Subsecretarias, como a Subsecretaria de Gestão Administrativa e Planejamento ou a Subsecretaria de Gestão da Saúde. Dentro dessas Subsecretarias, os profissionais estão inseridos em ações dos núcleos temáticos da SEMSA como o Núcleo de Saúde da Criança e do Adolescente, Núcleo de Saúde da Mulher, Núcleo de Controle de DST e Hepatites, Núcleo de Apoio Técnico ao Judiciário, Núcleo de Saúde do Homem, Núcleo de Pesquisa, Extensão e Inovação, dentre outros. Há também assistentes sociais lotados em gabinetes da secretaria (2%) e no setor de Auditoria Municipal (2%), totalizando aproximadamente 82 (oitenta e dois) profissionais (SEMSA, 2022).

Em relação aos/às assistentes sociais que trabalham em Unidades de Saúde, como as Unidades Básicas de Saúde – UBS ou Unidade de Saúde da Família – USF, identificou-se a existência de aproximadamente 57 (cinquenta e sete) profissionais, como mostra a tabela 2:

Tabela 2: Distribuição de Assistentes Sociais em UBS/USF em Manaus

Identificação	Quant. de UBS	Nº de UBS que possuem profissional de Serviço Social	Quantitativo de assistentes sociais
UBS/USF Zona Norte	10	06	12
UBS/USF Zona Leste	21	13	16
UBS/USF Zona Oeste	16	08	12
UBS/USF Zona Sul	16	11	16
UBS/USF Zona Rural	18	01	01
TOTAL	81	39	57

Fonte: Pesquisa Documental, Portal da Transparência da SEMSA (janeiro/2022)

Atualmente, como mostra a tabela 2, das 81 UBS/USF distribuídas em 5 zonas da cidade, apenas 39 (trinta e nove) (48,2%) delas contam com 57 (cinquenta e sete) assistentes sociais em seus quadros e as outras 42 (quarenta e duas) UBS/USF (51,8%) não dispõem de nenhum assistente social. Do total de assistentes sociais, 12 (doze) trabalham em unidades de saúde de abrangência do DISA Norte, 16 (dezesesseis) em unidades de saúde de abrangência do DISA Leste, 12 (doze) nas unidades de saúde do DISA Oeste, 16 (dezesesseis) nas unidades de saúde do DISA Sul e apenas 1 (um) em unidades de saúde de abrangência do DISA Rural.

Visualiza-se que é um dado preocupante que explicita a falta de recursos humanos nessas Unidades de Saúde em Manaus. O dado que chama mais atenção é que das 18 Unidades Básicas de Saúde de área de abrangência do DISA Rural, apenas 1 possui 1 (um/uma) assistente social. O *déficit* de profissionais de serviço social nessas unidades de saúde é alarmante. Logo, percebemos a urgência na realização de concursos públicos⁴ para o preenchimento de vagas de trabalho no cargo de assistente social.

É importante mencionar que a existência de 139 (cento e trinta e nove) assistentes sociais atuantes na SEMSA, nos mais diversos campos de trabalho, ainda se configura como um *déficit* de profissionais. E mesmo que esses 139 (cento e trinta e nove) profissionais atuassem nas UBS/USF, não supriria as demandas desses estabelecimentos de saúde, uma vez que a maioria das UBS/USF funciona em 2 (dois) turnos (matutino e

⁴ O último concurso público da Secretaria Municipal de Saúde – SEMSA ocorreu em 2012, há 10 anos. Em dezembro de 2021, a Prefeitura de Manaus anunciou novo concurso para diversas áreas de trabalho, inclusive para o cargo de Assistente Social, oferecendo cerca de 30 vagas. A realização da prova de especialista em saúde ocorreu em 01/05/2022, tendo 4008 inscritos para o cargo de Assistente Social. O concurso encontra-se em andamento, tendo sido homologado, mas ainda sem previsão de nomeação dos aprovados.

vespertino) e existem algumas com horário ampliado, funcionando no turno da noite e, por vezes, sábado e domingo. Além disso, há assistentes sociais que trabalham nas UBS ou USF em jornada de 6h diárias de trabalho e também trabalham em outras Unidades de Saúde da atenção básica, média e/ou alta como policlínicas, hospitais ou maternidades, por exemplo.

Os dados mencionados indicam mais uma vez a precarização das relações e das condições de trabalho que vem atingindo os profissionais da saúde no tempo presente. A insuficiência de trabalhadores na atenção básica em Manaus, em especial, nas UBS/USF se amarra à intensificação do trabalho. Nota-se que os/as assistentes sociais têm vivenciado um cotidiano de trabalho repleto de desafios para o exercício profissional, como: longas jornadas de trabalho, aumento de demandas, ausência de espaço físico e de condições materiais adequadas para atendimento, entre outros impasses para a realização de um trabalho de qualidade prestado à população usuária dos serviços de saúde.

De acordo com Camargo (2014, p. 106):

O espaço sócio-ocupacional da atenção primária do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro, no século XXI, tem assumido determinadas características diante das metamorfoses do modo de produção capitalista, do papel do Estado e dos processos que mesclam conformismo e resistência da classe trabalhadora frente às desigualdades sociais. Essas características se delinham na polissemia teórico-conceitual e diversificação técnico-operativa das abordagens de Atenção Primária em Saúde (APS), conformadas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), em cujo cenário contraditório tem se inserido o assistente social.

A pesquisa mostrou que atenção básica em Manaus traz grandes desafios e dilemas para as condições de trabalho dos/as assistentes sociais no dia a dia. Para compreender melhor suas condições de trabalho e saúde, bem como os desafios e dilemas do cotidiano profissional, foi realizada pesquisa de campo, por meio de um questionário eletrônico na Plataforma *Google Forms* no período de dezembro de 2021 a fevereiro de 2022, que coletou informações junto a 17 assistentes sociais que trabalham em Unidades Básicas de Saúde, sendo dos Distritos de Saúde Norte, Leste, Oeste, Sul e Rural na capital do Amazonas.

É necessário ressaltar que no planejamento de pesquisa a ideia era ter uma amostra com 41 (quarenta e um)⁵ profissionais, contudo ao longo da pesquisa de campo, a amostra

⁵ No projeto de pesquisa, tinha-se uma lista de aproximadamente 41 assistentes sociais que atuavam em Unidades Básicas de Saúde em Manaus. Contudo, no decorrer da pesquisa documental, de nova atualização

se expandiu e conseguimos enviar o convite de participação da pesquisa e o link do questionário eletrônico para 47 assistentes sociais. Todavia, desse quantitativo, 5 entraram em contato e relataram a indisponibilidade em participar da pesquisa, alegando que estavam em licença médica, licença maternidade e/ou férias. Houve ainda desse quantitativo, 25 sujeitos que não deram retorno.

É importante mencionar que o contexto de pandemia da Covid-19 modificou o cotidiano de trabalho dos/as assistentes sociais. O medo e as incertezas sobre o vírus dentro das unidades de saúde afetaram o fluxo de trabalho. A rotina se intensificou devido à alta demanda. Muitos profissionais se afastaram do trabalho por motivos de saúde, especialmente pela saúde mental. Fazer pesquisa nos últimos 2 anos e meio foi desafiador, tendo em vista que a pandemia da Covid-19 também alterou a forma de estudar e a maneira de desenvolver pesquisas científicas, requisitando que o pesquisador buscasse alternativas e estratégias de realização das mesmas. Contudo, mesmo com o cenário caótico vivenciado pelos profissionais da saúde atrelado às limitações de realizar pesquisas acadêmicas, o estudo contou com a contribuição e a participação de 17 (dezessete) assistentes sociais que responderam ao questionário, representando um percentual de 30% do universo da pesquisa.

Os dados quantitativos e qualitativos trazidos pelos/as assistentes sociais foram importantes para refletir e compreender o trabalho do/a assistente social nas Unidades Básicas de Saúde na cidade de Manaus, considerando as condições de trabalho, os desafios cotidianos, especialmente em tempos de pandemia.

Inicialmente, observou-se que todos os participantes da pesquisa são profissionais do sexo feminino, reafirmando uma característica própria da profissão de Serviço Social. Por isso, a partir desse momento, adequa-se a linguagem de gênero ao longo das próximas páginas, uma vez que se entrevistou apenas mulheres.

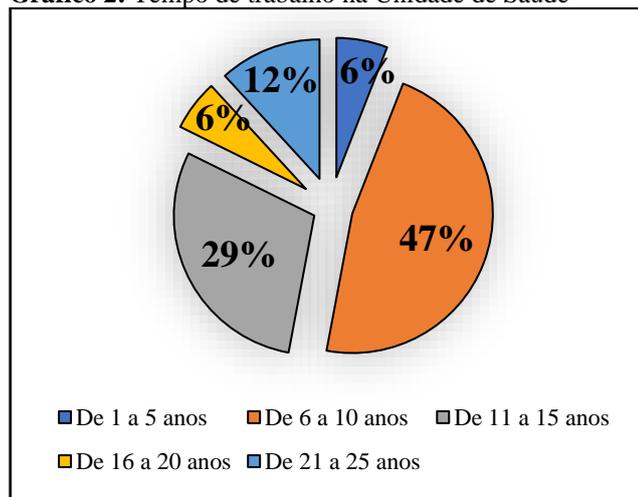
Todas as assistentes sociais são formadas em cursos presenciais. Sabe-se que nos últimos anos, houve uma expansão de cursos superiores semipresenciais e a distância. Contudo, ainda há um quantitativo considerável de assistentes sociais com formação presencial. Além disso, observa-se que todas as assistentes sociais possuem formação continuada, ou seja, têm cursos de pós-graduação, sendo que 13 (treze) assistentes sociais

do portal da transparência no site da SEMSA e, posteriormente, realizando a pesquisa de campo, constatou-se cerca de 57 assistentes sociais (como mostrado no quadro 1). Contudo, conseguimos entrar em contato com 47 assistentes sociais ao longo da pesquisa de campo.

têm curso de especialização na área e mestrado, 2 (duas) possuem mestrado, 2 (duas) doutorado.

No que se refere ao tempo de trabalho nas Unidades Básicas de Saúde – UBS ou Unidade de Saúde da Família – USF, observou-se na pesquisa que a ampla maioria, ou seja, 76% das assistentes sociais trabalham entre 6 e 15 anos nessas unidades de saúde, conforme podemos notar no gráfico 2:

Gráfico 2: Tempo de trabalho na Unidade de Saúde



Fonte: Pesquisa de campo (2022)

Os dados explícitos no gráfico 2 mostram que o quadro de profissionais na atenção básica não é tão recente. São profissionais que já estão inseridas há alguns anos neste campo de trabalho. Esse cenário pode ser explicado devido ao último concurso público da SEMSA ter ocorrido em 2012, há 10 anos e que teve vigência de 2 anos, prorrogável, uma única vez, por igual período. O referido edital, de n.º 008, de 03 de abril de 2012, contava com a oferta de 1.390 vagas e formação de cadastro reserva para cargos de Especialista em Saúde (nível superior) e Assistente em Saúde (nível médio, médio técnico e fundamental) da SEMSA. Desse número de vagas, 25 vagas foram destinadas para profissionais formados em Serviço Social, sendo 22 vagas para o cargo de assistentes sociais gerais com 2 vagas para Pessoas com Deficiência – PcD e 1 vaga para assistente social auditor do SUS. Verifica-se, mais uma vez, a escassez de ofertas de vagas para assistentes sociais e essa realidade é sentida, como vimos no quadro 1, na defasagem de assistentes sociais em UBS/USF em Manaus.

O concurso explicita que a jornada de trabalho dos assistentes sociais na SEMSA é de 30h semanais, divididas em 6h diárias durante 5 (dias) da semana. Dessa forma, quanto à jornada diária de trabalho, a pesquisa evidenciou que a maioria das participantes, isto é,

15 (quinze) assistentes sociais, cumprem carga horária diária de 6h, enquanto 1 (uma) assistente social tem carga horária de 12h e outra possui uma carga horária de 8h. Apesar da carga horária ser de 6h diárias, algumas assistentes sociais podem ter 2 (duas) matrículas na SEMSA e atuar em mais de uma unidade de saúde ou na mesma unidade cumprindo carga horária de 12h. No caso da que informou cumprir 8h diárias, vimos que possui contrato diferente das demais, ou seja, adentrou através de processo seletivo para trabalho temporário.

A jornada de trabalho de 30h semanais é uma conquista para a categoria profissional que se deve à Lei 12.317 de 26 de agosto de 2010. Foi através dessa lei que se estabeleceu o direito à jornada de trabalho para assistentes sociais em 30h semanais. A mobilização e luta da categoria através de articulações com as entidades representativas foram essenciais para que esse projeto de lei fosse aprovado no Congresso Nacional.

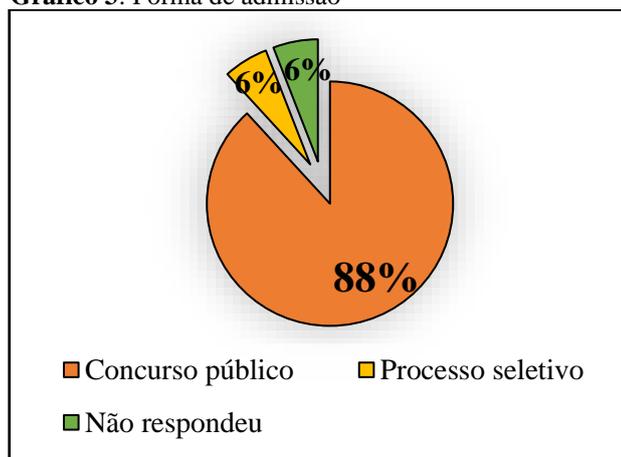
É importante destacar que a maioria das assistentes sociais trabalha em unidades de saúde da zona leste (5 assistentes sociais) e da zona sul (6 assistentes sociais) da capital, enquanto 3 (três) assistentes sociais trabalham na zona norte, 2 (duas) assistentes sociais trabalham na zona oeste e 1 (uma) assistente social atua na zona rural, como mostra a tabela 3.

Tabela 3: Zona da cidade em que as assistentes sociais estão lotadas

UBS/USF de Abrangência do Disa Norte	3 assistentes sociais
UBS/USF de Abrangência do Disa Leste	5 assistentes sociais
UBS/USF de Abrangência do Disa Oeste	2 assistentes sociais
UBS/USF de Abrangência do Disa Sul	6 assistentes sociais
UBS/USF de Abrangência do Disa Rural	1 assistentes sociais

Fonte: Pesquisa de campo (2022)

Além disso, a pesquisa mostrou que 88% das assistentes sociais foram admitidas pela SEMSA por meio de concursos públicos, 6% foram contratadas através de processo seletivo. Ou seja, a maioria das assistentes sociais é funcionária pública efetiva, como mostra o gráfico 3:

Gráfico 3: Forma de admissão

Fonte: Pesquisa de campo (2022)

Sabe-se que a maioria das contratações de servidores da SEMSA se dá através de concursos públicos, contudo vale mencionar que nos últimos 2 anos, as demandas de saúde aumentaram ocasionadas pela pandemia da covid-19 e, para suprir a alta demanda na área da saúde, houve a necessidade de contratação de profissionais da saúde através de processos seletivos emergenciais para contratação temporária. Foram aproximadamente 6 (seis) processos seletivos, 4 editais em 2020 e 2 editais em 2021.

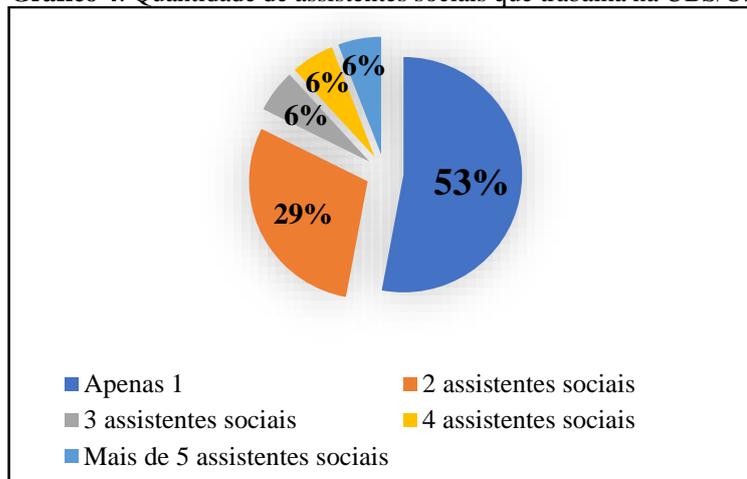
A maioria das vagas ofertadas por esses processos seletivos é para médicos, enfermeiros, fisioterapeutas e técnicos de enfermagem. O número de vagas para assistentes sociais continua pequeno. Essa realidade é mais um reflexo do desfinanciamento das políticas sociais e sucateamento da saúde pública. Embora as vagas ofertadas se voltem mais para médicos, enfermeiros e/ou técnicos de enfermagem, o número ainda não é suficiente para suprir as demandas da população da capital e dos municípios do interior do estado. Também há escassez de médicos e de profissionais da área de enfermagem nos serviços de saúde.

O *déficit* de profissionais da saúde foi intensificado nos últimos anos, especialmente com o avanço da pandemia de covid-19 ao redor do mundo. A falta de profissionais já tinha sido pauta de destaque em um relatório da OMS, o qual apontou que o mundo sofre com uma escassez de quase 6 milhões de enfermeiros. Contudo, não há somente a falta de profissionais da área de enfermagem. Na edição de 2020 do Congresso Nacional de Hospitais Privados – CONAHP, Mark Britnell, um especialista britânico chefe global de Saúde, Governo e Infraestrutura da consultoria KPMG, revelou dados evidenciando que até 2030 irão faltar mais de 18 milhões de profissionais no campo da saúde, uma

quantidade que representa 20% do total de trabalhadores no mundo (G1, CENTRO UNIVERSITÁRIO INTEGRADO, 2021).

A pesquisa também revelou informações sobre a equipe de assistentes sociais que trabalham nas UBS/USF, isto é, o quantitativo de profissionais de serviço social que trabalham nas unidades de saúde. Os dados apresentados mostram que a ampla maioria das assistentes sociais, ou seja, cerca de 53% afirmaram trabalhar sozinhas na UBS/USF. Enquanto 29% destacaram trabalhar apenas 2 assistentes sociais.

Gráfico 4: Quantidade de assistentes sociais que trabalha na UBS/USF



Fonte: Pesquisa de campo (2022)

Com apenas 1 assistente social na UBS/USF, a exploração da força de trabalho é visível. O quadro deficitário de assistentes sociais nessas unidades de saúde impossibilita a composição de uma equipe de serviço social capaz de atender as demandas que se apresentam no cotidiano de trabalho. E não somente as demandas diárias, mas limita a possibilidade de pensar e desenvolver coletivamente projetos de qualidade que mobilizem a participação dos usuários daquele serviço.

Sobre as principais atividades realizadas pelas assistentes sociais, no capítulo I destaca-se, tendo como base o documento “Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde” (CFESS, 2010) que as principais demandas dos/as assistentes sociais que trabalham na área da saúde se organizam em 4 (quatro) grandes eixos, sendo eles: **eixo 1)** o atendimento direto aos usuários; **eixo 2)** a mobilização, participação e controle social; **eixo 3)** investigação, planejamento e gestão e **eixo 4)** assessoria, qualificação e formação profissional. Ressalta-se que esses eixos não podem ser considerados de maneira isolada, tendo em vista que deve haver uma articulação entre eles para a plena efetivação do trabalho profissional em saúde.

Com base nos Parâmetros, esta pesquisa teve o intuito de classificar as principais atividades e/ou demandas realizadas pelas assistentes sociais no cotidiano de trabalho nas UBS/USF, sendo assim o quadro 6 demonstra essa classificação a partir do que foi mais mencionado pelas entrevistadas:

Quadro 6: Sistematização das principais atividades desenvolvidas pelas assistentes sociais

Principais atividades realizadas no cotidiano de trabalho	%	Eixos de trabalho na área da saúde	Tipo de ação
Atendimento ao usuário	94%	Atendimento direto ao usuário	Ações socioassistenciais
Orientação aos usuários sobre direitos	94%		
Encaminhamentos	94%		
Reuniões grupais	94%		Ações socioeducativas
Palestras informativas	94%		Ações socioassistenciais
Visita Domiciliar	82%		
Preenchimento de ficha social	59%		
Acompanhamento e apoio em programas e ações em saúde	47%		
Cadastramento para programas sociais	35%		

Fonte: Pesquisa de campo (2022)

Percebemos que o eixo “Atendimento direto ao usuário” está presente em todas as atividades mencionadas pelas assistentes sociais que trabalham na Unidade de Saúde. Este eixo possui um conjunto de ações, sendo as ações socioassistenciais e socioeducativas as mais executadas pelas profissionais junto aos usuários.

Por isso, 94% das assistentes sociais sinalizaram que o atendimento ao usuário é uma das principais atividade desenvolvidas nas unidades de saúde. Essa atividade é realizada muitas vezes através da escuta atenta pelo/a assistente social. É o momento de o/a profissional conhecer e qualificar as necessidades sociais e de saúde dos usuários. Isso porque muitos desses atendimentos são requisitados diretamente pelos usuários e envolvem a necessidade de orientação, que é outra atividade principal na qual as assistentes sociais mencionaram na pesquisa (94%). E essas orientações, de modo geral, dizem respeito aos seus direitos como, por exemplo, questões trabalhistas, auxílio-doença, Benefício de Prestação Continuada (BPC) ou aposentadoria.

De acordo com o CFESS (2010):

As ações que predominam no atendimento direto são as ações socioassistenciais, as ações de articulação interdisciplinar e as ações socioeducativas. Essas ações não ocorrem de forma isolada, mas integram o processo coletivo do trabalho em saúde, sendo complementares e indissociáveis (CFESS, 2010, p. 42)

Além dessas atividades citadas, a ampla maioria das assistentes sociais também mencionou as Reuniões Grupais (94%) e Palestras Informativas (94%). A realização dessas atividades pode-se enquadrar em ações de caráter socioeducativo e são conhecidas também como educação em saúde. A finalidade central dessas ações pode abarcar informações sobre o funcionamento das unidades e a rotina das mesmas, objetivando democratizar essas informações ou até mesmo visualizar possíveis modificações. Além disso, realizar análise dos determinantes sociais apresentados pelos usuários, bem como socializar estudos desenvolvidos pela equipe sobre a rede de serviços, o perfil epidemiológico, socioeconômico e cultural dos usuários da política de saúde. Essas ações têm o objetivo de prestar orientações reflexivas e socialização de informações através de diferentes abordagens como: abordagens individuais, grupais ou coletivas aos usuários, família e população de determinada área programática (CFESS, 2010).

Dessa forma, as reuniões grupais e palestras informativas são alguns dos meios estratégicos para as assistentes sociais socializarem essas orientações, esclarecimentos e estudos. Para que essas atividades sejam de fato efetivas no trabalho do/a assistente social, é necessário antes de tudo planejamento, mobilização e participação dos usuários.

Cerca de 82% das assistentes sociais também mencionaram a visita domiciliar. A mesma se configura como uma atividade importante nas intervenções dos/as assistentes sociais. Isso porque a visita domiciliar é um dos instrumentos bastante utilizado pelos/as assistentes sociais, tendo em vista que possibilita conhecer e compreender mais profundamente as condições de vida dos usuários, considerando a sua situação de moradia e as relações familiares e comunitárias. Ressalta-se que não é um instrumento que visa fiscalizar a vida do usuário, mas conhecer a realidade do mesmo, seus determinantes sociais que podem afetar o processo saúde-doença e possibilitar o acesso aos direitos sociais.

É interessante destacar também o preenchimento de ficha social (59%) como uma das atividades realizadas pelas assistentes sociais. A ficha social é um dos instrumentos do trabalho do/a assistente social essenciais para o processo de conhecimento da realidade dos usuários e pode ser conduzida através de entrevista social.

É bem comum que, a partir da apreensão da ficha social do usuário, se realize um estudo social ou um estudo socioeconômico para o devido direcionamento das demandas apresentadas ao/à assistente social. Segundo Miotto (2009, p. 9):

Os estudos socioeconômico/estudos sociais, como toda ação profissional, consistem num conjunto de procedimentos, atos, atividades realizadas de forma responsável e consciente. Contêm tanto uma dimensão operativa quanto uma dimensão ética e expressa, no momento em que se realiza a apropriação pelos assistentes sociais dos fundamentos teórico-metodológico e ético-políticos da profissão em determinado momento histórico.

Ademais, também foram mencionados como principais atividades o cadastramento em programas sociais (35%), bem como acompanhamento e apoio em programas e ações em saúde (47%). Sobre este último, as assistentes sociais destacaram que esses acompanhamentos e apoios giram em torno de programas sociais como os programas “Leite do Meu Filho” e “Bolsa Família”. Além desses, as profissionais também acompanham e prestam apoio aos programas da própria unidade de saúde como programa de planejamento familiar, tabagismo, pré-natal e saúde do idoso, por exemplo.

No campo da intervenção profissional, um dos grandes desafios na profissão de Serviço Social é o reconhecimento dos usuários, das instituições empregadoras, da equipe de saúde e até mesmo dos/as assistentes sociais sobre as atribuições e competências profissionais, em especial, na área da saúde. Os estereótipos em torno da profissão são históricos e o desconhecimento do que faz o assistente social acaba por anular o caráter da profissão e o seu saber investigativo e interventivo. Através desse desconhecimento, muitas são as requisições e demandas postas para os/as assistentes sociais na saúde que não fazem parte do seu arsenal teórico-metodológico, ético-político e técnico-operativo.

Todavia, é importante, de antemão, definir conceitualmente os termos atribuição, competência, requisição e demanda. Guerra *et al.* (2016) trazem algumas considerações sobre a concepções desses termos. De acordo com os autores, o termo atribuição:

[...] indica ato ou ação de um sujeito sobre outro no sentido de concessão, outorgamento, faculdade ou mesmo reconhecimento, sendo atribuição o ato de imputar algo a alguém. É utilizado, ainda, como autoridade, responsabilidade própria de um trabalho, cargo, função ou ofício; competência de uma atividade profissional. Como verbo pronominal, a palavra é utilizada no sentido de arrogar-se, delegar-se (p. 5).

No que se refere ao termo requisição:

[...] é uma palavra originária do latim *requisitio*, de *requirere* que significa requerimento, solicitação ou pedido. Ação, ato ou efeito de requisitar; sinônimo de pedido e também utilizada no sentido de uma exigência legal: fazer requisição de material ou de reclamação. Na linguagem jurídica, requisitar é requerer com autoridade ou exigir, nesse sentido a requisição é a exigência legal, emanada de autoridade competente para que se cumpra, se preste ou se faça o que está sendo ordenado. A requisição pode ser direcionada à prestação de um serviço, entrega de coisas ou comparecimento de pessoas (GUERRA *et al.*, 2016, p. 6).

Etimologicamente, o termo demanda refere-se à procura. Além disso:

[...] trata-se de ação ou efeito de buscar. Também possui sua particular utilização como processo e/ou a ação judicial: demanda judicial. Sinônimo de luta; ação de combater ou confrontar. Reivindicação: ação de exigir, reivindicar, de demandar esforços para recuperar algo que pertence a outra pessoa. Podemos agrupar os diversos significados etimológicos da palavra demanda quatro eixos: 1) Solicitação de algo, especialmente quando se considera um direito, 2) Pergunta que se faz a uma pessoa, 3) Quantidade de mercadorias ou serviços que os consumidores pedem e estão dispostos a comprar, oferta de produtos, 4) Documento através do qual se empreende uma ação judicial contra uma pessoa ou entidade para reclamar algo (GUERRA *et al.* 2016, p. 7).

No que se refere às demandas que chegam aos assistentes sociais:

[...] a) diferentes tipos de demandas, a depender da região, subpolítica, do programa, instituição/unidade, do campo/área etc.; b) demandas espontâneas (especialmente na política e nos equipamentos da Assistência); c) demandas imediatas; d) demandas “indevidas” (formulação pouco clara); e) demandas secundárias; f) demandas reprimidas. Tais terminologias utilizadas para acusar as diferentes modalidades de demandas não explicitam a que efetivamente se referem. Nota-se que o material aludido nem sempre considera a existência de demandas divergentes ou antagônicas que emanam das necessidades das classes sociais. As demandas sociais são produzidas por necessidades sociais que plasmam o processo de reprodução social da sociedade capitalista, historicamente colocadas por interesses antagônicos das classes sociais (GUERRA *et al.*, 2016, p. 7).

Diante disso, sabe-se que os/as assistentes sociais na saúde se deparam com um cenário de contradições e precarização criado pelo projeto privatista para a saúde que vem modificando as demandas e requisições que inviabilizam o SUS constitucional. Segundo o CFESS (2010), também como consequência disso aparecem no cotidiano das unidades de saúde algumas demandas que não são dos/as assistentes sociais:

[...] solução quanto ao atendimento (facilitar marcação de consultas e exames, solicitação de internação, alta e transferência); reclamação com relação a qualidade do atendimento e/ou ao não atendimento (relações com a equipe, falta de medicamentos e exames diagnósticos, ausência de referência e contrarreferência institucional, baixa cobertura das ações preventivas, entre

outros); não atendimento do tratamento indicado e falta de condições para realizar o tratamento, devido ao preço do medicamento prescrito, do transporte urbano necessário para o acesso à unidade de saúde, ou horário de tratamento incompatível com o horário de trabalho dos usuários; desigualdade na distribuição e cobertura dos serviços de saúde, nos municípios e entre os municípios, obrigando a população a ter de fazer grandes deslocamentos para tentar acesso aos serviços; agravamento das situações de morbidade e mortalidade por doenças passíveis de prevenção (CFESS, 2010, p. 41-42).

São demandas que chegam ao Serviço Social, mas que não são da sua competência e/ou atribuição, impelindo, muitas vezes, os/as profissionais às práticas assistenciais ou emergenciais. Além disso, ocorre uma interpretação equivocada das demandas dos/as assistentes sociais que prejudicam e inviabilizam a forma correta de respondê-las diante dos usuários e da instituição empregadora. Em virtude do contexto de descaracterização das atribuições e competências profissionais, por meio de requisições e/ou demandas, questionou-se às assistentes sociais sobre a frequência em que são requisitados esses tipos de demandas (entende-se aqui, aquelas trazidas tanto pelos usuários quanto direcionadas pela instituição empregadora e equipe de saúde) nas UBS/USF em Manaus. A tabela 4 sintetiza as informações prestadas pelas assistentes sociais.

Tabela 4: Requisições e demandas alheias ao trabalho das assistentes sociais

	Muito frequentemente	Frequentemente	Ocasionalmente	Raramente	Nunca	Sem resposta
Agendamento de ambulância	0%	18%	12%	12%	47%	12%
Entrega de Senhas	0%	0%	0%	6%	76%	18%
Preenchimento de formulários para a área médica	0%	0%	0%	12%	71%	18%
Pesagem de crianças e gestantes	0%	0%	0%	0%	82%	18%
Emissão de declaração de comparecimento	0%	24%	35%	12%	24%	6%
Práticas terapêuticas	6%	0%	12%	12%	53%	18%
Marcação de consultas e exames	6%	24%	18%	18%	24%	12%

Fonte: Pesquisa de campo (2022)

Vale mencionar que as assistentes sociais não deixam claro de que forma essas requisições e/ou demandas chegam ao Serviço Social na unidade de saúde, ou seja, não há evidência se chegam através do contato direto com os usuários ou através da direção da instituição e/ou equipe de saúde. Mas levando em consideração que o assistente social é requisitado a responder demandas, em sua grande maioria no atendimento direto ao usuário e, também, pela instituição empregadora e equipe de saúde, é possível sugerir que esses tipos de demandas são direcionados às assistentes sociais por diversos sujeitos demandantes (usuários, instituição e equipe de saúde).

Visualiza-se na tabela 4 algumas das requisições de demandas que podem ser apresentadas no cotidiano de trabalho das assistentes sociais e que não se configuram como atribuições privativas ou competências profissionais. Porém, é comum em muitos campos de trabalho serem feitos esses pedidos por parte das instituições e também por profissionais de outras áreas. Na saúde, essas requisições sempre se fizeram presentes no trabalho do/a assistente social.

Barroco (2021), ao realizar pesquisa com assistentes sociais que trabalham em instituições de saúde de alta complexidade em Manaus notou que na narrativa dos/as assistentes sociais há o constante encaminhamento de demandas que não figuram atribuições e/ou competências privativas dos/as assistentes sociais. Na oportunidade, um profissional relatou que várias são as demandas incompatíveis com o trabalho do assistente social, como:

“[...] entrega de tickets de alimentação para acompanhante, autorização de entrada de acompanhantes e/ou com vestimentas consideradas inadequadas, solicitação indevidas por parte da equipe de enfermagem, entre tantas outras que são reproduzidas há décadas” (BARROCO, p. 106, 2021).

Segundo a autora:

A narrativa evidencia problemáticas que já foram identificadas pelo CFESS há mais de uma década, o que nos mostra a sua persistência no cotidiano de assistentes sociais. O histórico desconhecimento das competências e das atribuições profissionais dos assistentes sociais por outros profissionais da saúde tornou comum o surgimento e direcionamento de demandas de caráter técnico-administrativo e/ou de outras áreas para assistentes sociais [...] (BARROCO, 2021, p. 106)

Observa-se que as requisições de demandas alheias ao trabalho do/a assistente social se fazem presentes também em outros níveis de complexidade do SUS, ou seja,

não é comum que ocorram esses pedidos/demandas também na atenção básica. As atividades que chegam como demandas aos assistentes sociais nem sempre são parecidas, pois as demandas trazidas pelos usuários e as requisições (institucionais) são diferentes em cada nível de assistência, mas a predominância de confundir o/a assistente social como um mero auxiliar de saúde ou até mesmo um “quebra galho” para a instituição ou para outros profissionais é vista em todos os níveis de assistência à saúde em que os/as assistentes sociais se inserem.

Ainda de acordo com os dados mostrados na tabela 4, as demandas que mais se sobressaem na atenção básica são os pedidos de marcação de exames e consultas, bem como de realização de práticas terapêuticas. Embora algumas das assistentes sociais, ou seja, 24% terem afirmado que nunca são requisitadas para realizar marcação de exames e consultas, existem outras 24% que destacaram ser frequente de acontecer nas unidades de saúde.

Segundo Pinheiro, Barroco e Santos (2020), a rotina de trabalho em unidades de saúde, que é cansativa, intensa e às vezes sem planejamento, acaba fazendo com que os/as assistentes sociais fiquem imersos no seu ambiente de trabalho e acabem se distanciando de debates e leituras necessárias a respeito dos seus instrumentos normativos, acarretando falta de diálogo, criticidade e resistência profissional.

A pesquisa de Barroco (2021) evidenciou que os profissionais de serviço social das unidades de saúde reconhecem que realizam atividades desarticuladas com as atribuições previstas no Código de Ética e na Lei de regulamentação da profissão, porém, muitas vezes acatam para não contrariar a própria dinâmica de trabalho imposta pela gestão institucional, como destaca essa fala:

solicitação de transporte para alta de paciente acamado. Sempre enviam para o setor, é muito difícil bater de frente com a instituição, porém estamos em constante luta para não fazer trabalhos que não são da nossa competência (BARROCO, 2021, p. 107).

Segundo Soares, Correia e Santos (2020):

Essas requisições não são novas. Reiteram velhas práticas em saúde que concebe as ações da equipe multiprofissional de saúde não médica como mero subsídio ao “ato médico” ou por ele instrumentalizadas. Além disso, também se vinculam às práticas do Serviço Social tradicional ou conservador. Assim, em meio às contradições da política de saúde, com intensa precarização, desfinanciamento, privatização e fragmentação, sem articulação e coordenação de enfrentamento em nível federal, com expressões de uma política genocida ao mesmo tempo que extremamente privatista e ultraliberal, o Serviço Social

é requisitado a reproduzir o perfil profissional técnico, voluntarista e conservador (SOARES; CORREIA; SANTOS, 2020, p. 126)

Outro dado interessante se refere a práticas terapêuticas, que podem ser tanto individuais como coletivas. A maioria das profissionais, isto é, 53% afirmaram que não realizam esse tipo de prática dentro do seu espaço de trabalho, contudo, outras assistentes sociais afirmaram que ocasionalmente ou raramente lidam com esse tipo de demanda. Vale destacar que, em relação às práticas terapêuticas, estas não cabem ao/a assistente social, pois não são de sua competência e/ou atribuição privativa.

De acordo com o CFESS (2010), existe alguns segmentos de profissionais que têm defendido a terapia familiar e individual, e requisitado o reconhecimento do campo psíquico como uma ampliação do espaço sócio-ocupacional do/a assistente social, dando o nome de Serviço Social Clínico. Esse tipo de abordagem, como já mencionado, não está prevista no projeto ético-político profissional do/a assistente social, além disso este tipo de intervenção acaba ressignificando práticas conservadoras da profissão.

Diante disso, com o objetivo de orientar a categoria profissional, o Conjunto CFESS/CRESS elaborou e aprovou a resolução nº 569, de 25 de março de 2010, a qual veda a realização de terapias associadas ao título e/ou exercício profissional do assistente social e reitera que o profissional de serviço social ao trabalhar com indivíduos, grupos ou famílias, inclusive em equipes multidisciplinares ou interdisciplinares, deve se apropriar de suas habilidades, competências e atribuições privativas previstas em sua legislação profissional (Lei 8.662/93), nos princípios do seu Código de Ética, bem como nos fundamentos históricos, teóricos e metodológicos do Serviço Social.

Soares (2010) elenca que a atual realidade do SUS impacta o trabalho do/a assistente social transformado em práticas pragmáticas e manipulatórias, e que impossibilita um processo reflexivo. A capacidade reflexiva do profissional se torna limitada e com recursos limitados. A autora afirma que a rotina de trabalho acaba sendo mediatizada pela burocratização dos procedimentos, nos quais o/a assistente social se divide entre as “urgências”, preenchimento de formulários de atendimento e registros que não passam por uma sistematização e reflexão, apenas para fins de contabilizar a produtividade.

É importante lembrar que o perfil do/a assistente social que se necessita para atuar nas políticas sociais, como a saúde, deve rejeitar intervenções profissionais de caráter tradicionais funcionalistas ou pragmáticas, uma vez que são práticas conservadoras que

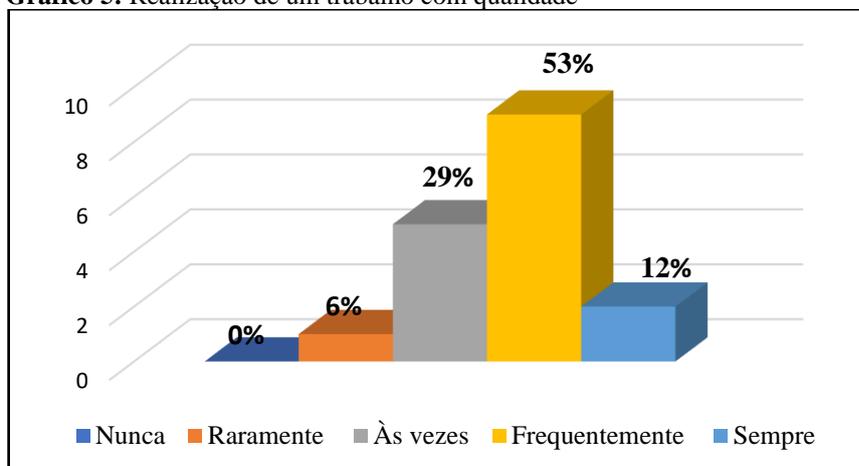
tratam as manifestações da questão social como problemáticas pessoais de cada indivíduo, devendo ser resolvidas isoladamente (CFESS, 2010).

Para Pinheiro, Barroco e Santos (2021), é de grande importância que os/as assistentes sociais tenham clareza das suas atribuições privativas e competências profissionais para que tenham capacidade de refletir criticamente as atividades e demandas que estão em seu domínio e não se deixarem levar ou aceitarem pedidos e demandas alheias ao seu objetivo profissional e planejamento de trabalho. Além disso, torna-se relevante que, diante dos desafios e dilemas envolvendo o trabalho dos/as assistentes sociais, os profissionais discutam sobre as atribuições privativas e competências do trabalho profissional de forma contínua e coletiva, em conjunto com outros profissionais das equipes de saúde (PINHEIRO; BARROCO; SANTOS, 2021)

Para que as intervenções profissionais sejam efetivas para determinadas demandas, é essencial a realização de um trabalho com qualidade. Nas UBS/USF não é diferente. Muitas são as requisições postas aos assistentes sociais e que precisam de um aparato que engloba conhecimento, ambiente de trabalho e condições claras para que esse profissional consiga contribuir e entregar um trabalho eficiente e de acordo com as diretrizes e princípios tanto da política de saúde como do seu próprio projeto profissional.

Diante disso, foi questionado às assistentes sociais se conseguiam realizar um trabalho de qualidade no seu espaço ocupacional, a maioria das assistentes sociais, 53%, afirmou que frequentemente realizam um trabalho com qualidade, 29% disseram que às vezes, 12% elencaram que sempre e 6% mencionaram que raramente, como mostra o gráfico 5:

Gráfico 5: Realização de um trabalho com qualidade



Fonte: Pesquisa de campo (2022)

Os dados referentes ao gráfico 5 mostram que o trabalho das assistentes sociais nas unidades de atenção básica em Manaus tem sido realizado com qualidade de maneira frequente. Aqui, surge um questionamento, a saber: como esse trabalho é frequentemente de qualidade uma vez que a maioria das assistentes sociais atua sozinha na unidade de saúde em que estão lotadas? Será se as profissionais têm dado conta das diversas demandas e requisições que se apresentam no dia a dia?

Atualmente, o sistema de saúde público tem enfrentado diversas tentativas de boicotes aos seus princípios. Segundo Costa (2010), a organização do sistema de saúde atende reivindicações históricas do movimento da reforma sanitária, como a universalização, a descentralização e a implementação de mecanismos de controle social e de participação social da comunidade, mas ainda não superou algumas contradições como a demanda reprimida, a precarização dos recursos humanos e financeiros, a quantidade e qualidade de assistência à saúde, bem como a burocratização e a ênfase na assistência médica/curativa.

Na realidade, novas contradições estão sendo postas aos trabalhadores da saúde pela contrarreforma na saúde, numa tentativa de inviabilizar o SUS constitucional, que é universal, integral e resolutivo. Esses problemas estruturais são colocados no cotidiano da prestação dos serviços e publicizados na mídia mostrando a demora no atendimento, filas de pessoas em busca de atendimento, mau atendimento, precarização dos recursos tanto humanos como financeiros e deficiência na qualidade e quantidade de atendimento à população.

2.3 Projetos em disputa na saúde pública: implicações para o trabalho do Assistente Social

Os/As assistentes sociais, a partir da década de 1990, são orientados/as por um Projeto Ético-Político que se posiciona claramente em defesa do Sistema Único de Saúde – SUS. Isso porque os princípios do projeto da reforma sanitária se articulam com os princípios do projeto profissional do/da assistente social.

Segundo o CFESS (2010):

[...] há uma relação entre o projeto ético-político e o de reforma sanitária, principalmente, nos seus grandes eixos: principais aportes e referências teóricas da formação profissional e princípios. Os dois projetos são construídos no processo de redemocratização da sociedade brasileira e se consolidam na década de 1980. As demandas democráticas e populares, a mobilização e organização dos trabalhadores urbanos e rurais colocam na agenda política brasileira a exigência de transformações políticas e sociais e a necessidade de

articulação dos projetos profissionais aos projetos societários que são propostos para o conjunto da sociedade (CFESS, 2010, p. 26).

Todavia, como vimos no capítulo I, a implementação do SUS entre as décadas de 1990 e de 2000 foi tensionada pela conjuntura política através da retomada de diversas reformas estruturais da seguridade social conduzidas pelo neoliberalismo para romper com a visão de saúde pública como direito social universal. E esse cenário irá influenciar no trabalho do/a assistente social na área da saúde. Costa (1998) *apud* Bravo e Matos (2010) ressalta que “a legitimidade do Serviço Social se dá pelo avesso, pois esta profissão vem tendo sua utilidade nas contradições fundamentais da política de saúde” (p. 14)

No capítulo 1, notou-se como a contrarreforma do Estado e a lógica neoliberal vêm afetando os direitos sociais da população e conduzindo a maneira como o Estado vem tratando as políticas sociais, sendo a saúde a principal delas.

De acordo com o CFESS (2010):

A contrarreforma do Estado atingiu a saúde por meio das proposições de restrição do financiamento público; da dicotomia entre ações curativas e preventivas, rompendo com a concepção de integralidade por meio da criação de dois subsistemas: o subsistema de entrada e controle, ou seja, de atendimento básico, de responsabilidade do Estado (uma vez que esse atendimento não é de interesse do setor privado) e o subsistema de referência ambulatorial e especializada, formado por unidades de maior complexidade que seriam transformadas em Organizações Sociais. Nessa lógica, há ênfase em programas focais: Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e Programa de Saúde da Família (PSF); além da utilização de cuidadores com a finalidade de baratear os custos das ações básicas (CFESS, 2010, p. 20-21).

Desde o governo de Fernando Henrique Cardoso (FHC), a saúde tem sido massacrada enquanto política pública e sofrido com o desfinanciamento e cortes no seu orçamento com o objetivo de boicotar a assistência integral e universal. Em detrimento disso, os governos vêm cedendo espaço para o fortalecimento dos planos privados de saúde. Fala-se, aqui, da privatização da saúde.

Um exemplo do retrocesso da saúde pública é a criação das Organizações Sociais (OSs) e das Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs), criadas no governo FHC através do Plano da Reforma do Estado. Para Rezende (2008), as OSs surgiram no Brasil como um instrumento de viabilização e implementação de Políticas

Públicas legitimando-se com a Lei nº 9.637 de 15 de maio de 1998. Contudo, em tom de crítica, a autora aponta diversos aspectos sobre as OSs:

As OSs podem contratar funcionários sem concurso público, adquirir bens e serviços sem processo licitatório e não prestar contas a órgãos de controle internos e externos da administração pública, porque estas são consideradas ‘atribuições privativas do Conselho de Administração’, que podem todo o mais, tal como ‘aprovar por maioria, no mínimo, o regulamento próprio contendo os procedimentos que deve adotar para a contratação de obras, serviços, compras e alienações e o plano de cargos, salários e benefícios dos empregados da entidade’ (REZENDE, 2008, p. 27).

É nesse contexto que se torna propícia a precarização dos vínculos dos trabalhadores, a falta de estabilidade, uma vez que os concursos públicos ficam em segundo plano, diferente dos processos seletivos sem qualquer garantia de estabilidade. É visível que a implantação das OSs se pauta na lógica capitalista em busca de lucros, metas, contenção de gastos, desresponsabilização do poder público, passando as suas funções para as empresas privadas. E essa forma de gestão com o passar dos anos vai se reconfigurando e se atualizando em outros modelos com as mesmas finalidades. As OSCIPs são exemplos disso.

As OSCIPs foram instituídas através da Lei nº 9.790 de 23 de março de 1999, como alternativa de privatização da saúde. De maneira geral, esse instrumento tinha o objetivo de dar continuidade às OSs. Isso porque as OSCIPs visavam maior abrangência na privatização de programas, atividades, ações e serviços públicos. As OSs eram aplicadas para os serviços prestados pelo Estado, visando flexibilidade e agilidade na gestão. Em contrapartida, o modelo de OSCIPs seria para as empresas que já desempenhavam serviços públicos ou de interesse coletivo, o qual o Estado se interessava em fomentar.

Outra diferença em relação às OSCIPs é que a prestação de serviços públicos passa a ser transferida para as Organizações Não-Governamentais (ONGs), cooperativas e associações da sociedade civil em geral. Mas de que forma? Através das chamadas parcerias, garantindo ainda mais a flexibilização da força de trabalho, enxugamento do Estado e controle social limitado, mesmo que isso descumprisse a constituição federal (REZENDE, 2008).

Para melhor compreensão, a tabela 5 demonstra a diferença do modelo de gestão do SUS, das OSs e das OSCIPs.

Tabela 5: Síntese do modelo de gestão do SUS, das OSs e das OSCIPs

SÍNTESE DO MODELO DE GESTÃO DO SUS, DAS OSs e das OSCIPs		
Sistema Único de Saúde (SUS)	Organizações Sociais (OSs)	Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs)
Gestão única do Sistema de Saúde em cada esfera de governo (Gestão do Sistema e da Rede de Ações e Serviços)	Autonomia administrativa e Financeira de cada OS	Autonomia administrativa e Financeira de cada OSCIP
Descentralização da gestão entre as três esferas do governo	Descentralização das ações e serviços de saúde para a iniciativa privada e não para os municípios	Descentralização das ações e serviços de saúde para a iniciativa privada e não para os municípios
Hierarquização dos serviços, conforme a complexidade da atenção à saúde, sob comando único	Autonomia gerencial dos serviços de cada OS	Autonomia gerencial dos serviços de cada OSCIP
Financiamento solidário entre as três esferas do governo, conforme o tamanho da população, suas necessidades epidemiológicas e a organização das ações e serviços	Financiamento definido no orçamento público, para cada OS, conforme sua influência política de seus dirigentes, com “contrapartida da entidade” por meio da venda de serviços e doações da comunidade e com reserva de vagas para o setor privado, lucrativo.	Financiamento definido no orçamento público, para cada OSCIP, conforme sua influência política de seus dirigentes, com “contrapartida da entidade” por meio da venda de serviços e doações da comunidade e com reserva de vagas para o setor privado, lucrativo.
Regionalização	Inexistente, porque a entidade possui autonomia para aceitar ou não a oferta regional de serviços, já que seu orçamento é estabelecido por uma das esferas do governo	Inexistente, porque a entidade possui autonomia para aceitar ou não a oferta regional de serviços, já que seu orçamento é estabelecido por uma das esferas do governo
Universalização e Integralidade da Atenção à Saúde	Focalização do Estado no atendimento das demandas sociais básicas, conforme interesse da OS	Focalização do Estado no atendimento das demandas sociais básicas, conforme interesse da OSCIP
Participação da comunidade, com a política de saúde definida em Conferências de Saúde	Inexistente	Inexistente
Controle social, com conselhos de saúde que acompanham e fiscalizam a implementação da política de saúde e a utilização de seus recursos	Inexistente. O controle social tal como previsto na Lei 8.142/90 é substituído pelos tradicionais conselhos de administração internos da entidade, com paridade diferente daquela estabelecida na Lei 8.142/90 e não é deliberativo	Inexistente. Somente a celebração do Termo de Parceria é precedida consulta (?) aos Conselhos de Políticas Públicas existentes, das áreas correspondentes de atuação

Fonte: REZENDE, 2008, p. 31 (adaptado pela pesquisadora)

Desde o governo de FHC, na década de 1990, é possível identificar a ampliação e o fortalecimento das OSs e das OSCIPs como espaço público não estatal no qual o Estado passa a transferir os serviços de saúde para o setor privado. Organizações que servem para que o setor público deixe de gerenciar determinados serviços passando a responsabilidade para as empresas privadas. São alguns dos modelos de projetos que vieram para desestruturar o sistema de saúde pública.

Para Bravo, Pelaez e Menezes (2020), o SUS vem apresentando projetos antagônicos para o campo da saúde pública antes mesmos do período de redemocratização e da constituição de 1988. O **Projeto da Reforma Sanitária** e o **Projeto Privatista** são projetos políticos em constante disputa e apresentam antagonismos entre si.

O Projeto da Reforma Sanitária é um projeto democrático construído em meados da década de 1970 por diferentes segmentos populares em prol da saúde como um direito social de todos e dever do Estado. O Projeto Privatista é originário da ditadura civil-militar iniciada em 1964, o qual tem sido retomado desde os anos de 1990. É orientado pela lógica do mercado e fundamentado na exploração da doença como fonte de lucros (BRAVO, PELAEZ e MENEZES, 2020)

As autoras afirmam que, para além do projeto da Reforma Sanitária e do Projeto Privatista, a saúde pública convive a partir dos anos 2000 com outros projetos para o sistema de saúde pública como o Projeto da **Reforma Sanitária Flexibilizada** que surge nos governos petistas e pode ser conhecido como o projeto do *SUS* possível. Esse novo modelo de gestão do SUS nada mais é do que a continuidade ou até mesmo um complemento do projeto privatista, pois se pautam em:

arranjos institucionais, mecanismos gerenciais e responsabilização dos profissionais para a adequação da política de saúde às exigências de uma política de rebaixamento da proposta inicial do Projeto da Reforma Sanitária (BRAVO; PELAEZ; MENEZES, 2020, p. 2).

São projetos que reafirmam a redução da responsabilização do Estado e dos direitos dos trabalhadores bem como das políticas públicas, que se tornam focalizadas apenas para a população mais vulnerável.

Importa ressaltar que o Governo Lula (2003-2010) deu continuidade à contrarreforma da saúde iniciada em 1990, isto é, apesar de algumas inovações nas políticas sociais, como a criação do Bolsa Família, não rompeu com a lógica da contrarreforma advinda do governo FHC (BRAVO e PELAEZ, 2018).

Bravo (2009) destaca que havia uma expectativa que o governo Lula fortalecesse o projeto da reforma sanitária, porém, ocorreu a polarização com o projeto privatista voltado para o mercado. No governo Lula são criadas as Fundações Estatais de Direito Privado (FEDP) simbolizando uma reatualização das parcerias público e privado, das OSs

e das OSCIPs. O objetivo é o mesmo, ou seja, privatizar as políticas sociais, os serviços sociais, bem como flexibilizar os direitos dos trabalhadores.

Segundo Reis e Paim (2018), no governo de Dilma (2011-2016) houve a expansão do setor privado e, conseqüentemente, dos planos e seguros privados, dando continuidade à captura do SUS para esse segmento. A focalização nas políticas de saúde permaneceu.

No que diz respeito à Atenção Básica, foi o governo Dilma que implantou, em 2011, o Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF, o qual flexibilizava algumas normas de organização e gestão do trabalho. No mesmo ano ocorreu a XIV Conferência Nacional de Saúde (CNS). Por meio do movimento sanitário foi lançada a Agenda Estratégica para a Saúde, colocando propostas estruturadas em 5 linhas de ação: 1) Saúde, Meio ambiente; Crescimento econômico e desenvolvimento social; 2) Garantia de acesso a serviços de saúde de qualidade; 3) Investimento – superar a insuficiência e a ineficiência; 4) Institucionalização e gestão do sistema de serviços de saúde e 5) Complexo econômico e industrial da saúde (REIS; PAIM, 2018).

Importa mencionar um avanço para os trabalhadores da atenção básica com o lançamento do Programa de Valorização do Profissional de Atenção Básica (PROVAB), Através da portaria interministerial n.º 2.087, de 1º de setembro de 2011. Esse programa foi criado pelo Ministério da Saúde em parceria com o Ministério da Educação a fim de “estimular e valorizar o profissional de saúde que atua em equipes multiprofissionais na atenção básica e na Estratégia de Saúde da Família a fim de diminuir a desigualdade entre as regiões ao levar os profissionais para locais mais carentes de saúde” (REIS; PAIM, 2018, p. 104). Além disso, em 2011, foi implantada a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), que já estava aprovada em 1999, e tem como propósito a melhoria das condições de alimentação, nutrição e saúde, buscando a garantia da Segurança Alimentar e Nutricional da população brasileira (BRASIL, 2013). No mesmo ano, foi instituído o Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde (Requalifica UBS) como uma das estratégias do Ministério da Saúde para estruturar e fortalecer a Atenção Básica. De acordo com o Ministério da Saúde, o objetivo geral do Programa é:

[...] criar incentivo financeiro para a reforma, ampliação e construção de UBS, provendo condições adequadas para o trabalho em saúde, promovendo melhoria do acesso e de qualidade da atenção básica. Envolve também ações que visam à informatização dos serviços e a qualificação da atenção à saúde desenvolvida pelos profissionais da equipe (BRASIL, 2022).

É importante ressaltar que no governo Dilma também houve a divulgação do Programa Nacional de Telessaúde Brasil Redes. Esse programa foi instituído pela Portaria do Ministério da Saúde nº 35 de janeiro de 2007, na qual era denominado Programa Telessaúde Brasil. Contudo, o mesmo foi redefinido e ampliado através da Portaria do MS nº 2.546, de 27 de outubro de 2011, passando a ser chamado de Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes (Telessaúde Brasil Redes). Esse programa visa a melhoria da qualidade e o fortalecimento da atenção básica no SUS, integrando Educação Permanente em Saúde e apoio assistencial por meio de ferramentas e Tecnologias da Informação e Comunicação (BRASIL, 2011).

Apesar da elaboração de programas e políticas voltadas para o fortalecimento e melhoria do SUS, houve a instituição de uma das mais recentes formas de privatização da gestão do SUS: a criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, a conhecida EBSEH, através da Lei nº 12.550, de 15 de dezembro de 2011. É uma empresa pública de direito privado e, por isso, segue a lógica das Fundações Estatais de Direito Privado. Tem por objetivo geral prestar serviços de assistência médico-hospitalar, ou seja, assumir a gestão dos Hospitais Universitários Federais – HUs.

Na época de implementação da EBSEH ocorreram diversas manifestações pelo país que questionavam a sustentabilidade da administração pública dos hospitais universitários e os diferentes modelos de gestão que estavam se estabelecendo dentro do SUS (REIS; PAIM, 2018).

Para March (2012), a criação da EBSEH é mais uma tentativa de transferir o patrimônio público e flexibilizar os direitos dos trabalhadores do serviço público. Além disso, a autora destaca que a produção de conhecimento e a formação dos trabalhadores da saúde estão submetidas aos interesses do mercado, sendo inegáveis os prejuízos no atendimento de saúde da população.

O crescimento da mercantilização abriu caminho fértil para a expansão de novas formas de gestão como as OS, as OSCIPs, bem como as parcerias público-privadas (PPP) e a criação da EBSEH. Com efeito, intensificou a precarização do trabalho, a rotatividade dos trabalhadores da saúde, comprometendo os princípios e diretrizes do SUS constitucional (REIS; PAIM, 2018).

Tanto nos governos Lula, como no de Dilma, para Bravo e Menezes (2011), a política de saúde continuou se deparando com dificuldades de efetivação do projeto da reforma sanitária, podendo destacar uma das maiores dificuldades a implantação de modelos de gestão vertical, burocrático com ênfase na privatização, como a criação das

Fundações Estatais de Direito Privado e o ressurgimento das Organizações Sociais. Logo, vê-se o fortalecimento da precarização dos serviços públicos.

Os partidos de esquerda foram fundamentais na Constituição de 1988 e, a partir dos anos 1990, não conseguiram formular uma agenda em defesa das políticas públicas, da Seguridade Social e da Reforma Sanitária. Este fato permanece nos dias atuais, pois, ao assumir o poder, o Partido dos Trabalhadores tem se comportado somente enquanto governo, não conseguindo mobilizar a sociedade para a ampliação dos direitos sociais (BRAVO; MENEZES, 2011, p. 24)

Nos governos de Temer (2016-2018) e de Bolsonaro (2019 – ao tempo presente), a saúde pública continua sendo atacada duramente. Novos contornos da contrarreforma são implementados no Brasil e repercutido nos atuais projetos em disputa dentro do SUS (projeto da reforma sanitária, reforma sanitária flexibilizada e o projeto privatista) (BRAVO; PELAEZ; MENEZES, 2020).

No governo Temer houve retrocesso na política de saúde mental, mudanças na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e articulação efetiva com o setor privado. Observa diversas propostas de mudanças para o SUS com o discurso de não haver recursos financeiros para sustentar os direitos previstos na Constituição Federal de 1988. Um dos pilares da gestão do Ministério da Saúde foi a proposta dos Planos de Saúde Populares ou Acessíveis.

O Plano de Saúde Acessível tinha como principais propostas:

[...] a) Plano Simplificado – cobertura para atenção primária, restrita a consultas nas especialidade previstas no Conselho Federal de Medicina (CFM) e serviços auxiliares de diagnóstico e terapias de baixa e média complexidade; b) Plano Ambulatorial + hospitalar – cobertura de toda atenção primária, atenção especializada, de média e alta complexidade; c) Plano em Regime Misto de Pagamento – oferece serviço por intermédio de contraprestação mensal para cobertura de serviços hospitalares, terapias de alta complexidade e medicina preventiva; e, quando necessário, atendimento ambulatorial (ANSS, 2017 apud BRAVO; PELAEZ; MENEZES, 2020, p 196).

Muitos foram os retrocessos no governo ilegítimo de Temer, porém, o maior deles foi a Emenda Constitucional n.º 95/2016 que congelou os gastos das políticas públicas por 20 (vinte) anos. Os impactos para a saúde são sentidos até hoje. De acordo com o estudo realizado pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), a perda dos recursos destinados ao SUS em 20 anos é estimada em aproximadamente R\$ 654 bilhões de reais, com um crescimento do PIB de 2% ao ano. Se houver um crescimento de 3% ao ano, esse valor chega a R\$ 1 trilhão de reais. Diante disso, quanto mais a economia

brasileira aumentar, a perda dos recursos para a saúde também irá aumentar (BRAVO; PELAEZ; MENEZES, 2020).

É importante ressaltar outro ataque do governo Temer para a saúde com a revisão da PNAB. Segundo Bravo, Pelaez e Menezes (2020), a Reunião da Comissão Intergestora Tripartite (CIT) composta pelo Ministério da Saúde, Conselho Nacional dos Secretários de saúde (CONASS) e Conselhos Nacionais de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), ocorrida em agosto de 2017, fez uma revisão da PNAB e, embora no texto a Saúde da Família continuasse sendo estratégia prioritária na expansão e consolidação da Atenção Básica, o principal destaque foi a tentativa de romper com a centralidade da atenção básica instituindo formas de financiamento em outros arranjos assistenciais que não contemplavam agentes comunitários de saúde – ACS em equipes multiprofissionais, dando abertura para que a organização da Atenção Básica tivesse uma base contrária aos princípios norteadores da Atenção Primária à Saúde (APS). Além disso, propôs uma diferenciação entre ações e serviços de padrão essencial e ampliado. Ou seja, as ações e serviços de padrão essencial seriam os básicos e de padrão ampliado seriam estratégicos, provocando uma clara seletividade e diferenciação no acesso às ações e serviços pelos usuários da atenção básica. Ademais, as autoras enfatizam que a chamada nova política de atenção básica não leva em consideração os desafios históricos de “fixação dos profissionais, da coordenação de cuidado e integração com outros serviços e níveis de complexidade, ampliação e melhoria do acesso e da base social, e o subfinanciamento” (p. 197).

No governo Bolsonaro, iniciado em 2019, os retrocessos não foram diferentes, tendo em vista que as contrarreformas iniciadas nos governos anteriores persistiram e são ainda mais perversas. Para Matos (2021), o governo Bolsonaro traz uma agenda fascista para a saúde pública se aproveitando dos caminhos tenebrosos abertos na curta gestão de Temer.

De acordo com o autor, vivencia-se nesse atual governo o aprofundamento do desmonte do projeto da reforma sanitária na sua fase mais severa ao dar continuidade ao desfinanciamento do SUS, a expansão das parcerias público-privadas bem como a extinção do Programa Mais Médicos e da contratação de profissionais cubanos, provocando que diversas regiões do país (principalmente no interior e na periferia das grandes cidades) ficassem sem atenção à saúde para a população (MATOS, 2021).

Além disso, de janeiro de 2019 até o momento [setembro de 2022], o governo Bolsonaro mudou de ministro da saúde 4 vezes, o primeiro-ministro Luiz Henrique

Mandetta comandou o ministério de janeiro de 2019 até abril de 2020. Devido às tensões no enfrentamento da pandemia da Covid-19, Mandetta foi substituído pelo médico Nelson Teich que permaneceu entre abril e maio de 2020, após isso veio Eduardo Pazuello, que não tem formação na área da saúde e acabou gerenciando o ministério de maio de 2020 a março de 2021. Atualmente, quem assume a pasta é o médico cardiologista Marcelo Queiroga, empossado em 23 de março de 2021.

Observa-se que, desde quando foi anunciada a pandemia da Covid-19, o Ministério da Saúde vive uma verdadeira dança das cadeiras com alta rotatividade de ministros, o que, sem dúvidas traz impactos para a condução da política de saúde no Brasil, especialmente no período de pandemia da Covid-19.

É importante destacar que houve a proposta do Ministro da Economia, Paulo Guedes, de criação de um *voucher* para a saúde e educação, notícia publicada em janeiro de 2019. A proposta do governo era de que o *voucher* seria uma espécie de “vale-saúde” oferecido para que os usuários tivessem prestações de serviços básicos de saúde e educação por empresas privadas. Mais uma vez, transferindo a responsabilidade do Estado para as empresas privadas, desconsiderando os princípios organizativos do SUS de integralidade e hierarquização, uma vez que essa proposta desestrutura e desconsidera o atendimento à saúde por níveis de atenção, como a atenção básica, por exemplo (BRAVO; PELAEZ; MENEZES, 2020).

Todo esse cenário danoso de boicotes ao projeto democrático do SUS acarretou mudanças e particularidades para o trabalho do/a assistente social na área da saúde. Ou seja, a nova configuração da política de saúde sob os moldes do projeto privatista voltado para o mercado, impacta no trabalho do/a assistente social em diversos aspectos, seja nas suas condições de trabalho, na formação profissional, nas influências teóricas, na ampliação da demanda ou na relação com os demais profissionais. O trabalho precarizado se amplia e os/as assistentes sociais são requisitados para amenizar situações de pobreza absoluta.

Os projetos em disputa na saúde apresentam diferentes requisições para o Serviço Social atualmente. De acordo com o documento do CFESS (2010), o projeto privatista vem requisitando um trabalho que não se articula com o projeto democrático da profissão ao solicitar dos/as assistentes sociais a seleção socioeconômica dos usuários, uma intervenção psicossocial através de aconselhamento, de ação fiscalizatória e assistencialista sob a ideologia do favor, provocando a retomada de um trabalho profissional individualista e conservadora.

O projeto da reforma sanitária ao se articular com o projeto profissional do Serviço Social vem requisitando dos/as assistentes sociais um exercício profissional que trabalhe questões como a democratização do acesso às unidades e aos serviços de saúde, possibilidade de formular estratégias de aproximação das unidades de saúde com a realidade, bem como realizar um trabalho interdisciplinar, dando destaque às abordagens grupais, o acesso democrático às informações e mobilização da participação popular (CFESS, 2010).

Observa-se ao longo da discussão que o Estado vem dando maior ênfase ao projeto privatista para a saúde e, conseqüentemente, o Serviço Social não está isento dessa tensão. As requisições impostas para o/a assistente social vão contra os princípios do Projeto Ético-Político do Serviço Social, os quais primam pela a liberdade como valor ético central; defesa dos direitos humanos; equidade; justiça social; e pelo compromisso e qualidade dos serviços prestados à população. Observa-se que [...] o trabalhador deixa de ser um trabalhador ‘especializado’ [...] sendo solicitado a exercer múltiplas tarefas, até então não necessariamente envolvidas em suas atribuições regulamentadas (IAMAMOTO, 2000, p. 32).

Diante dessas questões delicadas postas aos assistentes sociais, o CFESS (2010) orienta que:

As ações a serem desenvolvidas pelos assistentes sociais devem transpor o caráter emergencial e burocrático, bem como ter uma direção socioeducativa por meio da reflexão com relação às condições sócio-históricas a que são submetidos os usuários e mobilização para a participação nas lutas em defesa da garantia do direito à Saúde. O profissional precisa ter clareza de suas atribuições e competências para estabelecer prioridades de ações e estratégias, a partir de demandas apresentadas pelos usuários, de dados epidemiológicos e da disponibilidade da equipe de saúde para ações conjuntas. As demandas emergenciais, se não foram reencaminhadas para os setores competentes por meio do planejamento coletivo elaborado na unidade, vão impossibilitar ao assistente social o enfoque nas suas ações profissionais. A elaboração de protocolos que definem o fluxo de encaminhamentos para os diversos serviços na instituição é fundamental (CFESS, 2010, p. 41).

Estes são alguns dos muitos desafios e, apesar dos avanços ao longo desses 31 anos de SUS, as contradições que permeiam a política de saúde indicam uma considerável distância entre a proposta do movimento da reforma sanitária e a forma de gestão desse sistema de saúde brasileiro.

Diante das adversidades apresentadas, a categoria dos/as assistentes sociais tem assumido um importante papel na defesa do SUS para além do trabalho vinculado aos

princípios da reforma sanitária. Segundo Bravo e Matos (2010) é importante que o/a assistente social transforme as lacunas e os desafios cotidianos usando da sua habilidade criativa, propositiva e formação continuada para atender às novas demandas e requisições postas à profissão.

Embora seja difícil, é essencial que o profissional se mantenha articulado com os princípios do movimento sanitário e do seu projeto profissional. Os autores ainda sugerem a possibilidade de realização de fóruns de capacitação permanentes e de debates sobre a importância de produzir conhecimento sobre o Serviço Social na área da saúde.

Apesar das possibilidades postas pelos autores, o atual mundo do trabalho e as formas como as políticas sociais têm sido tratadas pelo Estado, especialmente a política pública de saúde, trazem um leque de implicações para o trabalho dos/as assistentes sociais. implicações essas que podem ser visualizadas dentro das suas condições de trabalho e de saúde, tanto emocional quanto física.

O contexto de pandemia expôs mais ainda como tem se dado as atuais condições de trabalho e os impactos à saúde dos/as assistentes sociais da área da saúde. Portanto, faz-nos questionar: quais os resultados que a realidade atual apresenta para esses profissionais? Como os mesmos têm atuado diante das adversidades e desafios no dia a dia dentro das unidades de saúde? Quais as possibilidades e estratégias que esses profissionais têm utilizado para enfrentar o cenário atual de pandemia, degradação do trabalho e dos direitos sociais?

CAPÍTULO III

CONDIÇÕES DE TRABALHO E SAÚDE DOS/AS ASSISTENTES SOCIAIS NA ATENÇÃO BÁSICA

Embora a perspectiva neoliberal se utilize de inúmeros mecanismos para dividir o conjunto dos trabalhadores e suas entidades representativas, é através da organização coletiva que se criam condições concretas para a resistência frente à violação dos direitos, pela melhoria das condições de trabalho e fortalecimento do compromisso do Serviço Social por uma sociedade emancipada

(RAICHELLIS, 2011, p. 436)

3.1 Condições de trabalho e implicações à saúde dos/as Assistentes Sociais

É direito fundamental de qualquer trabalhador possuir um ambiente de trabalho adequado para realizar suas atividades de maneira salubre, preservando sua capacidade física e mental. Segundo a OMS (2010), possuir um ambiente de trabalho saudável depende muito da colaboração dos gestores e trabalhadores na construção da melhoria na promoção e proteção da segurança, saúde e bem-estar de todos/as os/as trabalhadores/as.

As condições de trabalho vão muito além de questões envolvendo a remuneração, a carga horária e o ambiente de trabalho isoladamente, elas implicam em uma articulação entre esses e outros elementos correlacionados, os quais conjuntamente possibilitem equilíbrio entre trabalho e a vida. Segundo a Internacional Labor Organization – ILO:

As condições de trabalho estão no cerne do trabalho remunerado e das relações de emprego. De um modo geral, as condições de trabalho abrangem uma ampla gama de temas e questões, desde o tempo de trabalho (horas de trabalho, períodos de descanso e horários de trabalho) até a remuneração, passando pelas condições físicas e mentais que existe no local de trabalho (ILO, [s.d.], “tradução nossa”)⁶

Na legislação trabalhista brasileira, condições de trabalho são aquelas que envolvem segurança e a estrutura física disponível em uma empresa. Horários, benefícios,

⁶ Texto original: “Working conditions are at the core of paid work and employment relationships. Generally speaking, working conditions cover a broad range of topics and issues, from working time (hours of work, rest periods, and work schedules) to remuneration, as well as the physical conditions and mental demands that exist in the workplace” (ILO, [s.d.]

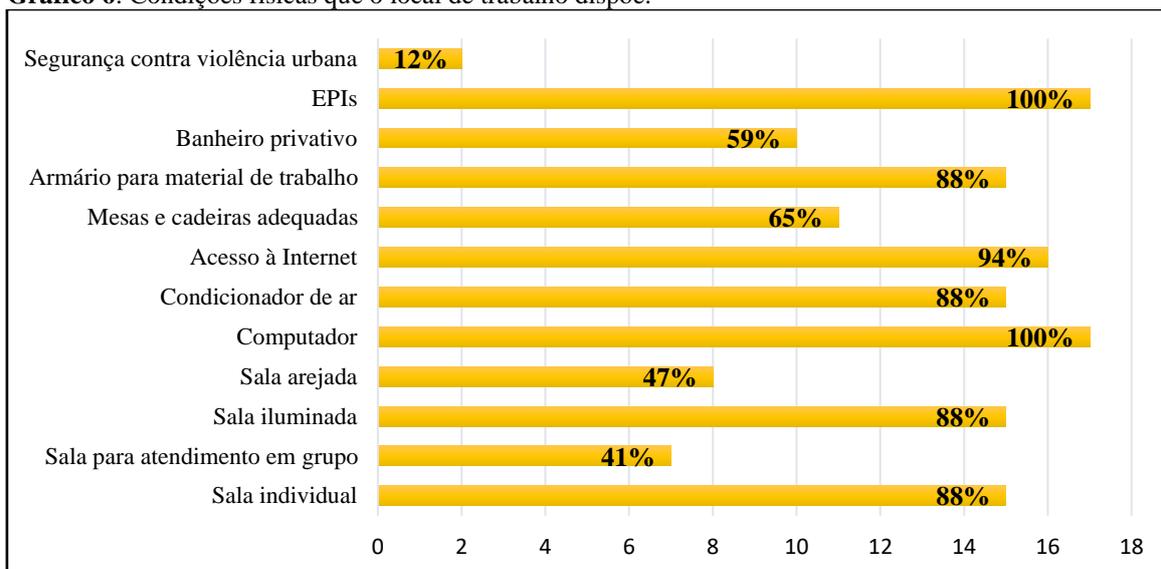
entre outras normas visam garantir a integridade física e mental do trabalhador. Na Consolidação das Leis de Trabalho (CLT), as condições de trabalho são aquelas que envolvem um conjunto de normas e requisitos que deverão ser estabelecidas entre empregado e empregador para evitar relações de trabalho abusivas dentro do regime de trabalho. De acordo com a Lei de nº 5.452/1943, as condições de trabalho exigidas são aquelas que envolvem, dentre outras coisas: duração de jornada de trabalho, carteira de trabalho, salário-mínimo, horas extras, adicional noturno, intervalos intrajornadas, descanso semanal, férias remuneradas, segurança e medicina no trabalho (como a criação da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA).

Para Dejourns (1987), as condições de trabalho podem ser caracterizadas pelo ambiente físico; que inclui temperatura, pressão, barulho, vibrações etc., o ambiente químico; o qual envolve vapores, gases tóxicos ou fumaças; bem como ambiente biológico possuindo vírus, bactérias ou parasitas e as condições de higiene e segurança no local de trabalho.

Um espaço físico adequado para a execução de qualquer atendimento ao usuário é condição essencial para o trabalho do assistente social. A resolução 493/2006 do CFESS recomenda que o local de atendimento do assistente social deve constar de um espaço suficiente para que o profissional faça abordagens individuais e em grupos. Por isso, o local de trabalho onde os serviços serão prestados devem possuir e garantir as seguintes características:

a - iluminação adequada ao trabalho diurno e noturno conforme organização institucional; b- recursos que garantam a privacidade do usuário naquilo que for revelado durante o processo de intervenção profissional; c- ventilação adequada a atendimentos breves ou demorados e com portas fechadas d- espaço adequado para colocação de arquivos para a adequada guarda de material técnico de caráter reservado (p. 2)

Indagou-se às assistentes sociais durante a pesquisa a respeito das condições de trabalho que dispõem nas Unidades de Saúde. O gráfico 6 mostra como as entrevistadas veem seus locais de trabalho:

Gráfico 6: Condições físicas que o local de trabalho dispõe.

Fonte: Pesquisa de campo (2022)

Observa-se que o ambiente de trabalho das assistentes sociais oferece as condições mínimas para que elas possam realizar o trabalho. A disponibilização de EPIs (100%) e computadores (100%) foram os mais mencionados pelas assistentes sociais, observado no gráfico 6. Observa-se que os EPIs, por exemplo, são essenciais dentro de unidades de saúde, uma vez que seu uso correto protege as profissionais do contágio por possíveis vírus ou bactérias que ameaçam a saúde. Vale mencionar que para 94% das profissionais o seu local de trabalho dispõe de acesso à internet, bem como para 88% é disponibilizado armários para a guarda de materiais de trabalho, condicionador de ar, sala iluminada e individual de trabalho. Embora para a ampla maioria o local de trabalho disponibiliza condições físicas mínimas para trabalhar, esta realidade revela, por outro lado, que nem todas as profissionais demonstraram possuir condições de trabalho adequadas, o que, por sua vez, se configura como um problema desafiador no cotidiano, tendo em vista que a ausência destas condições tem implicações na qualidade do trabalho desenvolvido na unidade de saúde.

Nesse sentido, é interessante destacar a fala de uma assistente social sobre onde deveria realizar os atendimentos aos usuários, mas nem sempre a sala está disponível para a realização do trabalho. Ela nos diz: “a sala de serviço social é cedida ao atendimento médico” (Assistente Social nº 8, Pesquisa de Campo, 2022). Esta afirmação revela muito mais que a falta de espaços físicos adequados para os profissionais que trabalham na atenção básica, ela também retrata a existência de conflitos por espaço físico nas unidades

de saúde e nos leva a supor uma certa prioridade ao serviço médico no uso dos espaços. Todavia, é possível observar que a precarização de condições de trabalho também afeta a todos os profissionais que trabalham na saúde básica. Ou seja, não é somente os/as assistentes sociais que convivem diariamente com problemas envolvendo a estrutura física no seu local de trabalho, mas médicos, enfermeiros, entre outros profissionais, não estão isentos de lidar com a escassez de espaço físico para trabalhar.

Também se questionou às assistentes sociais sobre as principais dificuldades enfrentadas no cotidiano de trabalho. Pedimos para as profissionais responderem a frequência com que alguma dessas dificuldades acontecem nas Unidades de Saúde nas quais trabalham. Os dados podem ser observados na tabela 6, abaixo.

Tabela 6: Dificuldades enfrentadas no ambiente de trabalho

	Frequentemente	Sempre	Às vezes	Raramente	Nunca	Não respondeu
Falta de espaço físico adequado	12%	12%	47%	6%	18%	6%
Falta de recursos humanos	29%	12%	41%	18%	0%	0%
Falta de recursos materiais	24%	12%	41%	6%	6%	12%
Falta de EPIs	6%	6%	18%	41%	24%	6%
Falta de treinamento	12%	12%	24%	18%	24%	12%
Falta de autonomia	12%	6%	6%	35%	29%	12%
Falta de Planejamento	18%	12%	24%	24%	12%	12%
Barulho Constante	24%	12%	24%	29%	6%	6%
Dificuldades interpessoais	0%	6%	18%	41%	29%	6%

Fonte: Elaboração própria, Pesquisa de Campo, 2022.

A tabela 6 oportuniza a análise de alguns dados relevantes sobre as dificuldades e/ou desafios diários com que os profissionais de serviço social da atenção básica lidam. Ela mostra alguns pontos de encontros e também outros de descompassos nas respostas das assistentes sociais quando comparadas com o gráfico 6.

É importante destacar, em relação ao espaço físico de trabalho, por exemplo, que cerca de 47% das assistentes sociais afirmaram que às vezes precisam lidar com a falta dele. Isso nos faz lembrar a fala da assistente social que relata que em seu local de trabalho a sala do serviço social é, muitas vezes, cedida para o atendimento médico. Contudo,

ressalta-se, ainda, que a escassez de salas de atendimento nas unidades de saúde também corrobora para a precarização de condições de trabalho de assistentes sociais, médicos e outros profissionais, tendo em vista que a sala do Serviço Social precisa ser cedida para atendimento médico. Logo, entende-se que nem mesmo os médicos possuem espaço adequado para trabalhar e precisam compartilhar sala com outros profissionais.

Diante desses dados, reflete-se se há uma infraestrutura em todas as unidades de atenção básica que disponibilizem espaço físico para as diversas profissões com condições suficientes de trabalho e adequadas para o atendimento? Arelada à falta de estrutura física para realizar os atendimentos, tem-se a falta de recursos humanos, nesse sentido 41% das assistentes sociais elencaram que às vezes precisam lidar com a limitação de profissionais para atender os usuários, enquanto 29% afirmaram que essa escassez de profissionais é frequente. A falta de profissionais para atender as situações diárias na atenção básica é algo recorrente, o que corrobora com as dificuldades que a área da saúde vem enfrentando com a falta de contratação de profissionais de saúde, especialmente na saúde no município de Manaus.

Outra questão mencionada na tabela 6 é em relação à autonomia no trabalho. A autonomia do/a assistente social está prevista no Código de Ética profissional e é de grande valia para um bom desempenho das intervenções dos/as assistentes sociais dentro das instituições. É direito do/a assistente social possuir autonomia para desempenhar o seu trabalho. Quanto à falta de autonomia das assistentes sociais nas unidades de saúde, cerca de 35% destacaram que raramente há a falta de autonomia profissional. Mas observa-se que as respostas não foram unânimes. Os dados mostram também que, embora de forma menor, algumas respostas sinalizaram que frequentemente, sempre e às vezes as assistentes sociais lidam com essa falta de autonomia, mostrando necessidade em olhar com cautela os dados apresentados, pois corroboram com as dificuldades enfrentadas pelas assistentes sociais para fazer intervenções adequadas. É fato que os/as assistentes sociais têm direito à autonomia, mas nem sempre conseguem efetivá-la de forma plena, e sendo assim se deparam com a chamada autonomia relativa.

Essa autonomia relativa faz parte da constituição da profissão, tendo em vista as limitações de intervenção profissional dentro dos espaços de trabalho. Ou seja, embora o Serviço Social seja uma profissão liberal no Brasil, Yazbek (2009) ressalta que:

[...] o assistente social não tem se configurado como profissional autônomo no exercício de suas atividades, não dispondo de controle das condições materiais, organizacionais e técnicas para o desempenho do trabalho (p. 11).

O campo de trabalho dos/as assistentes sociais, atualmente, vêm sendo estabelecido através de contratos que demarcam as atividades impostas aos profissionais, corroborando com um caráter não liberal ao exercício profissional (YAZBEK, 2009). Essas condições se expressam através de metas, normas e/ou atribuições das instituições empregadoras, nos quais, muitas vezes, vão na contramão das competências profissionais dos/as assistentes sociais, gerando contradições sobre as atividades que realiza.

Apesar da relativa autonomia dos/as assistentes sociais, os/as profissionais têm possibilidades de ampliar essa autonomia no mercado de trabalho, sobretudo na área da saúde, através da consolidação do seu Projeto Ético-Político. Além disso, as dificuldades e os sofrimentos gerados pela relativa autonomia precisam ser problematizados pelos/as profissionais. As assistentes sociais que trabalham na atenção básica em Manaus, inseridas nesse espaço de correlação de forças entre empregado e empregador, devem analisar criticamente sua postura profissional e lutar coletivamente para que sua autonomia profissional seja respeitada.

Quanto à existência de barulhos constantes no trabalho, estes podem causar uma mistura de sensações entre os profissionais, especialmente em unidades de saúde (lugares que recebem diariamente um grande quantitativo de pessoas que aguardam atendimento). Muitas dessas unidades são pequenas e não têm estrutura física adequada para receber e acolher os usuários (mulheres, idosos e crianças em sua maioria). Trabalhadores que convivem diariamente com um ambiente de trabalho com ruídos acima do recomendado podem desenvolver uma série de problemas de saúde como o estresse, a fadiga, ansiedade, dentre outros distúrbios. Apenas 29% das assistentes sociais afirmaram que raramente convivem com barulho constante, mas é possível identificar nas respostas de outras assistentes sociais que os barulhos nas unidades de saúde são presentes, ou seja, 24% assistentes sociais disseram que o barulho é frequente, enquanto outras 24% destacaram que às vezes tem barulho e 12% que sempre há barulho.

De acordo com Vasconcelos (2004), a estrutura física das instituições de saúde pode desencadear situações de mal-estar para os profissionais que trabalham nesses ambientes, tendo em vista os edifícios, em sua maioria, apresentarem um ambiente frio, muitas vezes, sem alegria e com cheiros, colorações e barulhos que incomodam tanto os usuários como os profissionais da saúde. Isso acaba gerando uma sensação de mal-estar podendo causar irritabilidade, frustrações e variações de humor. O surgimento de desgaste físico e, principalmente, emocional é consequência comum.

Na saúde, o trabalho coletivo é essencial e pode propiciar relações profissionais importantes para o desenvolvimento de ações e serviços com qualidade e que visem o bem-estar daqueles que recebem as intervenções do trabalho em conjunto. No ambiente hospitalar, Almeida, Torres e Santos (2012) afirmam que o trabalho se desenvolve a partir da interação humana, envolvendo dimensões psíquica, social e espiritual do coletivo, por isso o trabalho na área da saúde deve abarcar atividades coletivas marcadamente com integração entre colegas de equipe.

A psicodinâmica do trabalho⁷, estudo científico formulado por Christophe Dejours, propõe uma organização do trabalho, considerando a dimensão coletiva do trabalho. Com isso, para haver prazer no trabalho:

[...] é necessário que a organização ofereça condições ao trabalhador de desenvolver três importantes ações [...]: mobilização de inteligência prática, espaço público de discussão e de cooperação (ACIOLE; PEDRO, 2019, p. 201).

Dessa forma, questionou-se às assistentes sociais sobre a existência de dificuldades interpessoais no trabalho, a este respeito 41% afirmaram que raramente se deparam com impasses em suas relações com outros profissionais da unidade, 29% destacaram que nunca lidam com esses impasses, enquanto 18% elencaram que às vezes precisam lidar com isso.

Observamos certa contradição quanto a esses dados, tendo em vista os impasses que as profissionais vivenciam com outros profissionais quanto à disponibilidade de salas de atendimentos, corroborando, de certa maneira, em dificuldades interpessoais entre os profissionais com a questão de espaços de trabalho nas unidades de saúde. Por isso, importa ressaltar e refletir se as profissionais lidam com dificuldades nas relações com outros profissionais de ter que ceder espaço de atendimento nas UBS/USF, uma vez que essa realidade acaba interferindo de forma prejudicial na dinâmica do trabalho coletivo, não só entre as assistentes sociais, mas com outros profissionais também. Acredita-se que profissionais que convivem cotidianamente em um ambiente de trabalho com relações interpessoais estremecidas, acabam trazendo tensionamentos para o andamento do trabalho coletivo saudável entre os mesmos.

⁷ Objetiva compreender “os aspectos psíquicos e subjetivos que são mobilizados a partir das relações e da organização do trabalho” (HELOANI; LANCMAN, 2004, p. 80).

Outra questão extremamente importante para o desenvolvimento do trabalho na saúde que podemos observar na tabela 6 é o planejamento. Para Baptista (2007):

[...] o planejamento refere-se, ao mesmo tempo, à seleção de atividades necessárias para atender questões determinadas e à otimização de seu inter-relacionamento, levando em conta os condicionantes impostos a cada caso (recursos, prazos e outros); diz respeito, também, à decisão sobre os caminhos a serem percorridos pela ação e às providências necessárias à sua adoção, ao acompanhamento da execução, ao controle, à avaliação e à redefinição da ação (p. 13).

No serviço social, na área da saúde, o planejamento do trabalho profissional é tido como um assunto polêmico. Isso porque o planejamento do serviço social na área da saúde é visto como algo pouco concretizado, principalmente em se tratando de profissionais que trabalham em regime de plantão. Essa realidade corrobora com o pensamento de Vasconcelos (2002) quando destaca que, em muitas unidades de saúde, o plantão não é reconhecido como um “serviço ou uma atividade pensada, planejada, organizada, reduzindo-se a ações isoladas desenvolvidas pelo assistente social para ‘resolver problemas do usuário’” (p. 168). Sobre a dificuldade para fazer o planejamento do trabalho profissional, as respostas das assistentes sociais foram bem controversas, 24% das assistentes sociais afirmaram que raramente têm dificuldade para o fazer o planejamento e 24% disseram que frequentemente têm dificuldade, apenas 12% informaram que sempre têm dificuldade.

Barroco (2021), ao entrevistar um profissional de serviço social de uma unidade de saúde da média complexidade, observou que em uma das falas o profissional em tom de crítica afirmou que existe a falta de planejamento dentro da equipe de saúde, tornando o trabalho algo técnico e rotineiro. Embora o depoimento seja do cotidiano profissional de uma unidade de saúde de média complexidade, o mesmo é bem próximo da realidade diária dos profissionais que trabalham nas unidades de atenção básica de saúde.

Ressalta-se que as assistentes sociais, participantes da pesquisa, não deixam claro se possuem um plano de trabalho ou como ocorre o planejamento de suas ações. Os dados sobre as dificuldades de planejamento no trabalho, observados na tabela 6, são preocupantes, tendo em vista a importância do planejamento no trabalho do/a assistente social em qualquer área de trabalho. Na saúde, se não há clareza nem tampouco desenvolvimento do plano de trabalho e reflexão de suas ações, as possibilidades de intervenções profissionais se esvaziam de sentido. Por isso, planejar mostra-se como uma ferramenta crucial para pensar, agir, refletir, definir objetivos e estratégias de

enfrentamento das requisições de demandas que se apresentam no cotidiano de trabalho dos/as assistentes sociais.

Segurança e saúde no ambiente de trabalho caminham juntas. A segurança do trabalhador na legislação brasileira adota normas e procedimentos que visam proteger trabalhadores contra doenças ocupacionais e acidentes de trabalho⁸. Todavia, a segurança do trabalhador na saúde não se resume à proteção e prevenção contra vírus e bactérias e/ou adoecimentos mais diversos, mas também inclui questões de segurança pública e urbana. Observa-se no gráfico 6 que apenas 12% das assistentes sociais afirmou que o seu local de trabalho dispõe de segurança contra a violência urbana. É um dado preocupante, uma vez que nos últimos anos há constantes relatos de usuários e de profissionais sobre assaltos e furtos em UBS em Manaus. Uma das assistentes sociais relata que na unidade que trabalha não há aparelhos condicionares de ar: “na atualidade não contamos com refrigeração, pois tivemos furtos na Unidade” (Assistente Social nº 8, pesquisa de campo, 2022).

De acordo com o *site* de notícias BNC Amazonas, frequentemente, há registros de falta de segurança nas UBS e de que a Prefeitura de Manaus é obrigada a interromper atendimento em suas unidades por conta de ação de assaltantes. No ano de 2022, de janeiro a julho, foram noticiadas cerca de 8 ocorrências de assaltos e/ou roubos em unidades de saúde incluindo unidades de pronto atendimento e policlínicas (BNC AMAZONAS, 2022). Nota-se que as UBS se tornam locais cada vez mais vulneráveis e alvos de criminosos, que rendem pacientes e funcionários levando pertences pessoais e materiais da própria unidade.

A violência é uma dura realidade que aflige toda a sociedade atualmente, seja nos espaços públicos, dentro dos lares e, também, nos ambientes de trabalho. Concolato (2018) destaca que a violência está dentro e fora do trabalho, e tem se tornado um dos elementos que vem minando as relações de trabalho. A autora acredita que a violência urbana tem migrado para dentro do ambiente laboral e à medida que esse tipo de violência ocorre durante e no local de trabalho, os ambientes de trabalho sofrem os impactos.

Assim, a falta de segurança pública nas unidades de saúde, por exemplo, traz consequências negativas para a segurança do trabalhador, tendo em vista os riscos à sua

⁸ De acordo com a Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991, art. 19, acidente do trabalho é o que ocorre pelo exercício do trabalho a serviço de empresa ou de empregador doméstico ou pelo exercício do trabalho dos segurados referidos no inciso VII do art. 11 desta Lei, provocando lesão corporal ou perturbação funcional que cause a morte ou a perda ou redução, permanente ou temporária, da capacidade para o trabalho.

integridade física e mental. Os trabalhadores se sentem desamparados e, para Concolato (2018), acabam banalizando o próprio sofrimento como estratégia defensiva para se proteger dessa condição.

Apesar das dificuldades quanto ao ambiente de trabalho, considerando, também, a falta de segurança contra a violência urbana nas unidades de saúde, durante a pesquisa, observa-se, por outro lado, como as assistentes sociais estão satisfeitas com o ambiente em que trabalham. Tal fato merece nossa reflexão, sobretudo, porque em princípio, pode parecer algo absurdamente contraditório. Contudo, esse nível de satisfação das assistentes sociais pode ser analisado sob o ponto de vista de que as profissionais estão inseridas em uma instituição pública de saúde, na qual a maioria adentrou por meio de concurso público e gozam de benefícios trabalhistas que possibilitam às profissionais a sensação de bem-estar na vida profissional e pessoal, tendo em vista a estabilidade e a remuneração salarial acima da média. Assim, vale registrar que 88,2% das assistentes sociais, ou seja, a ampla maioria, afirmaram ter uma renda mensal de 6 ou mais salários-mínimos.

Por outro lado, tem-se a satisfação por compaixão, uma vez que o trabalho em saúde pode despertar nos profissionais o sentimento de cuidar e fazer o bem ao próximo. De acordo com Batalha et. al (2020), a satisfação por compaixão:

[...] refere-se ao prazer que o trabalhador sente ao realizar o seu trabalho, estando relacionada a poder ajudar os outros, ao sentir-se positivamente em relação aos seus colegas e por sua capacidade de contribuir para o ambiente de trabalho ou até mesmo para o bem maior da sociedade (p. 26).

A satisfação com o ambiente de trabalho é importante para que o/a profissional se sinta motivado/a a realizar suas atividades dentro de um local agradável e que proporcione um estado emocional positivo para os trabalhadores. Marqueze e Moreno (2005) afirmam que há diversas concepções⁹ de satisfação no trabalho. A satisfação no trabalho e as suas consequências para a saúde do trabalhador nem sempre são evidentes. Dessa maneira, os autores observaram as concepções de satisfação no trabalho de algumas literaturas pesquisadas, como a concepção dada por Locke (1969).

Locke (1969) define satisfação no trabalho como o resultado da avaliação que o trabalhador tem sobre o seu trabalho ou a realização de seus valores por meio dessa atividade, sendo uma emoção positiva de bem-estar. Vale ressaltar que

⁹ De acordo com os autores, as concepções de satisfação no trabalho mais aceitas e divulgadas no meio científico são aquelas que consideram a importância dos aspectos psicossociais no trabalho, na qual determinados acontecimentos no ambiente de trabalho corroboram com a satisfação no trabalho, reforçando a teoria de Locke desenvolvida no final da década de 60.

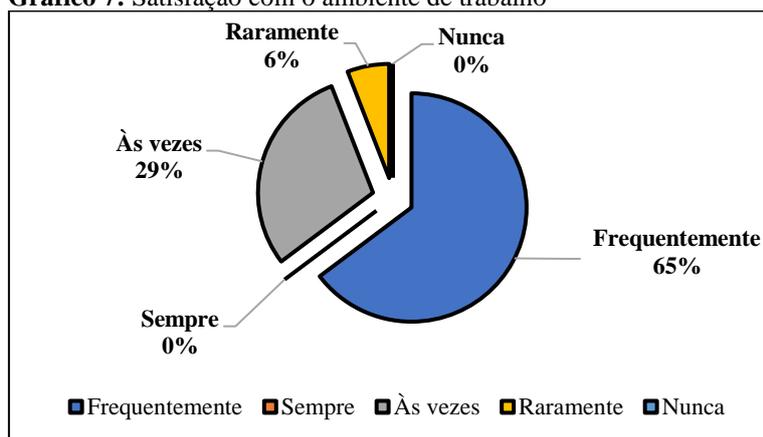
esse autor difere dos valores de necessidades, em que necessidades se referem à sobrevivência e ao bem-estar do indivíduo, sendo essas inatas e comuns a todos, e os valores são diferentes de pessoa para pessoa, pois vai ao encontro do que o indivíduo deseja ou percebe como benefício [...] segundo Locke (1969, 1976) a satisfação no trabalho é um estado emocional, porque a emoção deriva da avaliação dos valores do indivíduo e por tratar-se de um estado emocional, a satisfação possui dois fenômenos: o de alegria (satisfação) e o de sofrimento, desprazer (insatisfação) (LOCKE, 1969, 1976 *apud* MARQUEZE e MORENO, 2005, p. 70-71).

Os autores incrementam que:

O processo de satisfação no trabalho resulta da complexa e dinâmica interação das condições gerais da vida, das relações de trabalho, do processo de trabalho e do controle que os próprios trabalhadores possuem sobre suas condições de vida e trabalho. A satisfação pode ser, por conseguinte, fonte de saúde, bem como a insatisfação pode gerar prejuízos à saúde física, mental e social, acarretando problemas à organização e ao ambiente de trabalho (MARQUEZE e MORENO, 2005, p. 77)

Na saúde, a satisfação no trabalho precisa ser observada com maior delicadeza, tendo em vista que o ambiente hospitalar e ambulatorial, por exemplo, gera muitos desconfortos e pressões nos profissionais que precisam lidar com diversos tipos de situações que envolvem a saúde da população. Quando foi questionado às assistentes sociais sobre a satisfação com o seu ambiente de trabalho, verificou-se que a ampla maioria se sente frequentemente satisfeita, como podemos observar no gráfico 7.

Gráfico 7: Satisfação com o ambiente de trabalho



Fonte: Pesquisa de campo (2022)

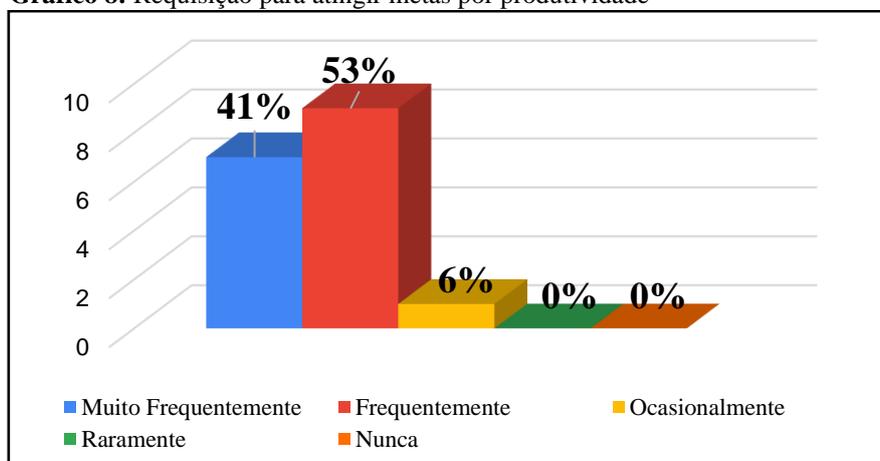
Os dados observados no gráfico 7, sugere que, apesar das assistentes sociais elencarem inseguranças e dificuldades envolvendo seu ambiente de trabalho, as mesmas têm o sentimento de satisfação no trabalho quando reconhecem que seu dever foi cumprido, ou seja, a satisfação por compaixão. Mas é importante refletir que os resultados

também podem sugerir certa estratégia ou autodefesa das profissionais para camuflar os sofrimentos vividos no ambiente de trabalho (como observados nos dados da tabela 6 sobre as dificuldades enfrentadas no trabalho).

Todavia, chama atenção o fato de nenhuma das profissionais mencionarem que sempre se sente satisfeita. Esse dado, certamente, tem relação com as dificuldades vivenciadas no cotidiano de trabalho, que vimos anteriormente. Observou-se ao longo desta pesquisa que o trabalho do/a assistente social na sociedade atual tem sofrido as inflexões da reestruturação produtiva, ou seja, há predominância dos processos de superexploração e intensificação do trabalho, a exemplo das requisições para o alcance de metas e de produtividade cada vez maiores.

O gráfico 8 mostra que a maioria, ou seja, 53% das assistentes sociais relataram que frequentemente são requisitadas pela instituição para o cumprimento de metas de produtividade, enquanto 41% das assistentes sociais afirmaram que isso acontece muito frequentemente e apenas 6% destacaram que ocasionalmente recebem esse tipo de requisição.

Gráfico 8: Requisição para atingir metas por produtividade



Fonte: Pesquisa de campo (2022)

Uma das assistentes sociais nos revelou um pouco da realidade dos servidores da saúde em Manaus a respeito das exigências quanto à produtividade e à falta de valorização profissional.

Infelizmente os trabalhadores da saúde tanto do Estado quanto do município são desvalorizados. **Se cobra muita produtividade, indicadores, dentre outras coisas, porém, retorno e valorização é zero.** É assim no Estado do Amazonas, principalmente se tratando dos assistentes sociais e de outros

profissionais de saúde (Assistente Social nº 3, Pesquisa de Campo, 2022, grifos nossos)

O relato da assistente social nos faz retomar a reflexão de quais os rumos que as precárias relações de trabalho e de gestão dos serviços públicos no contexto de contrarreforma do Estado impactam na vida da classe trabalhadora. O testemunho concedido pela assistente social mostra como os trabalhadores têm observado a maneira como o estado e o município tratam os profissionais da saúde, embora os dados da pesquisa evidenciem um quantitativo positivo de satisfação no ambiente de trabalho. A fala da assistente social mostra que há profissionais insatisfeitos com as cobranças e desvalorização na área da saúde. O excesso de cobrança por produtividade e para o alcance de metas acaba tornando o local de trabalho um ambiente desconfortável para os trabalhadores e propício ao adoecimento.

As dificuldades evidenciadas ao longo dessa pesquisa revelam algumas das particularidades das condições de trabalho vividas pelas assistentes sociais, com todas as suas contradições. Contudo, reafirma-se que o trabalho é uma categoria central para a compreensão da sociedade capitalista de produção. Nos tempos atuais, a condição de vida dos trabalhadores tem se mostrado cada vez mais desafiadora com a entrada das novas tecnologias, com o aumento da competitividade e com a cobrança de metas excessivas.

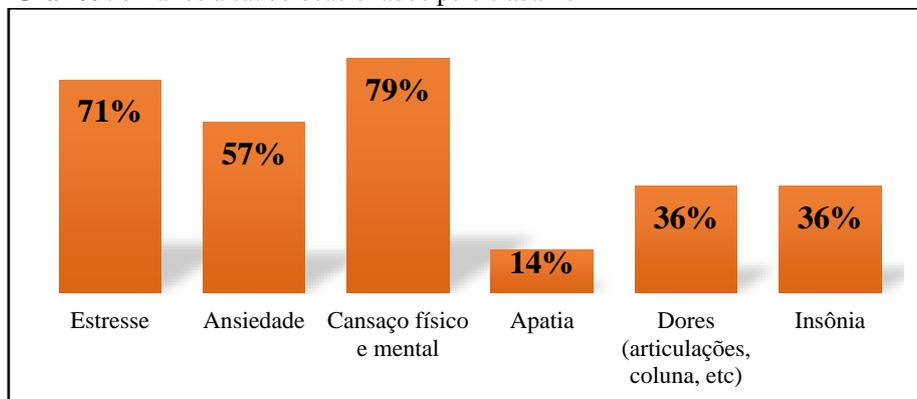
Quando perguntado às assistentes sociais se o trabalho tem afetado sua saúde, 82%, ou seja, a maioria afirmou que o trabalho tem afetado de alguma forma sua saúde mental ou física, enquanto apenas 18% das profissionais disseram que o trabalho não tem afetado sua saúde. É inegável, de acordo com os dados, que o trabalho tem afetado a saúde da maioria das assistentes sociais.

Todavia, ao passo que a maioria das profissionais afirma que o trabalho tem afetado sua saúde, as mesmas frequentemente se sentem satisfeitas com o seu ambiente de trabalho (como foi possível observar no gráfico 7). Se a maioria das profissionais tem sua saúde afetada pelo trabalho, onde está a satisfação? Essas contradições nos resultados da pesquisa podem ser analisadas por meio do contexto alienante que muitos profissionais vivenciam no trabalho. Sugere-se, também, haver um processo de naturalização do adoecimento.

De toda forma, é importante destacar o gráfico 9, no qual revela de que forma o trabalho tem afetado mais diretamente a saúde das assistentes sociais, sendo o cansaço físico e mental (79%), o estresse (71%) e a ansiedade (57%) as consequências mais citadas. Sabendo-se que o estresse e a ansiedade são resultantes do acúmulo de tensões,

sensações ou sentimentos que atingem a mentalidade das pessoas, verifica-se, então, que problemas de saúde mental são os mais sentidos pelas profissionais.

Gráfico 9: Danos à saúde ocasionados pelo trabalho



Fonte: Pesquisa de campo (2022)

Como se observa no gráfico 9, os adoecimentos emocionais têm se mostrado como grandes vilões das assistentes sociais, oriundos do seu ambiente de trabalho. Uma assistente social expôs que, além dos problemas mencionados no gráfico, o trabalho vem afetando sua saúde pela “perseguição e assédio constante” (Assistente Social nº 3, pesquisa de campo, 2022).

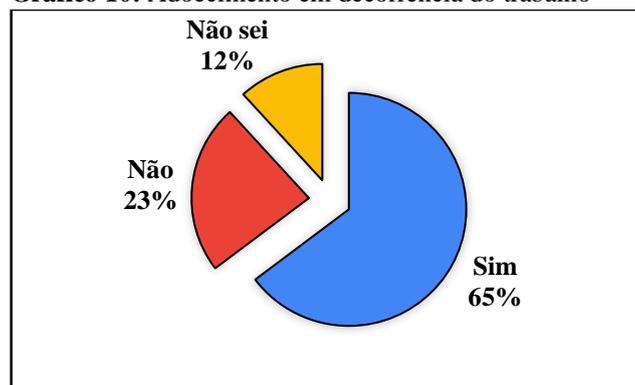
De acordo com a Secretaria da Previdência, no Brasil, a depressão é a principal causa de pagamento de auxílio-doença aos trabalhadores brasileiros que não está relacionado a acidente de trabalho (30,67%), enquanto 17,9% são de transtornos ansiosos. No Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) do Ministério da Saúde, de 2007 a 2018 foram notificados 10.237 casos de transtornos mentais relacionados ao trabalho no país, considerando o conjunto dos trabalhadores formais (TRIBUNAL SUPERIOR DO TRABALHO, 2021)

Segundo o Comitê Gestor do Programa Trabalho Seguro da Justiça do Trabalho, as principais causas para o surgimento e a intensificação de adoecimento mental no ambiente de trabalho são: exposição ao assédio moral e sexual, jornadas de trabalho exaustivas, atividades estressantes, situações traumáticas, perseguição de gestores, bem como cobranças por metas abusivas. No cenário pandêmico, essas causas foram expandidas e acrescidas de mudanças no ambiente de trabalho, em decorrência da expansão do *home office* e do teletrabalho, os quais têm imputado gatilhos para a sobrecarga de trabalho, especialmente, na área da saúde. Por outro lado, para alguns profissionais tem a questão da inviabilidade do *home office* e a exigência de trabalho na linha de frente ao combate

ao coronavírus, o que contribuiu, por vezes, para o adoecimento físico e também mental dos profissionais (TRIBUNAL SUPERIOR DO TRABALHO, 2021).

A ampla maioria das assistentes sociais, isto é, 65% afirmaram terem adoecido por conta do trabalho, somente de 23% disseram não ter adoecido e 12% destacaram que não sabem se já adoeceram pelo trabalho, como podemos observar no gráfico 10.

Gráfico 10: Adoecimento em decorrência do trabalho



Fonte: Pesquisa de campo (2022)

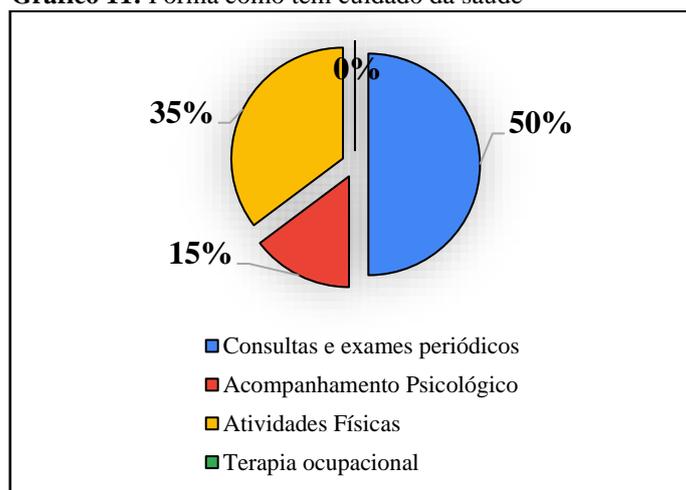
Das 65% que relataram ter adoecido pelo seu trabalho, 45% afirmaram que adoeceram apenas fisicamente, 22% destacaram que foi apenas mentalmente e 33% mencionaram que adoeceram tanto física como mentalmente. Assunção (2011) afirma que trabalhar em saúde pode sugerir duas vias: a da autorrealização e da construção de identidades, tendo em vista o objetivo em prestar assistência aquele que requer cuidado. Contudo, há sinais de insatisfações ligados aos indicadores de adoecimentos dos diversos profissionais da saúde. Esses adoecimentos, tanto físico como mental, podem ser provocados por diferentes motivos, sejam eles associados à rotina de trabalho, às relações sociais, bem como da grande pressão que as instituições empregadoras depositam nos trabalhadores.

Uma das assistentes sociais destacou que já adoeceu pelo trabalho tendo em vista a excessiva pressão pela produtividade, ela expressou: “falta de respeito quanto ao direcionamento de demandas e de atividades sem respeitar um prazo mínimo de planejamento” (Assistente Social nº 8, pesquisa de campo, 2022). Essa fala nos faz refletir sobre as formas como as profissionais têm adoecido por conta do trabalho. Percebemos que as dificuldades de conduzir o trabalho e a maneira como são requisitadas atividades, sem qualquer direcionamento claro, gera um desgaste emocional para a assistente social. Observa-se que a falta de um planejamento sem dar condições de execução acaba

afetando tanto a saúde física como a saúde mental da profissional. Além disso, a fala da assistente social sugere que trabalho tem se resumido a constante requisição na busca de metas e de produtividade, pois ao passo que a profissional é direcionada a responder demandas e atividades imediatas (sem respeitar o plano de trabalho), a mesma não consegue cumprir o seu objetivo profissional dentro da unidade de saúde, corroborando com processos de trabalho alienantes propícios ao adoecimento.

Questionou-se às assistentes sociais como elas têm cuidado da saúde face às problemáticas que precisam vivenciar no ambiente de trabalho. De acordo com o gráfico 11, 50% destacaram que consultas e exames periódicos são as formas como buscam a prevenção e o cuidado com a saúde, enquanto 35% destacaram que procuram realizar algum tipo de atividades físicas, bem como 15% assinalaram que buscam o acompanhamento psicológico. Os dados mostram que nenhuma assistente social realiza algum tipo de terapia ocupacional como forma de cuidado com a saúde mental.

Gráfico 11: Forma como tem cuidado da saúde



Fonte: Pesquisa de campo (2022)

Estes dados nos fazem refletir sobre como os trabalhadores têm cuidado da saúde, tendo em vista os adoecimentos advindos do ambiente de trabalho nas unidades de saúde. A pesquisa nos revelou que existem assistentes sociais que já adoeceram ou ainda estão adoecidas emocionalmente por conta do seu ambiente de trabalho, especialmente após o cenário de crise sanitária ocasionado pela pandemia da covid-19. Contudo, a procura por acompanhamento de saúde mental tem sido mínima entre as profissionais.

Observa-se que consultas e exames de rotina ainda prevalecem como a principal forma de prevenção e tratamento de patologias e o tema saúde mental é algo pouco explorado e tratado entre os trabalhadores.

O cenário atual é de desconstrução dos direitos da classe trabalhadora, provocando mudanças na vida desses trabalhadores. O ambiente de trabalho vem propiciando uma experiência um tanto quando desafiadora. Não há como realizar um trabalho de qualidade se profissionais não têm saúde física e nem mental para lidar com as requisições do cotidiano profissional, especialmente para aqueles que tem atuado na área da saúde em tempos de pandemia.

3.2 O trabalho profissional em tempos de pandemia: principais desafios

A pandemia da Covid-19 potencializou e tornou cada vez mais desafiador o trabalho na área da saúde. O cenário pandêmico intensificou as expressões da questão social e as desigualdades sociais no país. Os desafios postos ao trabalho do/a assistente social aumentaram diante da crise sanitária instalada no país em meados de 2020.

Matos (2020) sinaliza que a pandemia da covid-19 chegou ao Brasil para escancarar a histórica desigualdade social e os anos de subfinanciamento do SUS. O contexto de crise sanitária e o crescimento avassalador da pandemia do coronavírus colocou os/as assistentes sociais diante de uma realidade ainda mais caótica, marcada pelo colapso dos serviços de saúde, ampliação do desemprego, aprofundamento da precarização das relações de trabalho e agudização da crise econômica.

Na área da saúde, diversos profissionais foram convocados para atuar na linha de frente no combate à Covid-19, dentre os quais, estão médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, fisioterapeutas e assistentes sociais. Cabe ressaltar que o artigo 3 do código de ética do/a assistente social prevê que é dever do assistente social “participar de programas de socorro à população em situação de calamidade pública, no atendimento e defesa de seus interesses e necessidades” (CFESS, 2012). A pandemia é uma dessas situações.

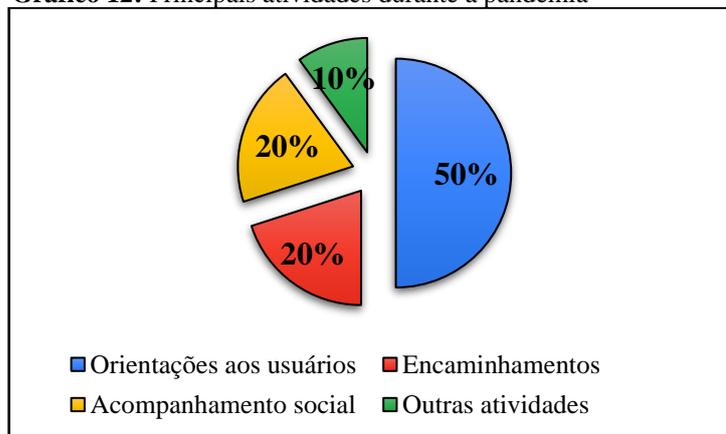
No Amazonas, estado no qual a pesquisa foi desenvolvida, o Conselho Regional de Serviço Social 15ª Região (CRESS/AM) divulgou a Nota de Orientação nº 04, em abril de 2020, voltada para os/as assistentes sociais em exercício profissional na Política de Saúde em tempos de pandemia da covid-19. A orientação traz a necessidade de a categoria profissional seguir os protocolos de saúde emitidos pelos órgãos e autoridades sanitárias

quanto à segurança no trabalho e às medidas de proteção à saúde, como o uso dos EPIs, por exemplo. A nota ainda orienta que os/as assistentes sociais, através da sua autonomia e competência profissional, estabeleçam estratégias de execução para seu trabalho.

Para Soares, Correia e Santos (2020), dois grandes pontos de inflexão foram postos ao trabalho dos/as assistentes sociais na política de saúde: o primeiro desafio é associado diretamente a sua condição de trabalhador e o segundo se relaciona ao papel dos/as assistentes sociais na política de saúde, às demandas e atribuições que são requisitadas aos profissionais.

Durante a pesquisa, questionou-se as assistentes sociais sobre quais foram as principais atividades realizadas durante o contexto pandêmico nas unidades de saúde. Conforme mostra o gráfico 12, 50% das assistentes sociais prestaram orientações aos usuários nas UBS, como orientações socioassistenciais, trabalhista e/ou previdenciária. As outras atividades mencionadas foram os encaminhamentos e o acompanhamento social.

Gráfico 12: Principais atividades durante a pandemia



Fonte: Pesquisa de Campo, 2022

Nota-se ainda que 10% informaram haver outras atividades, as quais podem ser mais bem compreendidas a partir deste depoimento: “atendimento de porta de entrada, acolhimento aos usuários em geral, prestando orientações e esclarecimentos de forma a direcioná-los quanto à rede de atenção à saúde” (Assistente Social nº 8, Pesquisa de Campo, 2022). Vale considerar que o contexto caótico causou pânico e desespero na população, o que demandou uma grande quantidade de usuários em busca de atendimento nas UBS. Nesse movimento, os usuários buscavam informação com os assistentes sociais.

Os/as assistentes sociais foram desafiados a lidar com um conjunto de situações novas. De acordo com Pereira e Sasaki (2020), as demandas assumem novas

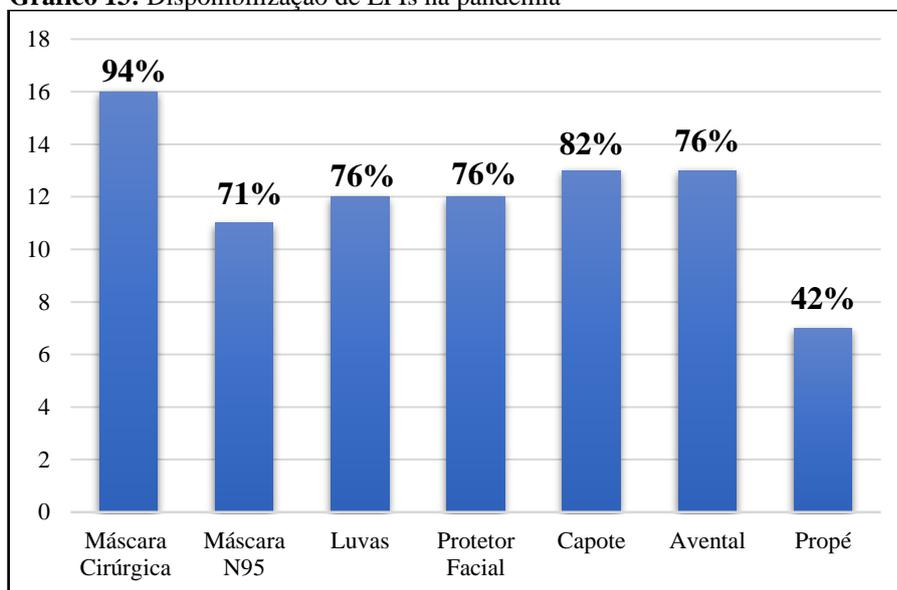
características, tais como: o medo da doença, a perda de amigos e parentes de forma tão repentina, funeral sem velório e cortejo, a alta nos casos de adoecimento mental, dentre outras demandas que já eram conhecidas.

Pinheiro, Barroco e Santos (2021) destacam que os trabalhadores da saúde, entre eles, os/as assistentes sociais colocaram diariamente suas vidas e a vida de seus familiares em risco no combate à covid-19, sendo que a conjuntura pandêmica foi a causa de muitos adoecimentos e óbitos desses trabalhadores.

Dessa forma, na pandemia, os profissionais assistentes sociais que trabalham na área da saúde passaram a conviver com o risco eminente da contaminação e da morte, além das situações inusitadas durante a rotina de trabalho, principalmente relacionadas aos familiares que procuram o setor de Serviço Social para buscar notícias de parentes internados. Toda essa rotina de incertezas, medos, angústias, pressão acabam gerando uma sobrecarga física e emocional nos assistentes sociais.

Uma grande mudança na rotina e na segurança do trabalhador na pandemia foi o uso obrigatório e correto de EPIs. Observa-se no gráfico 13 os principais EPIs disponibilizados pelas UBS aos profissionais na proteção contra o contágio do vírus da covid-19.

Gráfico 13: Disponibilização de EPIs na pandemia



Fonte: Pesquisa de Campo, 2022

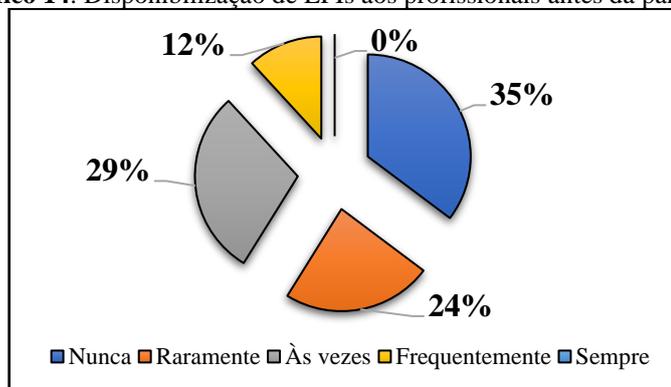
O gráfico deixa explícito que os EPIs mais disponibilizados e utilizados foram a máscara cirúrgica (94%) seguido de capote (82%), de acordo com as informações prestadas pelas assistentes sociais. O propé (42%) foi o menos disponibilizado. Além

desses EPIs, uma das assistentes sociais mencionou que na unidade de saúde em que atua também foram disponibilizados óculos de proteção.

Entende-se que a máscara foi a mais destacada pelas profissionais tendo em vista este EPI ser um dos principais protetores respiratórios para a prevenção e para o atendimento de pessoas com casos suspeitos ou confirmados de covid-19 no trabalho. Além disso, a máscara é capaz de filtrar grande parte de partículas do vírus da covid-19. Logo, vê-se a importância do uso de máscara por parte das profissionais nas unidades de saúde, uma vez que é um item essencial para combater a transmissão do vírus entre pessoas.

Em relação à frequência com que esses EPIs eram disponibilizados nas UBS antes da pandemia para os/as assistentes sociais, 35% afirmaram que nunca tiveram à disposição os EPIs, enquanto 29% destacaram que às vezes eram disponibilizados e 24% elencaram que raramente os EPIs estavam disponíveis para profissionais de serviço social e 12% alegaram que frequentemente os EPIs estavam disponíveis, como mostra o gráfico 14.

Gráfico 14: Disponibilização de EPIs aos profissionais antes da pandemia



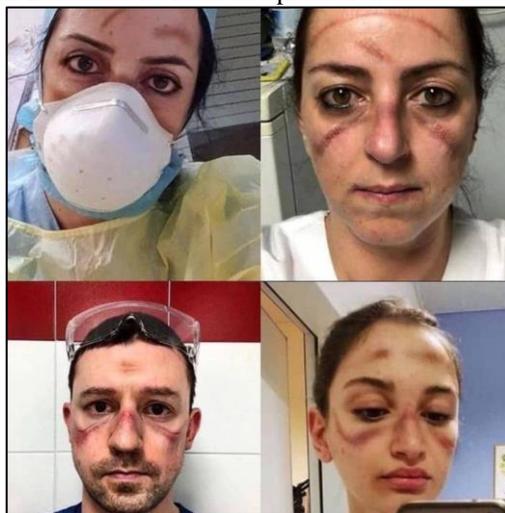
Fonte: Pesquisa de Campo, 2022

Observa-se nos dados acima que os EPIs nem sempre eram disponibilizados às assistentes sociais, conseqüentemente, o seu uso na rotina de trabalho era raro. Mas é importante destacar que o uso de EPIs na área da saúde, especialmente para os profissionais que trabalham na assistência direta ao paciente, como os da medicina e da enfermagem sempre fez parte da rotina, como medida de segurança desses profissionais durante atendimentos e procedimentos em hospitais e em serviços de pronto atendimento. A disponibilização de EPIs e a obrigatoriedade do uso pelos/as assistentes sociais foi algo

que se tornou mais evidente e, de certa forma, inovador durante a pandemia da covid-19, conforme pudemos observar durante a pesquisa.

O uso da máscara foi uma medida de segurança essencial para todos os profissionais da linha de frente no combate à covid19, entre estes os assistentes sociais. Durante toda a jornada de trabalho, os profissionais precisavam usar esses equipamentos para se protegerem contra o vírus. O medo e insegurança do ambiente de trabalho contaminado fizeram com que muitos profissionais usassem 2 ou 3 máscaras de proteção ao mesmo tempo, machucando e causando ferimentos na pele e no rosto. A imagem abaixo, embora não seja de assistentes sociais, revela e representa o resultado das longas jornadas de trabalho dos profissionais da saúde com equipamentos de proteção.

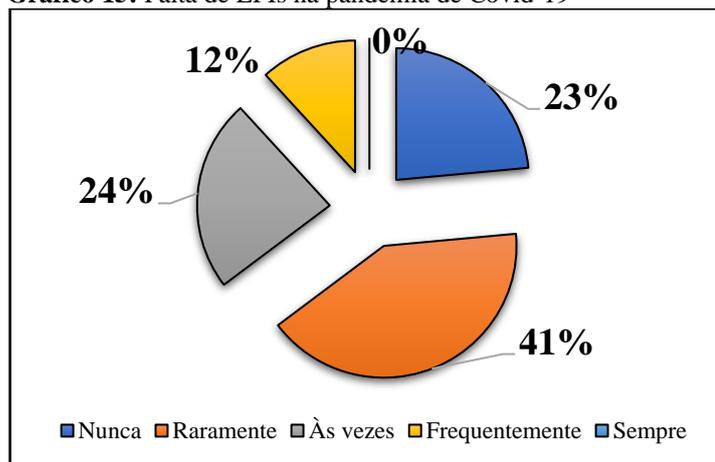
Imagem 1: Marcas no rosto dos profissionais devido aos EPIs



Fonte: Folha de São Paulo, 2020

Observa-se que os equipamentos de proteção em uso contínuo também podem machucar a pele, sobretudo se considerarmos o cenário de guerra dentro das unidades de saúde, marcado, dentre outras coisas, por jornadas de trabalho extensas e exaustivas que os profissionais tinham que passar. Essa realidade também foi a mesma para os/as assistentes sociais que estiveram na linha de frente da covid-19.

Durante o surto pandêmico, houve o aumento da demanda por EPIs. Em relação à falta desses equipamentos de segurança do trabalhador nas UBS, 41% das entrevistadas relataram que raramente isso ocorreu, enquanto 24% das assistentes sociais destacaram que às vezes faltou EPIs, apenas 23% informaram que nunca faltou, como observado no gráfico 15.

Gráfico 15: Falta de EPIs na pandemia de Covid-19

Fonte: Pesquisa de Campo, 2022

Durante a pesquisa, verificou-se que houve contingenciamento dos equipamentos de segurança, tendo em vista o grande risco de escassez. As assistentes sociais relataram que, em alguns momentos, adquiriam os EPIs com seus próprios recursos para utilizar no trabalho. Uma assistente social disse que “a maioria comprava EPIs como máscara N95 e protetor facial” (Assistente Social nº 7, Pesquisa de Campo, 2022). Outra assistente social relatou que “normalmente não falta EPIs, o que ocorre é uma certa redução e controle dos mesmos” (Assistente Social nº 2, Pesquisa de Campo, 2022). Uma outra assistente social declarou que “em alguns momentos precisamos realizar atendimento com o que temos” (Assistente Social nº 16, Pesquisa de Campo, 2022).

Observa-se nesses depoimentos que as assistentes sociais, além de precisarem trabalhar dentro de um contexto extremamente desafiador, colocando em risco sua própria saúde, muitas vezes tinham que assumir os custos dos recursos necessários para realizar o seu trabalho, ou seja, se responsabilizavam pelas suas próprias condições materiais de trabalho.

Lidar com a falta ou até mesmo com o contingenciamento de EPIs na pandemia foi uma realidade sentida por grande parte dos/as assistentes sociais na área da saúde, não somente da atenção básica, mas da média e alta complexidade. Soares, Correia e Santos (2020) afirmam que a escassez na disponibilização de EPIs foi ponto de tensionamento especialmente na fase inicial do enfrentamento da pandemia em diversos serviços e, por isso, acabou provocando uma tendência de reduzir e negar o uso de EPIs para aqueles profissionais que não estivessem em contato direto com pacientes adoecidos pela covid-19.

Outro relato de uma assistente social que atua em um Serviço de Pronto Atendimento – SPA e em USF mostra que há certa limitação de EPIs entre os profissionais, dando maior prioridade para médicos e enfermeiros.

eu tenho dois vínculos de trabalho, um em Serviço de Pronto Atendimento – SPA e uma Unidade de Saúde da Família – USF. No SPA, eles sempre disponibilizavam EPIs a todos os trabalhadores, enquanto na USF a preocupação maior era com médicos e enfermeiros, sempre disponibilizavam somente gorros e máscaras cirúrgicas [...] (Assistente Social nº 7, Pesquisa de Campo, 2022)

O relato mostra um dos tensionamentos vividos pelos/as assistente social durante o contexto pandêmico que, conseqüentemente, trouxe e traz impactos para suas condições de trabalho e saúde. Isso porque a circulação do vírus se dá em diversos espaços das unidades de saúde, tanto no seu interior quanto no seu entorno. Assim, como os/as assistentes sociais também atendem diretamente os usuários com covid-19, além dos seus familiares, o uso dos EPIs por parte dos/as assistentes sociais é fundamental (SOARES; CORREIA; SANTOS, 2020).

As articulações profissionais durante a pandemia foram importantíssimas para que situações como essas fossem expostas e o direito de condições de trabalho adequadas para os/as assistentes sociais fossem cumpridas. Soares, Correia e Santos (2020) elencaram que o diálogo com a categoria profissional e com o conjunto CFESS/CRESS possibilitou a criação de canais de comunicação *online* pelo CRESS para que os profissionais pudessem realizar denúncias de violação de direitos e se mobilizassem quanto à garantia do acesso aos EPIs, culminando no Parecer Jurídico do CFESS n.º 05/2020-E¹⁰.

Além da importância do uso de EPIs nos atendimentos dentro das unidades de saúde, o treinamento da equipe também fez parte do preparo dos profissionais para lidar com os casos de covid-19, uma vez que é uma doença infectocontagiosa de grande potencial de contaminação. Assim, foi questionado às assistentes sociais se elas receberam algum tipo de treinamento específico para esses riscos; nesse quesito, 76% afirmaram que houve treinamento, porém, 24% relataram não ter tido treinamento. As assistentes sociais relataram que os treinamentos foram feitos de forma virtual envolvendo cursos com vídeos aulas e conferências. Outras assistentes sociais afirmaram

¹⁰ Este parecer jurídico do CFESS traz como assunto as denúncias de ausência de Equipamentos de Proteção Individual – EPI para os/as assistentes sociais e as medidas cabíveis.

que uma parte do treinamento foi feita presencialmente na própria unidade de saúde e outra parte *online* com as equipes dos Distritos de Saúde.

Observou-se durante a pesquisa por meio dos relatos de algumas assistentes sociais que o treinamento oferecido em algumas unidades não obteve um direcionamento adequado, sendo algo bem vago. Uma assistente social disse que o treinamento ocorreu “após o início dos casos, de forma bem superficial” (Assistente Social nº 9, Pesquisa de Campo, 2022). Outra assistente social relata que o treinamento foi feito “na própria unidade, por uma médica” (Assistente Social nº 12, Pesquisa de Campo, 2022).

O conteúdo desse treinamento em forma de cursos se voltou para algumas temáticas envolvendo os riscos da covid-19, o uso de EPIs, dentre outros, como podemos observar nas falas a seguir:

Orientação quanto ao ordenamento, classificação de risco, distanciamento social e acolhimento (Assistente Social nº 16, Pesquisa de Campo, 2022)

A prefeitura em conjunto com a Escola de Saúde Pública de Manaus (ESAP) realizaram vídeo aulas sobre várias temáticas, dando ênfase à questão da Covid-19 e o uso adequado dos Equipamentos de Segurança do Trabalho (Assistente Social nº 2, Pesquisa de Campo, 2022)

O treinamento dado aos profissionais da saúde no enfrentamento do vírus da covid-19 e de como se proteger foram e ainda são essenciais nas unidades de saúde. Matos (2020) afirma que o contexto de pandemia urgiu a necessidade dos/as assistentes sociais mudarem a forma de organização do trabalho ampliando as estratégias de intervenção profissional nos serviços de saúde. Dentre as ações que são pertinentes ao trabalho profissional na política de saúde e que precisam de reflexão coletiva, especialmente no trabalho na pandemia, dizem respeito:

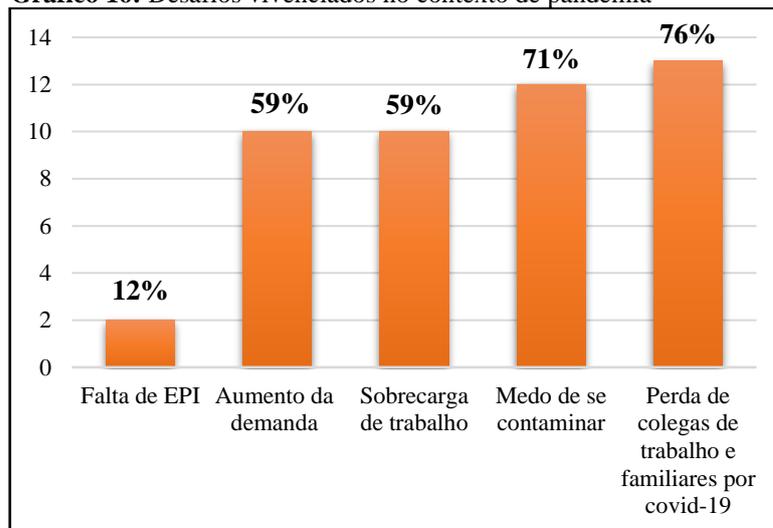
[..] a identificação dos aspectos econômicos, políticos, culturais, sociais que atravessam o processo saúde-doença para assim mobilizar para o seu enfrentamento, articulado a uma prática educativa (MATOS, 2020, p. 3).

Com isso, Matos (2020) reafirma que estar conectado com o objetivo do serviço social é a bússola para que os/as assistentes sociais apreendam o que podem e como podem contribuir no cenário atual de pandemia, estando sempre atentos às situações de que têm competência.

Contudo, o agir profissional nesse cenário enfrenta situações complexas e contraditórias. Os desafios postos ao trabalho das assistentes sociais nas UBS são

inevitáveis no cenário de emergência atual, tendo em vista os problemas que o sistema público de saúde já vinha enfrentando no que se refere à qualidade do atendimento e à oferta deficitária de serviços de saúde. Os diversos desafios que já existiam na dinâmica do trabalho dos/as assistentes sociais foram apenas potencializadas pelo cenário de crise sanitária. O gráfico 16 demonstra desafios postos aos profissionais no contexto de pandemia.

Gráfico 16: Desafios vivenciados no contexto de pandemia



Fonte: Pesquisa de campo (2022)

Como podemos observar no gráfico 16, as assistentes sociais podiam marcar mais de uma opção em relação aos desafios colocados no cotidiano de trabalho durante a pandemia. As profissionais afirmaram que o principal desafio enfrentado sem dúvidas foi a perda de colegas de trabalho e familiares pelo contágio da covid-19 (76%). É notório que o desafio de trabalhar num cenário de perdas gera um grande impacto emocional nesses profissionais, isso porque foi bastante mencionado o medo de se contaminar pelo vírus (71%), especialmente quando não se tinha uma vacina¹¹ para combater essa doença. Somam-se a isso, a sobrecarga de trabalho (59%) e o aumento da demanda (59%), que acabaram, sem dúvidas, intensificando o desgaste físico e emocional das assistentes sociais. A falta de EPI (12%) foi o desafio menos destacado pelas profissionais.

¹¹ Em 8 de dezembro de 2020, o Reino Unido se tornou o primeiro país do Ocidente a vacinar a população contra a covid-19 através do imunizante aprovado entre a parceria da farmacêutica americana Pfizer e a empresa de biotecnologia alemã BioNTech. Algumas semanas depois ao menos 56 países iniciaram a imunização em suas populações (CNN BRASIL, 2020). A vacina da covid-19 chegou timidamente ao Brasil em 17 de janeiro de 2021, após a Agência Nacional de Vigilância Sanitária aprovar o uso emergencial dos imunizantes Coronavac e AstraZeneca. O início da vacinação aconteceu no Estado de São Paulo, priorizando a vacinação nos profissionais de saúde, indígenas e quilombolas (G1, SÃO PAULO).

Durante a pesquisa, foi possível observar que as assistentes sociais lidaram com medos e angústias dentro do local de trabalho. De acordo com Dejours (1987), o medo é uma das dimensões que os trabalhadores acabam vivenciando. Essa sensação de mal-estar é sentida em diversos tipos de trabalho. O autor destaca que os riscos e as situações que o medo provoca nos trabalhadores podem ser diferentes de acordo com o tipo de trabalho que desenvolvem. A exemplo disso, temos os riscos à integridade física do trabalhador, ou seja, ao seu corpo e os riscos coletivos que provocam medo em vários trabalhadores, especialmente quando determinada atividade laboral requer a contribuição de vários indivíduos. E o que se nota quanto ao medo das assistentes sociais a respeito da sua integridade física, uma vez que estavam expostas ao contágio do vírus da covid-19, que ameaça não somente a sua saúde física e mental, mas a saúde coletiva de usuários, trabalhadores e de suas famílias.

Não se pode deixar de mencionar que o Amazonas foi palco de um dos momentos mais tristes e trágicos da pandemia da covid-19 no Brasil até o momento, com foi a “crise do oxigênio” no estado, em especial, na capital Manaus, ocorrida nos fatídicos dias 14 e 15 de janeiro de 2021. O Amazonas foi um dos primeiros estados a sofrer os impactos mais graves da 2ª onda da covid-19 no país.

Vale registrar que o Amazonas já tinha virado notícia nacional e internacional com o aumento expressivo dos casos de covid-19 em meados de abril e maio de 2020, quando fotos de covas coletivas abertas para enterrar os corpos chocaram o país e o mundo. De acordo com Pinheiro, Barroco e Santos (2021), a Fundação de Vigilância em Saúde – FVS do Amazonas, publicou um documento chamado “Perfil clínico e demográfico dos casos de Covid-19 no estado do Amazonas: uma análise comparativa entre 2020 e 2021”, no qual é possível observar dois momentos críticos no enfrentamento da covid-19 no Amazonas, sendo o primeiro entre 13 de março de 2020 a 30 de maio de 2020 e o segundo entre 13 de setembro de 2020 a 2 de fevereiro de 2021. As autoras relatam que chamou bastante atenção no primeiro pico da pandemia em Manaus o aumento do número de mortos em decorrência da falta de leitos clínicos e de UTI no acesso à assistência das pessoas doentes.

A situação foi tão crítica que no Hospital João Lúcio Pereira Machado, em Manaus, câmaras frigoríficas foram instaladas ao lado do necrotério da unidade de alta complexidade para “guardar” os corpos que se espalhavam pelos corredores do hospital e ficavam ao lado de pacientes vivos e internados, podendo ser observado na imagem 2. Além disso, o que chocou mais ainda foi a abertura de valas coletivas no cemitério

municipal de Manaus para atender o aumento da demanda provocado pela alta taxa de óbitos na cidade, como podemos verificar na imagem 3 (G1 AMAZONAS, 2021).

Imagem 2: Câmeras frigoríficas em hospital



Fonte: GI AM, 2021

Imagem 3: Covas coletivas em cemitério



Fonte: G1 AM, 2021

Na segunda onda, os hospitais e SPAs batiam recordes de atendimentos e internações, com unidades superlotadas, assim a situação de caos se espalhou pela sociedade como um todo. A rede pública de saúde colapsou pela segunda vez durante a pandemia e a rede privada teve que fechar as portas para o recebimento de novos pacientes por falta de leitos. Nas primeiras semanas de 2021, os hospitais particulares vivenciavam momentos de tensão devido ao aumento das internações e, conseqüentemente, a superlotação das unidades de saúde. Cerca de 7 dos 11 hospitais privados da capital declararam terem atingido 100% da sua capacidade, provocando o seu fechamento por alguns dias (FOLHA DE SÃO PAULO, 2021).

De acordo com o *site* de notícias do jornal El País Brasil (2021), o segundo colapso na capital do Amazonas foi marcado pela falta de leitos e da lição não aprendida após o primeiro pico da crise sanitária instalada pela covid-19 em 2020. Muitas mortes foram identificadas fora do ambiente hospitalar, o que demonstrara o tamanho do caos vivenciados na cidade.

A situação se agravou quando passou a faltar insumos essenciais para o tratamento dos casos de paciente com covid-19, como é o oxigênio, os medicamentos e materiais para intubação e sedação, dentre outros. A imagem abaixo mostra a situação de familiares em busca de cilindros de oxigênio para seus parentes internados em 18 de janeiro de 2021.

Imagem 4: Familiares em busca de compra de oxigênio

Fonte: G1 AMAZONAS, 2021

Segundo El País Brasil (2021), o caos tomou conta também no vasto interior do Amazonas, uma vez que não há unidade de terapia intensiva nesses municípios, apenas na capital do estado. Além disso, o então governador Wilson Lima descartou a construção de novos hospitais de campanha¹², sendo bastante criticado pelos profissionais da saúde. Assim, a situação na capital do Amazonas era extremamente crítica e desesperadora, tanto para os profissionais da saúde quanto para os pacientes e seus familiares.

Em toda a cidade, as cenas se repetem: pacientes sendo atendidos sentados no corredor; câmaras frigoríficas que voltaram a ser instaladas nos quatro principais hospitais públicos, ambulâncias percorrendo as unidades de saúde atrás de leitos, aumento da procura por aluguel de cilindros de oxigênio para alguma perspectiva de atendimento em casa. Tudo como no primeiro semestre, quando o sistema de saúde da capital amazonense foi o primeiro a colapsar o país (EL PAÍS BRASIL, 2021).

A notícia de que não havia oxigênio suficiente para a quantidade de casos que chegavam nas unidades de saúde se propagou nacionalmente e internacionalmente, bem como não havia dúvidas de que o sistema de saúde do Amazonas estava em colapso.

Segundo noticiado pelo jornal internacional CNN (2021), médicos e enfermeiros relatavam que pacientes morriam dentro das unidades de saúde da cidade pela falta de oxigênio. Ainda de acordo com o jornal:

A demanda por oxigênio aumentou cinco vezes nos últimos 15 dias, de acordo com o governo estadual. Cerca de 235 pacientes serão transportados de avião

¹² Hospitais de campanha foram unidades de saúde criadas temporariamente no primeiro ano de pandemia para atender exclusivamente pacientes com covid-19, objetivando desafogar os hospitais maiores da capital que atingiam sua capacidade de internações e atendimentos.

para outros cinco estados brasileiros, o governo do estado *twittou* na quinta-feira [...] disse que as transferências eram necessárias devido à escassez de oxigênio no estado (CNN, 2021, tradução nossa)¹³

O jornal americano *The Washington Post* (2021) publicou uma notícia sobre a realidade caótica no estado do Amazonas e, em especial, em Manaus, no qual trouxe um relato de uma pessoa que estava com seu familiar hospitalizado no dia em que o suprimento de oxigênio acabou. Segundo o jornal “nos dias seguintes, o governo começou a transportar pacientes críticos para outros estados. Mas as filas para leitos hospitalares ainda são longas – há mais de 360 pessoas esperando”¹⁴ (THE WASHINGTON POST, 2021, tradução nossa)

De acordo com investigações do Ministério Público e da Defensoria Pública, mais de 60 pessoas morreram em todo o estado do Amazonas asfixiadas em decorrência da falta de oxigênio e mais de 500 pacientes tiveram que ser transferidos para hospitais de outros estados (G1 AMAZONAS, 2022).

Na semana que ocorreu o colapso da segunda onda no Amazonas, o grupo de Atuação Especial de Combate ao Crime Organizado (Gaeco), órgão do Ministério Público do Estado do Amazonas, instaurou procedimento para apurar as causas e consequências da falta de oxigênio medicinal nos hospitais públicos e privados da capital do Amazonas. De acordo com os promotores, a apuração gira em torno da busca de possíveis evidências de atuação criminosa organizada, uma vez que houve diversos relatos de pacientes que morreram dentro dos hospitais pela falta de oxigênio, negligenciando o direito à saúde, à vida e à dignidade humana (AGÊNCIA BRASIL, 2021). Em junho de 2022, a justiça federal sentenciou os governos federal e do Amazonas, bem como a Prefeitura de Manaus a indenizar família de vítimas que vieram a óbito pela falta de oxigênio em R\$ 600 mil. Contudo, a justiça federal julgou que o então ministro da saúde, Eduardo Pazuello e sua equipe, não tiveram responsabilidade pelas mortes nem tampouco cometeram crime de improbidade administrativa (BNC AMAZONAS, 2022).

Em meio ao colapso do sistema de saúde no Amazonas, é fato que os trabalhadores da saúde viveram momentos de terror dentro das unidades de saúde. Com o aumento da demanda e pacientes implorando para serem atendidos nas portas dos hospitais, como

¹³ Texto original: Demand for oxygen is up fivefold over the past 15 days, according to the state government. Some 235 patients will be airlifted to five other Brazilian states, the state government tweeted Thursday. It said the transfers were necessary due to the state's oxygen shortages.

¹⁴ Texto original: Over the next few days, the government started transporting critical patients to other states. But lines for hospital beds are still long — there are more than 360 people waiting.

também nos SPAS e UBS, profissionais da saúde chegavam a transportar cilindros de oxigênio nos próprios carros, correndo riscos inclusive de sofrer queimaduras por explosão dos cilindros.

Os impactos nas condições de trabalho e saúde desses profissionais são imensuráveis. Chamou-nos atenção a fala de um profissional da enfermagem ao relatar “estamos extremamente cansados e precisamos de material. Faltam luvas, falta gente para trabalhar! Em uma ala com 37 pacientes é impossível uma equipe de nove pessoas atender todos [...]” (EL PAÍS BRASIL, 2021). Tais repercussões nos outros níveis de atenção à saúde também marcam os profissionais da atenção básica. Os assistentes sociais também estão sujeitos às mesmas condições de trabalho e de saúde durante a pandemia.

Nota-se, ainda, que a carga horária de trabalho dos profissionais se ampliou na expectativa de dar conta da demanda que também aumentava em demasia. Sem contar a questão emocional destes profissionais que foi duramente atingida. Uma reportagem exposta nacionalmente, por uma rede de TV aberta, mostrou os momentos dramáticos vividos pelos profissionais da saúde em um verdadeiro cenário de guerra. Em uma das entrevistas, enfermeiros de uma unidade de saúde de alta complexidade relataram brevemente a realidade dos profissionais da saúde. Os mesmos declararam que a realidade é triste, na qual precisam decidir “quem vive e quem morre”. Além disso, os profissionais ressaltam que “os médicos também estão super sobrecarregados [...] o médico fica desesperado [...] o recepcionista, o maqueiro também, todo mundo está superesgotado”.

Imagem 5: Jornalista entrevista enfermeiros de hospital de Manaus

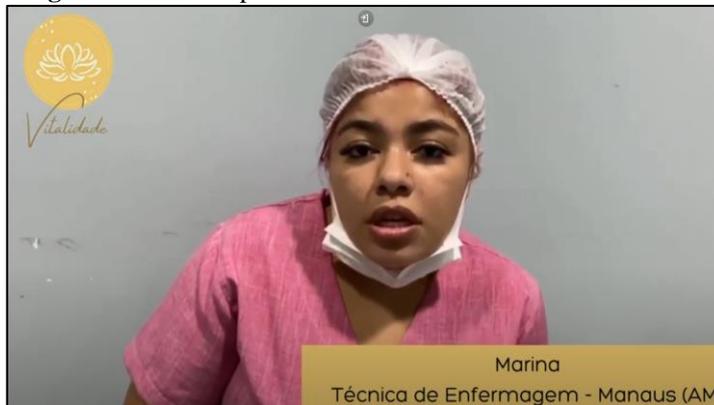


Fonte: Plataforma Youtube, 2021

Uma técnica de enfermagem que atuou no hospital de campanha durante os momentos mais críticos da pandemia também expõe o cenário difícil que vivenciou de

perto dentro da unidade de saúde, em vídeo publicado na plataforma Youtube através do canal “café com felicidade”.

Imagem 6: Relato de profissional de saúde de Manaus



Fonte: Plataforma Youtube, 2021

“[...] Senti muito medo porque a gente tinha familiares que tinham problemas e eu tinha medo de passar covid-19 para eles quando comecei a trabalhar aqui [hospital de campanha]. [...] eu ficava toda encapada, quase não ia no banheiro e quando eu ia, doía muito porque eu ficava bastante tempo sem urinar. [...] e também ficava com muito anseio de passar pra minha família e não ter como tratar, porque estava tudo cheio e lotado [as unidades de saúde]” (Depoimento de técnica de enfermagem extraído de vídeo na plataforma Youtube).

Os depoimentos trazidos pelos profissionais da área de enfermagem corroboram com a realidade de outros trabalhadores da área da saúde que trabalhavam e trabalham na linha de frente do combate a covid-19 no Estado do Amazonas, como os/as assistentes sociais. A média e alta complexidade foram níveis de atenção que mais sofreram com o aumento de atendimentos e internações de casos de covid-19, mas os profissionais da atenção básica também viveram um cenário semelhante:

Na fase aguda da segunda onda **era extremamente exaustivo em face da grande demanda**, que tanto era maior que as vagas ofertadas quanto eram muitos os casos de urgência, **gerando não só o cansaço físico quanto emocional**. Atualmente com a diminuição de mortes, as atividades ainda permanecem distribuídas, trabalhando como assistente social (Assistente Social, Pesquisa de Campo nº 8, 2022, grifos nossos)

O esgotamento mental e físico provocado pela sobrecarga de trabalho é realidade de assistentes sociais em todos os níveis de atenção à saúde. O Conselho Regional de Serviço Social do Paraná (CRESS/PR), por exemplo, publicou em 2021 diversos depoimentos de cansaço físico e mental de assistentes sociais durante a pandemia. Um

profissional que atuava num hospital referência no combate à covid-19 expôs que sua jornada de trabalho semanal era de 36 horas, contudo, após o início da crise pandêmica, sua carga horária semanal chegou a 50 horas semanais. O assistente social também revelou a exaustão do trabalho e que se sentia obrigado a recompor as emoções e aprender a conviver com o medo e as angústias do ambiente de trabalho, no qual os óbitos eram uma carga emocional a mais para lidar (CRESS/PR, 2021).

Observou-se no decorrer da pesquisa que o trabalho profissional na pandemia provocou impactos significativos na saúde mental e física dos profissionais da saúde. Os profissionais da saúde pública, dentre eles os/as assistentes sociais, estavam no meio do fogo cruzado pelo colapso da saúde. As consequências foram as mais perversas sobre estes profissionais, entre as quais está o pagamento com a própria vida decorrente da contaminação e, por vezes, o óbito. O Boletim Epidemiológico nº 46, de janeiro de 2021, declarou que até 18 de janeiro de 2021 foram notificados 29.853 casos de Síndrome Gripal suspeitos de covid-19 em profissionais da saúde, destes, 18,1% foram confirmados para covid-19, sendo notificados cerca de 315 casos notificados e 48 casos confirmados em assistentes sociais¹⁵.

O conjunto CFESS/CRESS elaborou um memorial dedicado aos assistentes sociais vítimas da covid-19 e aponta, aproximadamente, 115 óbitos, entre estudantes, pesquisadores e profissionais da área. O memorial destaca cerca de 32 profissionais que atuavam na política de saúde, sendo 12 assistentes sociais do Amazonas, dos quais 4 eram da área da saúde. De acordo com o CFESS, o memorial registra os óbitos de vários assistentes sociais que, em sua grande maioria, foram decorrentes do exercício profissional trabalhando na linha de frente da covid-19, cumprindo o seu dever profissional nas mais diversas regiões do país e trabalhando, algumas vezes, sem condições de trabalho. O CFESS ainda reitera que são mortes que gritam e denunciam a omissão do Estado no cenário pandêmico associada à falta de recursos nas instituições, de EPIs, bem como de sobrecarga de trabalho com equipes reduzidas, dentre outras violações de direitos desses profissionais.

O trabalho precário em situação de desastres e/ou calamidade pública é, sem dúvidas, resultado do modelo capitalista e, conseqüentemente, da sua ganância voltada para a exploração acentuada das diversas parcelas da classe trabalhadora e do meio

¹⁵ Importa ressaltar que o número de casos notificados e confirmados também inclui economistas domésticos, uma vez que a tabela disponibilizada no Boletim Epidemiológico 46 juntou o quantitativo de assistentes sociais e economistas.

ambiente. O processo de desenvolvimento econômico do modelo hegemônico se utiliza na criação de “zonas de sacrifício”, isto é, sacrificando corpos, pessoas, que possuem classe, cor, raça, gênero e etnia (CFESS, 2022).

Segundo Marques, Santos e Costa (2021), a situação de crise humanitária potencializada pela pandemia da Covid-19 urge ao Serviço Social refletir sobre as demandas colocadas aos assistentes sociais no atendimento à população impactada pelas situações de desastres e conflitos socioambientais. Como é possível observar nos dados da pesquisa, dentre os grandes desafios encarados estão a convivência com a situação de perda de tantas pessoas, a sobrecarga de trabalho e a impotência diante do cotidiano de trabalho. Profissionais precisam ter condições de trabalho e de saúde que possibilitem a execução do trabalho.

Os/as assistentes sociais que trabalham na área da saúde estão na linha de frente e têm um papel fundamental no elo entre família e pacientes, visto que conhecem as particularidades dos usuários e trabalham com articulações fundamentais para o acesso aos direitos sociais. Mas, no contexto de pandemia, a rotina de trabalho se transformou, o trabalho profissional foi muito além do que os/as assistentes sociais já estavam acostumados a lidar no cotidiano profissional de trabalho.

A pesquisa “condições de trabalho dos profissionais da saúde no contexto da covid-19” revelou que a pandemia modificou de modo significativo a vida de 95% dos trabalhadores da saúde. Quase 50% dos profissionais admitiram o excesso de trabalho, com jornadas de trabalho de 40h semanais ou mais. E o que mais chamou atenção foi o fato de 45% desses trabalhadores precisarem de mais de um emprego para sobreviver (FIOCRUZ, 2021).

Durante a pesquisa, observou-se que um outro medo que precisaram vivenciar foi o do contágio. Questionadas sobre o contágio do vírus, 65%, ou seja, a ampla maioria das assistentes sociais relatou ter contraído covid-19, 35% afirmaram que não se contaminaram com o vírus. Esses dados mostram que, entre os profissionais da saúde, a doença teve alta disseminação, certamente, por conta da exposição no ambiente de trabalho, o qual é propício ao contágio do vírus.

Esta realidade abre margem para a presença do medo, da ansiedade, da insegurança, do estresse e da angústia e trabalhar em um local vulnerável pela gravidade de contaminação da covid-19. Para Dejours (1987), os trabalhadores que têm consciência dos riscos que correm dentro do ambiente de trabalho tendem a tomar para si uma sensação de ansiedade, e muitas vezes, esses trabalhadores podem até desenvolver

medidas defensivas para que não demonstrem essa sensação emocional dentro do ambiente de trabalho.

Um relato de uma assistente social que atua na atenção básica e na média complexidade revela que, embora não tenha contraído a covid em uma UBS, a mesma adoeceu em um Serviço de Pronto Atendimento no qual grande parte dos profissionais se infectou: “Adoeci de Covid devido a exposição no ambiente de trabalho, pois no SPA que trabalho quase 90% dos servidores adoeceram, eu estava gestante e além de adoecer, tive um aborto retido” (Assistente Social nº 7, Pesquisa de Campo, 2022).

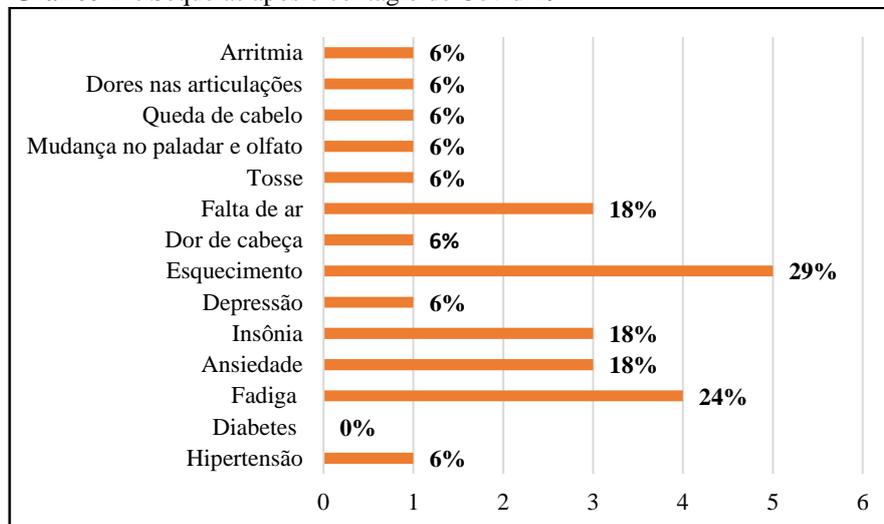
Sabe-se que a infecção da covid-19 requer isolamento social. Dessa forma, questionou-se as assistentes sociais que relataram ter se infectado pela covid-19 se tiveram afastamento do trabalho nesse período de infecção. A ampla maioria, ou seja, 75% das assistentes sociais afirmou que obtiveram afastamento do trabalho, e 25% relataram não terem se afastado. Uma das assistentes sociais afirmou que obteve afastamento apenas por 5 dias. Contudo, o afastamento de profissionais da saúde cresceu bastante durante a pandemia. Na época de coleta de dados da pesquisa, muitos assistentes sociais da atenção básica estavam afastados não somente em decorrência da covid-19, mas por outros motivos de saúde. Tivemos alguns relatos de profissionais dos distritos de saúde que declararam que os/as profissionais de serviço social têm gradativamente se afastado do trabalho por adoecimentos físicos e mentais, em grande parte, provocadas pelo cenário pandêmico.

Os/as assistentes sociais vivenciam atualmente a intensificação da crise sanitária que tem cada vez mais banalizado a vida humana e, conseqüentemente, se veem em condições de saúde e de trabalho fragilizadas e marcadas pelo sofrimento físico e mental, bem como pelas incertezas que ainda permeiam o vírus da covid-19 (SOARES; CORREIA; SANTOS, 2020).

Raichellis (2011) aponta a necessária formulação de uma agenda de pesquisa que busque conhecimentos sobre a vulnerabilidade das condições de trabalho e de saúde dos assistentes sociais, de forma a trazer subsídios e embasamento para que a categoria continue lutando e reivindicando direitos específicos das condições de trabalho do assistente social. Esta realidade precisa ser exposta e mais discutida perante a categoria profissional dos/as assistentes sociais da área da saúde, não apenas daqueles/as que trabalham na atenção básica, mas também da média e alta complexidade no estado do Amazonas e nas diferentes regiões do país.

Quanto às sequelas da Covid-19, as profissionais que se contaminaram apontaram os principais problemas vivenciados, os quais podem observados no gráfico 17:

Gráfico 17: Sequelas após o contágio de Covid-19



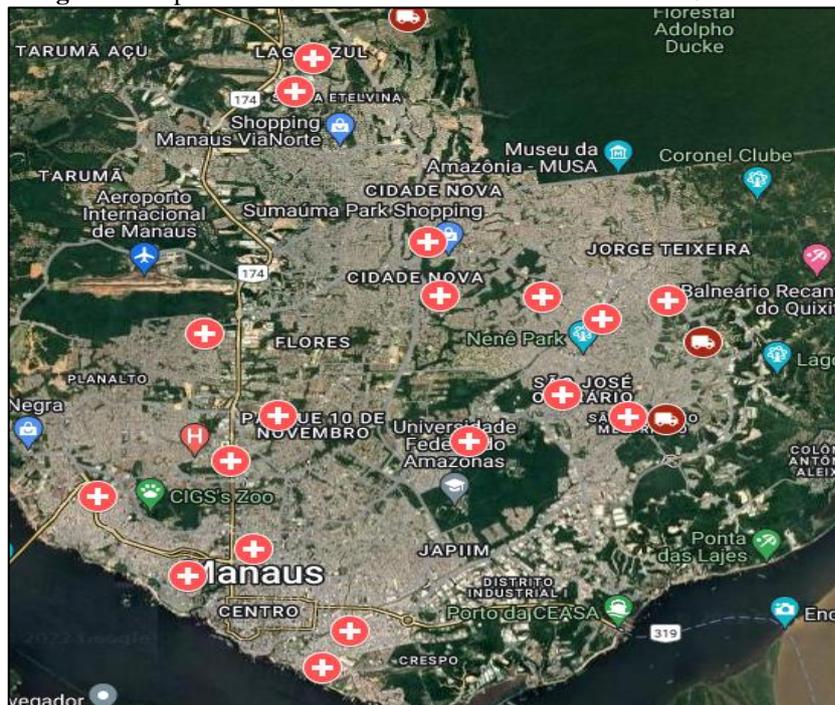
Fonte: Pesquisa de Campo, 2022

De acordo com o gráfico 17, o esquecimento (29%) foi uma das sequelas mais comentadas pelas assistentes sociais, seguido de fadiga (24%), falta de ar (18%), insônia (18%), ansiedade (18%), dentre outras. Algumas assistentes sociais afirmaram que o retorno ao trabalho após o adoecimento pela covid-19 e sua recuperação foi permeado por um misto de incertezas, insegurança, desproteção, bem como receio pela realidade enfrentada. Uma assistente social destacou: “meu retorno foi difícil, sensação de insegurança [mas] hoje, tomamos a 3ª dose da esperança [refere-se à vacina da covid-19]” (Assistente Social nº 2, Pesquisa de Campo, 2022).

Como estratégia de atendimento à população de Manaus, a SEMSA estabeleceu algumas UBS de todas as zonas da cidade como estabelecimentos de referência¹⁶ para a covid-19, como podemos visualizar no mapa.

¹⁶ Atualmente, a SEMSA disponibiliza uma lista completa de UBS/USF que atendem casos suspeitos covid-19 em diversas regiões da cidade, que pode ser acessada através deste link: <https://semsa.manaus.am.gov.br/wp-content/uploads/2022/06/Atendimento-COVID.png>

Imagem 7: Mapa das UBS referência no atendimento a covid-19



Fonte: SEMSA, [s.d.]

Observa-se que o mapa demarca com o símbolo vermelho as unidades que prestam atendimento à população com sintomas da covid-19. Por serem referência da população com suspeita de covid-19, estas unidades de saúde, especialmente quando os casos de covid-19 aumentaram consideravelmente na cidade, ficavam superlotadas. A aglomeração era nítida e, sem dúvidas, o risco de contágio entre usuários e profissionais era previsto. O cenário acabou gerando um misto de medo e insegurança pelos profissionais dentro das unidades de saúde, como mostra este relato.

Trabalhamos diretamente com a população usuária do SUS, a UBS em questão [Leonor de Freitas] é uma unidade de referência da Covid-19, logo os profissionais em sua grande maioria tiveram contato com o vírus, **o sentimento era de medo de morrer e/ou contaminar seus familiares [...]** afirmo que com a chegada da vacina a sensação foi de esperança e confiança que dias melhores estão bem perto de acontecer (Assistente Social nº 2, Pesquisa de Campo, 2022 grifos nossos)

O relato da assistente social mostra que a profissional apesar dos momentos difíceis vividos no seu ambiente de trabalho, com condições de trabalho e saúde desfavoráveis, tem confiança e esperança em um futuro mais humano para todos. Ademais, a pesquisa evidenciou os desafios vivenciados pelos assistentes sociais em tempos de pandemia da

covid-19, mostrando que o sofrimento e a angústia são sentidos pelos usuários e também pelos profissionais. Está mais do que claro para os/as assistentes sociais que o contexto atual impõe desafios e requisições de demandas que, muitas vezes, não fazem parte de sua competência profissional.

É importante frisar que os profissionais têm se mantido presentes nos seus locais de trabalho, buscando prestar um serviço de qualidade e garantir a venda da sua força de trabalho em favor da sua própria sobrevivência e de seus familiares (PINHEIRO; BARROCO; SANTOS, 2020). Todavia, em um ambiente desafiador e recheado de contradições, fazem-se necessários o embate diário e a leitura crítica da realidade na área da saúde para que seja possível abrir caminhos de resistências, lutas coletivas e a defesa de um trabalho orientado pelos princípios do Projeto Ético Político do Serviço Social.

3.3 Resistências na Saúde: as lutas dos Assistentes Sociais

No Brasil, o ataque às condições de trabalho e de saúde dos trabalhadores da saúde sempre foi perpassado por caminhos desafiadores. Refletimos ao longo deste trabalho que a precarização foi intensificada e se tornou mais evidente aos brasileiros devido o atual cenário de crise sanitária e de desconstrução de políticas sociais, especificamente, da política de saúde. Observa-se em diversos meios de comunicação, pesquisas e relatórios, a realidade perversa pela qual os profissionais da saúde têm passado dentro das unidades de saúde, resultado dos anos de sucateamento do SUS.

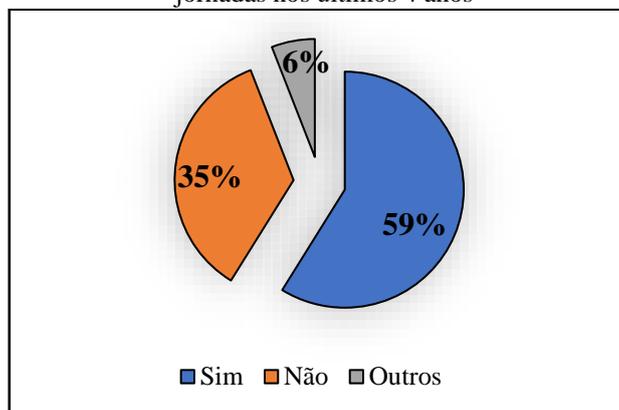
Mas é importante reiterar que, em meio ao contexto danoso das condições de trabalho e de saúde dos/as assistentes sociais, os profissionais têm uma grande possibilidade de lutar e resistir em defesa da vida e da saúde. Segundo Raichellis (2011), é através da organização coletiva que se criam caminhos concretos de resistência perante a violação de direitos.

A qualificação profissional é uma das formas de luta e de resistência dos profissionais. Isso porque a formação continuada dos profissionais a respeito do contexto societário e dos impactos no mundo do trabalho e da vida acaba fortalecendo uma visão mais crítica da realidade contemporânea. Estar atento às mudanças macrossocietárias e aos impactos nas condições de trabalho e de saúde dos profissionais da saúde corrobora para que esses profissionais não se aprisionem dentro do seu ambiente de trabalho e resistam constantemente à violação de direitos, especialmente para aqueles que trabalham sob as condições postas pelas instituições estatutárias.

Para Raichellis (2011, p. 436), “Quanto mais qualificados os trabalhadores sociais, menos sujeitos à manipulação e mais preparados para enfrentar o assédio moral no trabalho, os jogos de pressão política e de cooptação nos espaços institucionais”. Durante a pesquisa, as assistentes sociais destacaram como tem se posicionado e atuado como profissional na garantia de melhores condições de trabalho. Assim, 50% das assistentes sociais destacaram que buscam garantir suas condições de trabalho através da articulação e/ou organização com a equipe de trabalho, e as outras 50% relataram a solicitação e diálogo com a direção ou gestão das unidades de saúde em que trabalham. E não houve relatos de orientação ou denúncia junto ao CRESS. Verificou-se que, de alguma forma, as profissionais defendem e lutam pela melhoria de condições de trabalho dentro das unidades de saúde e, obviamente, concorda-se com Raichellis (2011), que estas posturas perpassam pela qualificação profissional.

Em relação à formação continuada na área de trabalho e ou áreas afins como elemento importante no trabalho profissional, questionou-se às assistentes sociais sobre a participação em cursos, congressos e/ou jornadas em matéria do serviço social ou na área da saúde nos últimos 4 anos, 59% das assistentes sociais afirmaram que participaram, como podemos visualizar no gráfico 18.

Gráfico 18: Participação em cursos, congressos, jornadas nos últimos 4 anos



Fonte: Pesquisa de Campo, 2022

Estes dados nos mostram que a ampla maioria das assistentes sociais tem buscado qualificação profissional, bem como se inteirar dos congressos e jornadas acadêmicas e profissionais das entidades da categoria, como podemos confirmar no relato de uma entrevistada:

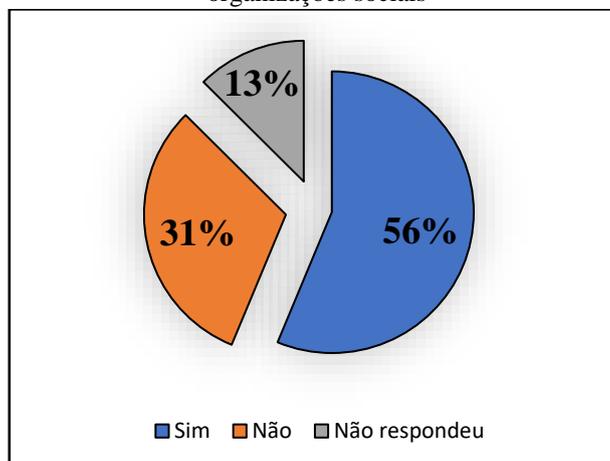
[...] atualmente estou realizando uma especialização pela Escola Pública de Saúde de Manaus (ESAP), inclusive estou atuando na UBS como forma prática das ações do Curso de Especialização em Estratégia Saúde da Família. Acredito que a busca por qualificação deve ser um dever dos profissionais de todas as áreas (Assistente Social nº 2, Pesquisa de Campo, 2022)

O relato concedido pela assistente social mostra que a mesma vem se qualificando na Escola de Saúde Pública – ESAP, que foi criada em 2018 pela própria instituição empregadora que é a SEMSA. Vale ressaltar que a ESAP tem o objetivo de promover a formação e qualificação, bem como de reorientação profissional dos trabalhadores da saúde, a partir das necessidades sociais e do SUS, dando ênfase à atenção básica de saúde. O foco da ESAP é a educação permanente e o fortalecimento do conjunto tríade ensino-serviço-comunidade (SEMSA, 2022).

Outro elemento importante na luta e resistência dos profissionais da saúde é a participação nos movimentos populares e organizações sociais que defendem a classe trabalhadora e lutam contra a regressão de direitos. O trabalho profissional do/a assistente social junto aos movimentos sociais se configura como uma competência profissional expressa no art. 4º da Lei de Regulamentação da profissão, nº 8.662/93, a qual reconhece que o/a assistente social possui competência de “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” (BRASIL, 1993).

No gráfico 19, 56% das assistentes sociais, ou seja, a ampla maioria afirmou apoiar e/ou participar de movimentos e/ou organizações sociais, sendo que 31% afirmaram não apoiar ou participar e 13% optaram por não responder.

Gráfico 19: Apoia/participa de movimentos e/ou organizações sociais



Fonte: Pesquisa de Campo, 2022

Observa-se na análise de dados que a maioria das assistentes sociais que afirmou apoiar/participar de movimentos ou organizações sociais, apenas apoiam, estando distante de uma participação mais ativa, como podemos observar nas seguintes falas:

Infelizmente não acompanho os movimentos sociais de forma próxima, mas acredito que toda forma de resistência contra a regressão dos direitos a classe trabalhadora é bem-vinda. Se fere minha existência, serei resistência!! (Assistente Social nº 2, Pesquisa de Campo, 2022)

Apoio, mas no momento não participo de nenhum movimento (Assistente Social nº 15, Pesquisa de Campo, 2022)

Diante dessas falas, é necessário se atentar a fala da assistente social nº 2 quando inclui a frase “se fere minha existência, serei resistência!”. Essa frase é tida como um jargão nos discursos de resistência que ganhou visibilidade nos movimentos de rua e nas redes sociais de sujeitos contrários a campanha eleitoral de Bolsonaro e durante todo o seu governo. A oposição costumava fazer cartazes com frases de resistência e de luta como respostas aos discursos de ódio falados e publicados pelo governo contra os direitos humanos e, especialmente, aos sujeitos mais vulneráveis da sociedade.

Apesar de ser uma forma de expressão legal e justa (muito válida), é importante refletir sobre o que seria de fato resistir para esses profissionais que afirmam apoiar movimentos sociais em defesa de seus direitos. Seria a resistência apenas um discurso ou um jargão? É preciso que os profissionais não se deixem cair em armadilhas e, através de suas habilidades e competências, se atentem sobre a verdadeira resistência política para que não permitam que a luta e resistência dos trabalhadores fique apenas no campo do discurso.

O trabalho do/a assistente social vai muito além de lidar com as mais diversas expressões da questão social. O assistente social é um sujeito político e, de acordo com o Código de Ética profissional, é direito do/a assistente social apoiar e participar de movimentos sociais e de organizações populares que se vinculem à luta pela consolidação e ampliação da democracia e dos direitos de cidadania (art.12b). Ou seja, é direito dos profissionais se inteirarem da luta pela democracia e pelo direito da dignidade humana, incluindo os seus direitos enquanto classe trabalhadora.

A luta política faz parte do trabalho profissional e, com isso, acompanhar e participar de movimentos dos trabalhadores em prol da saúde pública e da melhoria das condições de trabalho e de saúde dos trabalhadores é de extrema importância para

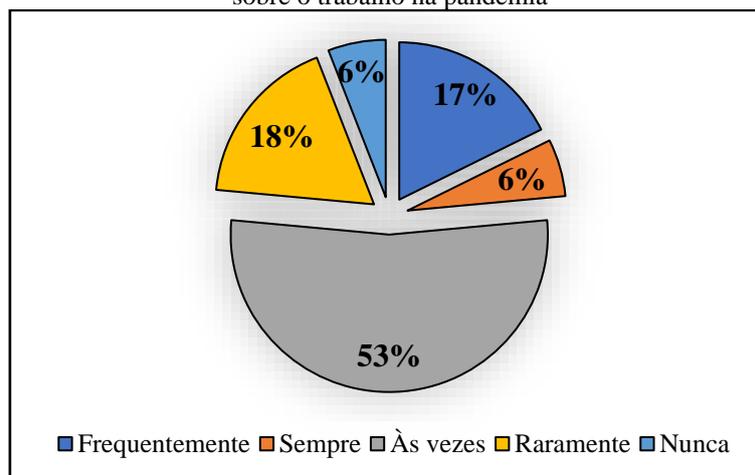
fortalecer as resistências diárias dos profissionais da saúde em busca de direitos. Os conselhos de saúde, por exemplo, são espaços favoráveis para que os/as assistentes sociais acompanhem e participem de debates importantes para a saúde e para os trabalhadores. Para Bravo e Souza (2009), nos Conselhos de Saúde, os/as assistentes sociais têm dupla participação, sendo representantes dos diversos segmentos ou como assessores do conselho e/ou de alguns segmentos, como dos usuários, por exemplo. As autoras afirmam que há uma inserção considerável de assistentes sociais nos conselhos de políticas e de direitos. Todavia, durante a pesquisa, chamou atenção que nenhuma assistente social mencionou exercer algum tipo de atividade no eixo de trabalho profissional “mobilização, participação e controle social”.

Num contexto histórico que vivencia-se com o sucateamento da saúde, falta de condições de trabalho e de saúde dos trabalhadores do SUS, e a crise sanitária instalada pela pandemia da covid-19, os/as assistentes sociais da saúde precisam manter-se articulados com as entidades da categoria profissional na luta e resistência da classe trabalhadora na área da saúde, como o sindicato, o conjunto CFESS/CRESS, a ABEPSS, dentre outras entidades que estão e estiveram presentes na luta contra a violação do exercício profissional dos/as assistentes sociais.

Durante a pandemia, o CFESS criou em seu site uma seção especial intitulada “Serviço Social contra o coronavírus: Nossa saúde é proteção pra você”, sendo publicadas 34 matérias desenvolvidas através das demandas da categoria profissional de diferentes espaços de trabalho e dos CRESS a respeito do exercício profissional no enfrentamento à covid-19. As publicações se voltam para orientações, normativas e entrevistas de assistentes sociais que estavam na linha de frente do combate à covid-19. Por isso, foi essencial que os profissionais estivessem sintonizados e conectados com as mobilizações da categoria profissional.

Na pesquisa, 53% das assistentes sociais afirmaram que às vezes acompanham os posicionamentos das entidades profissionais sobre como vem sendo tratado e defendido o trabalho do/a assistente social no contexto pandêmico; 18% relataram que raramente acompanham; 17% destacaram que acompanham frequentemente; e os outros 12% elencaram que sempre (6%) ou nunca (6%) acompanham.

Gráfico 20: Acompanhamento das entidades profissionais sobre o trabalho na pandemia



Fonte: Pesquisa de Campo, 2022

Observa-se no gráfico 20 que acompanhar as movimentações das entidades da categoria profissional a respeito do trabalho profissional no contexto da pandemia não foi e nem é algo frequente entre as profissionais. Contudo, a ampla maioria destacou que apoia/participa de movimentos e/ou organizações sociais, conforme vimos no gráfico 19.

Todavia, é importante destacar que durante o desenvolvimento da pesquisa e análise de dados, buscando conhecer e apreender a realidade das condições de trabalho dos/as assistentes sociais na atenção básica em Manaus, não se percebe de forma concreta a ampla participação nos movimentos de resistência; a visão das profissionais quanto aos retrocessos que o estado neoliberal opera também é algo que se expressa timidamente.

Mas importa reiterar que a baixa participação e o acompanhamento dos movimentos sociais, das mobilizações de resistências e lutas sociais dos trabalhadores por parte das assistentes sociais podem ser compreendidos pela sobrecarga de trabalho em que essas profissionais têm passado nos últimos tempos. Muitas profissionais possuem outros vínculos de trabalho, sendo que uma delas trabalha cerca de 12h diárias, como observado ao longo da pesquisa.

Além disso, muitas profissionais têm formação há mais de 15 anos e trabalham há bastante tempo na atenção básica, vivendo em uma rotina de trabalho na qual não se sentem empolgadas em participar de movimentos sociais, eventos ou até mesmo de buscar atualização profissional em cursos e congressos da área de trabalho. Algumas assistentes sociais relataram que embora apoiem movimentos sociais e/ou as mobilizações das entidades profissionais, o cotidiano de trabalho não permite que participem mais ativamente: “apoio a todos [movimentos sociais ou organizações

populares], participar raramente por conta do trabalho” (Assistente Social nº 3, Pesquisa de Campo, 2022). Ouvimos outro relato nesse mesmo sentido: “Apoio, porém, não consigo participar dada a rotina de trabalho e familiar” (Assistente Social nº 14, Pesquisa de Campo, 2022).

É importante ressaltar que há atualmente a presença de movimentos que lutam em defesa do SUS constitucional e contrários à lógica da privatização e flexibilização da saúde pública. Dentre esses movimentos, destaca-se em especial a “Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde”. De acordo com Bravo e Menezes (2011), em maio de 2010 foi criada a Frente Nacional contra as OSs e pela Procedência da Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) nº. 1.923/98, a qual foi resultado de uma forte articulação entre os fóruns de saúde do Estado do Rio de Janeiro, Paraná, Alagoas, São Paulo e Londrina, os quais se demonstravam contrários às Organizações Sociais, isto é, contrários à lei 9.637/98 que criava as OSs desde o auge do governo FHC.

Dessa maneira, em novembro de 2010 aconteceu no Rio de Janeiro o Seminário Nacional “20 anos do SUS, lutas sociais contra a privatização e em defesa da saúde pública e estatal”. O evento foi de grande importância e reuniu mais de 400 pessoas e entidades como movimentos sociais, sindicatos, centrais sindicais, professores, estudantes, dentre outros, que tinham como particularidades a luta em favor da saúde pública, bem como foi marcado pela volta de um movimento de base popular e de alcance nacional. Foi através da Plenária Final do Seminário que nasceu a Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde (BRAVO, 2011).

Segundo a autora, a Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde tem uma coordenação nacional composta por diversas entidades¹⁷ com o propósito de articular ações, ampliar o debate e incentivar a criação de fóruns nos demais estados do país. Ao longo dos últimos anos esse movimento social e popular vem se expandindo e mostrando a sua grande importância e contribuição para aqueles que defendem e lutam por um sistema de saúde público, gratuito e de qualidade.

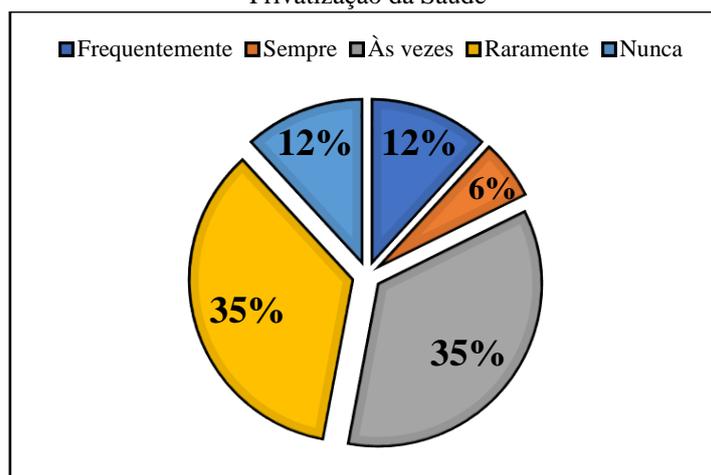
Desde a criação da frente, muitos fóruns estaduais e municipais foram criados em diversos estados do país. São aproximadamente 20 Fóruns Estaduais, 01 no Distrito Federal e 17 Municipais. Analisa-se que esses diferentes fóruns estão alocados

¹⁷ “Abepss, Andes, Asfoc, Central de Movimentos Populares, CFESS, Conselho Nacional de Saúde, CSPConlutas, CTB, Executiva Nacional dos Estudantes de Enfermagem, Fasubra, Fenasps, Fentas, Fórum Nacional de Residentes, Intersindical, MST, Seminário Livre pela Saúde: os Fóruns de Saúde já existentes: Rio de Janeiro, Alagoas, São Paulo, Paraná, Londrina, Rio Grande do Norte e os setoriais e/ou núcleos dos partidos políticos: PSOL, PCB, PSTU, PT, Consulta Popular” (BRAVO, 2011, p. 186)

principalmente na região nordeste e sudeste do país. A frente tem se multiplicado ao longo do tempo, ressaltando que um dos últimos a se formar foi a Frente Amazonense contra a Privatização da Saúde, ocorrida no encerramento do I Encontro Nacional de Trabalho Interdisciplinar e Saúde (ENTIS), em novembro de 2019, na Universidade Federal do Amazonas – UFAM.

No atual momento que se vivencia os retrocessos de direitos, crise sanitária e violação dos direitos dos trabalhadores da saúde, a Frente Nacional se mostra como um movimento necessário e fundamental para os usuários e trabalhadores da saúde. Quando questionados sobre o acompanhamento das ações e mobilizações da Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde, 35% das assistentes sociais afirmaram que raramente acompanham, 35% relataram que às vezes fazem esse acompanhamento das ações da Frente Nacional, como visualiza-se no gráfico 21.

Gráfico 21: Acompanhamento das ações da Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde



Fonte: Pesquisa de Campo, 2022

Como observa-se no gráfico, poucas assistentes sociais acompanham as ações e atividades da Frente Nacional contra a Privatização da Saúde, isso porque apenas 6% afirmaram que sempre acompanham. Considera-se, portanto, que a frequência nas participações e no acompanhamento como um ato político e parte da dimensão profissional do Serviço Social ainda precisa de maior entusiasmo e envolvimento por parte das profissionais. No Amazonas, a participação de assistentes sociais na frente amazonenses é mínima.

Uma das assistentes sociais que participa da Frente destaca o compromisso com o Serviço Social e os direitos dos usuários. Ela ressalta: “acredito no SUS, acredito no

Serviço Social e luto para que os usuários tenham acesso com qualidade aos bens e serviços ofertados pelas políticas públicas, em especial a saúde” (Assistente Social nº 2, Pesquisa de Campo, 2022).

Rezende (2019) nos faz refletir sobre a importância da relação do Serviço Social com os movimentos sociais declarando:

Devemos ponderar a relação do Serviço Social com os movimentos sociais e seus processos de luta ao considerar que tal relação necessária se caracteriza como indissociável da profissão, pois se fundamenta social e historicamente a partir da questão social. É na explicação fundante da contradição de interesse históricos entre o capital e o trabalho que poderemos analisar a relação/ligação do Serviço Social com as expressões dos conflitos de classes, ou seja, também com as lutas e movimentos sociais enquanto elementos que tornam públicas e políticas as refrações da questão social. Portanto, urge entender a relação necessária entre o Serviço Social e as lutas e movimentos sociais como algo que tange à compreensão crítica do movimento do real e da própria profissão [...] uma das condições fundamentais para o processo da intenção de ruptura com o conservadorismo no Serviço Social e para o desenvolvimento e hegemonia do atual projeto ético-político compromissado com os interesses históricos da classe trabalhadora, foi a inserção de parcela de assistentes sociais nas lutas e movimentos sociais dos trabalhadores e das trabalhadoras. E ao se compreenderem enquanto participantes da classe explorada e pertencentes a um processo de trabalho coletivo e socialmente combinado [...] (REZENDE, 2019, p. 15-16).

Ademais, sabemos que é de grande importância que os trabalhadores da saúde estejam sintonizados com as ações e mobilizações que dizem respeito ao SUS e suas condições de trabalho e de saúde. Devemos nos reportar à reflexão de Bravo (2011) quando destaca que a frente nacional é importante na articulação entre diversos movimentos sociais e entidades que vislumbram a construção de resistências à medida que tem minimizado os direitos sociais e a mercantilização das políticas sociais. Além disso, é de grande valia realizar mobilizações em torno do Projeto da Reforma Sanitária como uma estratégia de defesa tanto da saúde como de melhores condições de vida e de trabalho. Nesse sentido, uma das assistentes sociais declara que “a área da saúde é muito ampla, temos um leque de possibilidades para a realização do nosso trabalho, sendo muito importante a atualização contínua e a luta em defesa da profissão e das políticas públicas” (Assistente Social nº 7, Pesquisa de Campo, 2022).

Lutar e resistir não é uma tarefa fácil. Vivemos tempos sombrios. Tempos de retrocesso, de crise, de intensas correlações de forças. O fogo cruzado é presente e persiste no cotidiano de trabalho das assistentes sociais na área da saúde. Mas o Serviço Social nos dá possibilidades para que os trabalhadores persistam e não desistam de lutar por seus direitos. É necessário resistir.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No processo de desenvolvimento deste estudo, vislumbrou-se destrinchar o objeto de estudo em sua totalidade complexa e social, bem como no seu movimento histórico e dialético para se chegar nas principais determinações, causas e efeitos da realidade aqui apresentada. Observou-se que a implantação do SUS foi e continua sendo uma grande conquista para a população brasileira e para os trabalhadores da saúde. Contudo, o mundo do trabalho, em seu movimento contraditório ocasionado pela lógica capitalista, vem trazendo impactos para as condições de trabalho e de saúde dos trabalhadores deste país.

O projeto societário do capitalismo vem afetando duramente as políticas sociais. O estado neoliberal vem travando uma guerra contra a saúde pública, desenvolvendo e implementando programas e projetos focalizados e seletivos. Os mecanismos e artimanhas para o SUS são evidentes e os impactos para os usuários e trabalhadores são ainda mais devastadores.

A pesquisa que ora se apresentou, permitiu compreender e apreender as condições de trabalho e saúde dos/as assistentes sociais na saúde no contexto contemporâneo. Pudemos refletir como as mudanças no mundo do trabalho provocadas pela reestruturação produtiva têm impactado fortemente a classe trabalhadora, na qual se insere o/a assistente social.

O cenário de desestruturação da política de saúde vem afetando de maneira danosa os/as profissionais da saúde. Os mesmos padecem com a diminuição dos investimentos para a política de saúde, provocando condições e relações de trabalho abusivas, tendo que lidar objetivamente e subjetivamente com a restrição de recursos financeiros e humanos, tornando um ambiente propício à sobrecarga de trabalho, aumento de demandas diárias nas unidades de saúde, dentro de um local de trabalho com estrutura inadequada que interfere no processo de trabalho eficaz e de qualidade, como previsto nos princípios e diretrizes do SUS.

Compreender a realidade atual e os desafios que são postos pela conjuntura social e política são importantes para que os/as assistentes sociais reflitam e apreendam que a perspectiva neoliberal tem o intuito de enfraquecer brutalmente os direitos dos trabalhadores. Assim, certamente, estarão mais vigilantes e preparados para os desafios impostos nos espaços sócio-ocupacionais.

Diante disso, a realização deste estudo nos possibilitou evidenciar o caráter danoso que as contrarreformas do Estado e seus ditames neoliberais têm provocado

negativamente nas condições de trabalho e saúde dos/as Assistentes Sociais. Em tempos de retração de direitos e de condições de trabalho instáveis e fragilizadas, inserir esse estudo no debate científico se mostra de grande relevância social, política e/ou econômica para o pensamento científico com o intuito de influenciar outras pesquisas, garantindo que a discussão desse tema seja contínua.

Partiu-se, inicialmente, da relevância da categoria trabalho para a sociedade e para os estudos na área do Serviço Social. Demonstrou-se como o mundo do trabalho assume diferentes determinações na contemporaneidade e os efeitos para a classe trabalhadora. Além disso, observou-se como o trabalho está intrinsecamente ligado à saúde. Acredita-se que o trabalhador precisa ter bem-estar físico e mental para executar qualquer tipo de trabalho, todavia, notou-se que a reestruturação produtiva e as contrarreformas do Estado no Brasil têm sido perversas para os trabalhadores.

Os assistentes sociais, como trabalhadores que vendem sua força de trabalho, têm vivido o cenário de precarização do trabalho, das condições de saúde e de regressão dos direitos sociais. Quando se trata do trabalho do assistente social na saúde, chamou-se atenção a importância que o Serviço Social possui nessa área de trabalho. Durante o estudo, apreendeu-se como o assistente social se inseriu na saúde e o papel que assumiu após a implementação do SUS no Brasil. Evidenciou-se que a ampliação do conceito de Saúde, através do SUS, oportunizou que assistentes sociais se inserissem em espaços multidisciplinares, interdisciplinares e intersetoriais, bem como os permitiu desenvolver ações na gestão e no planejamento da política de saúde.

O documento “Parâmetros para a atuação dos assistentes sociais na política de saúde”, produzido pelo conjunto CFESS/CRESS, foi de grande valia para que se compreendesse a dinâmica do trabalho profissional dentro da área da saúde e nos níveis de atenção à saúde, especialmente na atenção básica (foco do nosso estudo). A pesquisa permitiu compreender também a importância do trabalho do assistente social na consolidação da Atenção Básica.

Durante a pesquisa, a análise da estrutura organizacional da atenção básica nos proporcionou ver como os assistentes sociais estão inseridos nos mais diversos estabelecimentos de saúde básica na cidade de Manaus. Todavia, o que nos chamou mais atenção foi o *déficit* de profissionais de Serviço Social lotados na SEMSA, considerando que a existência de 139 profissionais trabalhando nas unidades básicas de saúde, policlínicas, maternidades, serviços de pronto atendimento, bem como nos setores administrativos da sede da SEMSA, não supre as demandas diárias nesses espaços de

trabalho, especialmente para aqueles que trabalham diretamente com os usuários, como no caso das UBS/USF. As demandas são expressivas nessas unidades requisitando uma quantidade de recursos humanos bem maiores para atender a população. Observou-se na pesquisa que a maioria das assistentes sociais participantes da pesquisa trabalham sozinhas nas UBS/USF.

É preciso destacar que a maioria dessas UBS/USF tem funcionamento no turno matutino e vespertino, sendo que algumas possuem horário ampliado, funcionando no turno da noite, durante 7 dias da semana. A pesquisa evidenciou um cenário onde não há profissionais suficientes nessas unidades de saúde, tendo em vista que parte dos assistentes sociais possui jornada de trabalho de 6h diárias e alguns ainda trabalham em outros espaços da atenção básica como nas policlínicas ou maternidades. Ou seja, nota-se que em pelo menos 2 turnos, as UBS/USF ficam sem profissional de Serviço Social para atender os usuários. A realidade da saúde pública e do trabalho profissional é bem desafiadora. A intensificação do trabalho é evidente e tem atingido os profissionais da saúde de forma bastante expressiva. A insuficiência de assistentes sociais na Atenção Básica em Manaus, em especial, nas UBS/USF abre margem para a sobrecarga de trabalho nos quais as condições de trabalho e de saúde caminham para a sua degradação.

O *déficit* de profissionais muito se relaciona com o processo de terceirização da saúde, que ao longo dos anos tem diminuído os concursos públicos e priorizado processos seletivos de análises de currículos e/ou indicações. Relações de trabalho com vistas a flexibilizações de contratos de trabalho e aumento da rotatividade de profissionais. Porém, após 10 anos sem concurso público realizado pela SEMSA, o atual concurso ocorrido no ano de 2022 se mostra como uma esperança para que mais assistentes sociais integrem a saúde pública na capital do Amazonas.

Sobre o trabalho das assistentes sociais, o eixo “atendimento direto ao usuário” se mostrou como o mais desenvolvido, através de ações socioassistenciais e ações socioeducativas, como atendimento ao usuário, orientações, encaminhamentos, reuniões e palestras, entre outros. Contudo, houve a ausência de atividades no que diz respeito aos demais eixos de trabalho previstos no documento produzido pelo CFESS/CRESS. Dessa forma, é extremamente importante que os profissionais busquem se inteirar com os demais eixos de trabalho, priorizando e se comprometendo com o crescimento e consolidação dos direitos dos usuários do SUS.

Durante a pesquisa, observou-se a existência de requisições de demandas alheias ao trabalho das assistentes sociais nas unidades de saúde. Isso porque o desconhecimento do

que faz o/a assistente social ainda se mostra presente dentro dos espaços de trabalho deste profissional. Contudo, as assistentes sociais mostraram que a frequência com que chegam requisições de demandas que não fazem parte das atribuições profissionais não é tão expressiva. Mas, a marcação de consultas e exames e práticas terapêuticas foram demandas que chamou atenção e algumas assistentes sociais alegaram que ocasionalmente ou frequentemente são requisitadas em seus locais de trabalho.

Nota-se como é preocupante a ausência de conhecimento dos objetivos de intervenções profissionais do/a assistente social na saúde. As requisições e/ou demandas impostas ao trabalho profissional na esfera pública dos serviços de saúde acabam descaracterizando o projeto profissional do Serviço Social. Sem dúvidas, a realidade corrobora com as atuais contradições que o Serviço Social na saúde tem enfrentado pela disputa de projetos antagônicos envolvendo o SUS. A conjuntura presente acaba comprometendo as intervenções profissionais e põe em risco o cotidiano de trabalho desses profissionais, que precisam estar em constante tensionamento com as requisições e demandas alheias as competências e atribuições privativas dos/as assistentes sociais.

A pesquisa evidenciou dados importantes sobre as condições de trabalho e de saúde das assistentes sociais. Visualizou-se que muitos profissionais trabalham em um ambiente de trabalho que não dispõe de condições físicas adequadas para se trabalhar. Chamou atenção o fato de que a sala de serviço social, por exemplo, muitas vezes é cedida ao atendimento médico, comprometendo o cotidiano de trabalho do profissional. Diante dessa realidade, no entanto, verificou-se que outros profissionais também vivenciam a precarização de condições de trabalho para realizar os seus atendimentos (como os médicos, por exemplo) tendo que contar com a colaboração de outros profissionais da unidade de saúde.

Refletiu-se através da pesquisa acerca das principais dificuldades que as assistentes sociais enfrentam no ambiente de trabalho: a falta de espaço físico adequado, a falta de recursos humanos e materiais foram bastante mencionadas pelas profissionais. Além disso, problemas com a violência urbana dentro do ambiente de trabalho foi um dado chocante, tendo em vista que apenas 12% das assistentes sociais afirmou que têm segurança nas unidades de saúde. Tem sido comum os profissionais da saúde exporem em redes sociais e também nos noticiários a violência nos seus locais de trabalho, revelando a insegurança e o medo no ambiente de trabalho, o que corrobora com adoecimentos físicos e mentais, como ansiedade, depressão e síndrome do pânico.

Apesar dos dados refletirem uma série de problemas envolvendo as condições de trabalho das assistentes sociais, vimos que o nível de satisfação das entrevistadas com seu ambiente de trabalho é de certa forma positivo, isso porque 65% das profissionais afirmaram que frequentemente se sentem satisfeitas no seu trabalho, mesmo em um cenário onde há instabilidade e insuficiência de profissionais nas equipes de serviço social nas unidades de saúde.

Um dado bem instigante está relacionado às requisições para atingir metas por produtividade, as quais vinculam-se as causas de adoecimento. Os depoimentos das assistentes sociais demonstram a desvalorização profissional dos trabalhadores da saúde e a precarização das condições de trabalho e da gestão dos serviços públicos, ocasionados pela agenda de desestruturação do SUS.

Dessa forma, as assistentes sociais evidenciaram os danos que o trabalho tem provocado em sua saúde. Muitas assistentes sociais revelaram alguns dos problemas de saúde que vem enfrentando, principalmente o cansaço físico e mental. A ampla maioria declarou ter adoecido em decorrência do trabalho. O cenário danoso que o capitalismo tem gerado para os/as trabalhadores, como o aumento da competitividade, cobrança de metas e produtividade vem caminhando a cada dia para a degradação da vida e da saúde. A pandemia da covid-19 potencializou mais ainda os transtornos envolvendo a saúde dos profissionais.

Durante o trabalho na pandemia, as profissionais tiveram que lidar com uma realidade nova e extremamente desafiadora. A guerra dentro das unidades de saúde no combate ao coronavírus foi declarada. Os/As assistentes sociais eram profissionais que estiveram e estão na linha de frente no enfrentamento dessa doença. As assistentes sociais participantes da pesquisa conviveram e viram de perto a luta pela vida dos usuários e pela sua própria vida. O ambiente de trabalho dessas profissionais se transformou em um verdadeiro campo de guerra. As condições de trabalho e saúde se fragilizaram ainda mais.

O uso dos EPIs foi algo bastante mencionado durante a pesquisa, pois os mesmos eram mecanismos importantíssimos para preservar a vida das profissionais. Observou-se que a disponibilização de EPIs nas unidades de saúde se centrou basicamente em máscaras cirúrgicas como maneira de impedir a propagação da covid-19.

Refletiu-se ainda sobre os principais desafios vivenciados pelas profissionais na pandemia e a ampla maioria afirmou que a perda de colegas de trabalho e familiares foi o desafio maior pelo qual passaram. Além disso, o medo de se contaminar, a sobrecarga

de trabalho e aumento da demanda foram desafios que se intensificaram no período mais crítico da pandemia da covid-19.

Compreender a realidade das condições de trabalho e saúde das assistentes sociais no período pandêmico não era objetivo inicial do projeto de pesquisa que resultou nesta dissertação de mestrado, mas o início do mestrado coincidiu com a chegada da pandemia da covid-19. Assim, veio a necessidade de se discutir o cenário pandêmico e os efeitos devastadores para a saúde e para o assistente social como trabalhador da saúde.

O sistema público de saúde já vivia com as consequências do Estado neoliberal, no qual sucateava e privatizava os serviços de saúde sem o menor pudor. Além disso, seguiu desvalorizando os profissionais de saúde que faziam malabarismos para oferecer minimamente um atendimento humanizado e de qualidade à população. Todavia, a pandemia escancarou expressivamente a crise sanitária no qual foi inevitável o colapso na saúde pública com milhares de mortes, entre população e profissionais da saúde, como ocorreu no Amazonas e no mundo inteiro.

O colapso da saúde no Amazonas marcará a história da saúde pública para sempre. Os relatos dos profissionais da saúde na primeira e segunda onda da covid-19, observados na pesquisa, evidenciaram exaustão, sobrecarga de trabalho, angústias, sofrimento físico e mental, bem como condições de trabalho e de saúde fragilizadas.

Ademais, acredita-se que dentro de uma realidade contraditória e desafiadora, as lutas e resistências são mecanismos de enfrentamento para as mazelas do sistema capitalista. O conhecimento contínuo e a organização coletiva mostram-se como instrumentos pelos quais as profissionais podem transformar a realidade em sua volta. É necessário resistir e é papel dos/as assistentes sociais apoiar e participar de movimentos da classe trabalhadora que lutam por condições de trabalho e saúde mais humanas. Durante a análise de dados, a pesquisa mostrou certo distanciamento das assistentes sociais na questão da militância política e na luta por melhores condições de trabalho, ou seja, observou-se que a participação ativa das profissionais em movimentos sociais de defesa da saúde pública e da classe trabalhadora é rara. Em contrapartida, as mesmas demonstraram apoio aos movimentos sociais e à Frente Nacional contra a privatização da saúde. Demonstrar apoio é tarefa importante, contudo, o movimento coletivo dos/as trabalhadores/as e a consolidação do Projeto Ético-Político são armas que podem auxiliar as profissionais a serem mais ativas na resistência política, junto aos movimentos sociais, individual e coletivamente.

Diante das dificuldades, dilemas, desafios e possibilidades postos aqui e outras questões que acabaram não sendo mencionadas pelas profissionais, é importante que as mesmas busquem e questionem condições de trabalho e saúde minimizadas. Nota-se que atuar dentro de um cenário de desestruturação de políticas sociais não é uma tarefa fácil. É um trabalho extremamente desafiador e desgastante para os/as assistentes sociais.

Acredita-se que diariamente os/as assistentes sociais têm dado o seu melhor para viabilizar direitos e defender o movimento da reforma sanitária, bem como o seu projeto ético-político. Por fim, espera-se que esse estudo tenha alcançado seus objetivos e possibilite subsidiar estudos e ações de enfrentamento à saúde do trabalhador. Além disso, por ser um tema em alta na atualidade, a realização dessa pesquisa poderá trazer mais visibilidade ao atual contexto de regressão de direitos e suas consequências para as condições de trabalho e de saúde dos/as assistentes sociais que trabalham na Atenção Básica em Manaus, no Estado do Amazonas e no Brasil.

REFERÊNCIAS

- ACIOLE, Giovanni Gurgel; PEDRO, Márcia João. **Sobre a saúde de quem trabalha em saúde**: revendo afinidades entre psicodinâmica do trabalho e a saúde coletiva. *Saúde Debate*. Rio de Janeiro, V. 43, N. 120, p. 194-206, JAN-MAR, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/vLxmWK56hJrD4Z9WdmnnvXt/?format=pdf&lang=ptv>. Acesso em: 28 nov. 2022.
- ALMEIDA, Ney Luiz Teixeira de; ALENCAR, Mônica Maria Torres de. Políticas Públicas e mercado de trabalho profissional do assistente social. In: ALMEIDA, Ney Luiz Teixeira de; ALENCAR, Mônica Maria Torres de. **Serviço Social: trabalho e políticas públicas**. São Paulo: Saraiva, 2011.
- ALMEIDA, Leilane Graziela Nascimento; TORRES, Samantha Coelho; SANTOS, Cristiane Magali Freitas dos. (2012). **Riscos ocupacionais na atividade dos profissionais de saúde da atenção básica**. *Revista Enfermagem Contemporânea*, 1(1). <https://doi.org/10.17267/2317-3378rec.v1i1.51>. Disponível em: <https://www5.bahiana.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/51>. Acesso em: 30 jun. 2022
- ANDERSON, Perry. Balanço do neoliberalismo. In: SADER, Emir & GENTILI, Pablo (orgs.) **Pós-neoliberalismo: as políticas sociais e o Estado democrático**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995, p. 9-23.
- ANTUNES, Ricardo. **Adeus ao trabalho?** Ensaio sobre as metamorfoses e centralidade no mundo do trabalho. 14 ed. São Paulo: Cortez, 2005.
- ANTUNES, Ricardo. **Os Sentidos do Trabalho**: Ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho. São Paulo, Boitempo / Coleção Mundo do Trabalho, 2ª ed, 2009.
- Assalto a UBS em Manaus já está virando moda. BNC AMAZONAS. Manaus: **BNC AMAZONAS**. 2022. Disponível em: <https://bncamazonas.com.br/municipios/assalto-a-ubs-em-manauis-ja-esta-virando-moda/>. Acesso em: 21 jun. 2022.
- ASSUNÇÃO, A. da Ávila. Condições de Trabalho e Saúde dos Trabalhadores da Saúde. In: GOMEZ, C.M., MACHADO, J.M.H., and PENA, P.G.L., comps. **Saúde do trabalhador na sociedade brasileira contemporânea** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2011, pp. 453-478. ISBN 978-85-7541-365-4. <https://doi.org/10.7476/9788575413654.0023>. Disponível em: https://www.medicina.ufmg.br/nest/wp-content/uploads/sites/79/2018/07/Saude-dos-Trabalhadores-da-saude_Capitulo-1.pdf. Acesso em: 20 ago. 2022.
- BAPTISTA, Myrian Veras. **Planejamento Social: intencionalidade e instrumentação**. 2 ed. São Paulo: Veras, 2007. Disponível em: <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/Planejamento%20Social%20Intencionalidade%20-%20Instrumenta%C3%A7%C3%A3o-Myrian%20Veras%20Baptista%202%C2%AA.%20Edi%C3%A7%C3%A3o.pdf>. Acesso em: 29 nov. 2022.

BARROCO, Clivia Costa. **Saúde e Serviço Social: particularidades e desafios do trabalho profissional na alta complexidade em Manaus.** 2021.154 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Universidade Federal do Amazonas, Manaus (AM), 2021.

BATALHA, Edenise; MELLEIRO, Marta; Queirós, Cristina; BORGES, Elisabete. **Satisfação por compaixão, burnout e estresse traumático secundário em enfermeiros da área hospitalar.** Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental (24), 25-33. 2020. Disponível em: <https://scielo.pt/pdf/rpesm/n24/n24a04.pdf>. Acesso em: 29 nov. 2022.

BEHRING, Elaine; BOSCHETTI, Ivanete. **Política Social: Fundamentos e História.** 9º ed. São Paulo: Cortez, 2011.

BEHRING, Elaine Rossetti. **Brasil em contra-reforma: desestruturação do Estado e perda de direitos.** 2ª ed. São Paulo: Cortez, 2008

BOSCHETTI, Ivanete. **Condições de trabalho e a luta dos (as) assistentes sociais pela jornada semanal de 30 horas.** Revista Serviço Social e Sociedade, São Paulo, n.107, p. 557-584, jul./set., 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ssoc/a/YMsTsLQ3X8bbzJq6rGRVBpF/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 15 mai. 2021

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **DECLARAÇÃO, DE ALMA-ATA.** Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde. Alma-ata, URSS, 1978. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_alma_ata.pdf. Acesso em: 20 fev. 2022

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Manual para a Organização da Atenção Básica.** Brasília: Ministério da Saúde, 1999. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/organizacao_atencao.pdf. Acesso em: 05 mar. 2022

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **O que é Atenção Primária.** Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/smp/smpoquee>. Acesso em: 05 mar. 2022

_____, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Caderno de Atenção Básica, n.27, 2009. Diretrizes do NASF-Núcleo de Apoio a Saúde da Família,** Brasília, 2009.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. PORTAL DA SECRETARIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE. **Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde.** Brasília, 2022. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/ape/requalificaUbs>. Acesso em: 06 mar. 2022

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição.** 1ª ed. Brasília, 2013. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_alimentacao_nutricao.pdf. Acesso em: 07 mar. 2022

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.546, de 27 de outubro de 2011. **Redefine e amplia o Programa Telessaúde Brasil, que passa a ser**

denominado Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes (Telessaúde Brasil Redes). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2011. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2546_27_10_2011.html. Acesso em: 21 mar. 2022

_____. Lei Federal nº 12.550, de 15 de dezembro de 2011. **Autoriza o Poder Executivo a criar a empresa pública denominada Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSEH; acrescenta dispositivos ao Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 – Código Penal; e dá outras providências.** Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2011. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2011-2014/2011/lei/12550.htm. Acesso em: 23 mar. 2022

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Boletim Epidemiológico nº 46 de 10 a 16 de janeiro de 2021.** Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/covid-19/2021/boletim_epidemiologico_covid_46-final.pdf. Acesso em: 22 ago. 2022

BRAVO, Maria Inês Souza. **Política de Saúde no Brasil.** Versão revista e ampliada dos artigos: “As Políticas de Seguridade Social Saúde”. In: CFESS/CEAD. Capacitação em Serviço Social e Política Social. Módulo III: Política Social. Brasília: UnB- CEAD/CFESS, 2000 e “A Política de Saúde no Brasil: trajetória histórica”. In: Capacitação para Conselheiros de Saúde - textos de apoio. Rio de Janeiro: UERJ/DEPEXT/NAPE, 2001.

_____. A Política de Saúde no Brasil. In: **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional.** 4ª ed. São Paulo: Cortez, cap. 5, 2009. Disponível em: [file:///C:/Users/Usuario/Downloads/politica-de-saude-no-brasil-por-maria-ines-souza-bravo-\[16-200511-SES-MT\]-1.pdf](file:///C:/Users/Usuario/Downloads/politica-de-saude-no-brasil-por-maria-ines-souza-bravo-[16-200511-SES-MT]-1.pdf). Acesso em: 10 mar. 2022

_____. Frente Nacional contra a privatização e sua luta em defesa da saúde pública estatal. **Serv. Soc. Soc.,** São Paulo, n. 105, p 185-187, Mar. 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sssoc/a/DnrvhKwDgmrXZTJfpSZKZRx/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 01 jul. 2022

BRAVO, M. I. S.; PELAEZ, Elaine Junger; MENEZES, Juliana Souza Bravo de. A Saúde nos governos Temer e Bolsonaro: Lutas e resistências. **SER Social, [S. l.]**, v. 22, n. 46, p. 191–209, 2020. DOI: 10.26512/ser_social.v22i46.25630. Disponível em: https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/25630. Acesso em: 23 mar. 2022

BRAVO. M.I. S.; SOUZA, Rodriane de Oliveira. Conselhos de Saúde e Serviço Social: luta política e trabalho profissional. **SER Social, [S. l.]**, n. 10, p. 57–92, 2009. DOI: 10.26512/ser_social.v0i10.12922. Disponível em: https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/12922. Acesso em: 25 ago. 2022

BRAVO, M. I. S.; MATOS, Maurilio Castro de. O projeto ético-político do Serviço Social e sua relação com a Reforma Sanitária: elementos para o debate. In: MOTA, A. E. et al. (org.). **Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional.** São Paulo: Cortez Editora, 2010. Disponível em: <http://www.cressrn.org.br/files/arquivos/ceJ472Fic4P2HK6fVV92.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2022

CAMARGO, Marisa. **Configurações do trabalho do assistente social na atenção primária em saúde (APS) no século XXI**: um estudo da produção teórica do serviço social brasileiro. 2014. 160 f. Tese (Doutorado em Serviço Social), Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre (RS), 2014. Disponível em: <https://repositorio.pucrs.br/dspace/bitstream/10923/5822/1/000457557-Texto%2bCompleto-0.pdf>. Acesso em: 9 ago. 2022.

CFESS. Conselho Federal de Serviço Social. **Código de Ética do Assistentes Social**. Brasília, 1993. Disponível em: http://www.cfess.org.br/arquivos/CEP_CFESS-SITE.pdf. Acesso em: 09 de nov. 2020.

_____. Conselho Federal de Serviço Social. **Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Saúde**. Brasília, 2010. Disponível em: [http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros para a Atuacao de Assistentes Sociais na Saude.pdf](http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_a_Atuacao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude.pdf). Acesso em: 12 mar. 2022

_____. Conselho Federal de Serviço Social. **Resolução nº 569, de 25 de março de 2010**. Dispõe sobre a vedação da realização de terapias associadas ao título e/ou ao exercício profissional do assistente social. Disponível em: http://www.cfess.org.br/arquivos/RES.CFESS_569-2010.pdf. Acesso em: 15 mar. 2022

_____. CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Parecer Jurídico n. 05/2020-E**. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/Cfess-ParecerJuridico05-2020-E-EPI.pdf>. Acesso em: 22 ago. 2022

_____. CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Memorial Nosso luto, Nossa Luta**. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/visua-lizar/menu/local/memorial>. Acesso em: 22 ago. 2022

_____. CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **CFESS Manifesta: o trabalho de assistentes sociais em situações de calamidades**. 2022. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/cfessmanifesta2022-ASemCalamidades.pdf>. Acesso em: 22 ago. 2022

CRESS/AM. CONSELHO REGIONAL DE SERVIÇO SOCIAL DO AMAZONAS/ 15ª REGIÃO. **Nota de Orientação nº 04/2020 COFI/CRESS-AM para assistentes sociais em exercício profissional na política de saúde nos níveis de média e alta complexidade em tempos de pandemia do Coronavírus**. Disponível em: <https://storage.builderall.com/franquias/2/6487476/editor-html/7046599.pdf>. Acesso em: 30 jun. 2022

CRESS-PR. Conselho Regional de Serviço Social do Paraná – 11a Região. **Assistentes Sociais da Saúde relatam esgotamento e dificuldades em relação a saúde mental durante a pandemia**. 29/03/2021. Disponível em: <http://www.cresspr.org.br/site/assistentes-sociais-da-saude-rela-tam-esgotamento-e-dificuldades-em-relacao-a-saude-mental-durante-a-pandemia/>. Acesso em: 23 ago. 2022.

Crise do Oxigênio no Amazonas completa um ano com impunidade e incerteza causada pela Ômicron. **G1 AMAZONAS**. Manaus: Rede Amazônica, 2022. Disponível em: <https://g1.globo.com/am/amazonas/noticia/2022/01/14/crise-do-oxigenio-no-amazonas-completa-um-ano-com-impunidade-e-incerteza-causada-pela->

[omicron.ghtmlhttps://g1.globo.com/am/amazonas/noticia/2022/01/14/crise-do-oxigenio-no-amazonas-completa-um-ano-com-impunidade-e-incerteza-causada-pela-omicron.ghtml](https://g1.globo.com/am/amazonas/noticia/2022/01/14/crise-do-oxigenio-no-amazonas-completa-um-ano-com-impunidade-e-incerteza-causada-pela-omicron.ghtml). Acesso em: 30 jun. 2022.

CONCOLATO, Andrea Piccolotto. **Violência urbana no trabalho**: desamparo nas relações de trabalho e marcas na saúde mental do trabalhador. 2018. 133 f. Mestrado (mestrado em administração) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2018. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10183/200120>. Acesso em: 21 ago. 2022

COSTA, Maria Dalva Horácio da. O Trabalho nos Serviços de Saúde e a Inserção dos(as) Assistentes Sociais. In: Ana Elisabete Mota; Maria Inês Souza Bravo; Roberta Uchôa; Vera Nogueira; Regina Marsiglia; Luciano Gomes; Marlene Teixeira. (Org.). **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**. São Paulo: Cortez, 2010.

DEJOURS, Christophe. **A loucura do Trabalho**. Estudo de Psicopatologia do Trabalho. 2º ed. São Paulo: Cortez, 1987

DOLZANE, Rozenilda da Silva.; SCHWEICKARDT, Júlio Cesar. **Atenção Básica no Amazonas**: provimento, fixação e perfil profissional em contextos de difícil acesso: perfil dos profissionais de saúde em municípios do Amazonas. Trabalho, Educação e Saúde, v. 18, n. 3, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/hhHHV9zz8WKyQPVK3LtYfvF/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10. Mar 2022

DOMINGO ESPETACULAR. **Roberto Cabrini mostra luta pela vida de pacientes com covid-19 em Manaus**. Youtube, 28 de janeiro de 2021. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=SVUug8-NepY>. Acesso em: 22 ago. 2022

Escassez de profissionais da saúde deve avançar nas próximas décadas. **G1 NORTE E NOROESTE**. 2021. Disponível em: <https://g1.globo.com/pr/norte-noroeste/especial-publicitario/centro-universitario-integrado/noticia/2021/03/19/escassez-de-profissionais-da-saude-deve-avancar-nas-proximas-decadas.ghtml>. Acesso em: 10 jul. 2022

Famosos mostram médicos com rostos marcados por máscaras apertadas: ‘heróis’. **FOLHA DE SÃO PAULO**. 2020. Disponível em: <https://f5.folha.uol.com.br/celebridades/2020/03/famosos-mostram-medicos-com-rostos-marcados-por-mascaras-apertadas-herois.shtml>. Acesso em: 20 ago. 2022

FAUSTO. Márcia Cristina Rodrigues; MATTA, Gustavo Corrêa. Atenção Primária à saúde: histórico e perspectivas. In: MOROSINI, Márcia Valéria G. C.; CORBO, Anamaria D’Andrea (Org.). **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: ESPJV/FIOCRUZ, 2007. p. 43-67. (Coleção Educação Profissional e Docência em Saúde: a formação e o trabalho do agente comunitário de saúde, 4). Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/39171/2/Modelos%20de%20Aten%20Prim%20aria%20Sa%20bade.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2022

FRENTE NACIONAL CONTRA A PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE. **Quem somos**. Disponível em: <https://www.contraprivatizacao.com.br/p/quem-somos.html>. Acesso em: 27 jun. 2022

GARNELO, Luiza; SOUZA, Amandia Braga Lima; SILVA, Clayton de Oliveira da. **Regionalização em Saúde no Amazonas: avanços e desafios.** Ciência & Saúde Coletiva, 22(4):1225-1234, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/j77vcsPR76Hxb6zjPzD9bHS/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 15 ago. 2022

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa?** 4º ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GOLDENBERG, Mirian. **A arte de pesquisar: como fazer pesquisa qualitativa em Ciências Sociais.** 8ª ed. Rio de Janeiro: Record, 2004.

G1 relembra fatos de um ano da pandemia no Amazonas em FOTOS. **G1 AMAZONAS.** 2021. Disponível em: <https://g1.globo.com/am/amazonas/noticia/2021/03/12/g1-relembra-fatos-de-um-ano-da-pandemia-no-amazonas-em-fotos.ghtml>. Acesso em: 22 ago. 2022

Há um ano, SP vacinava 1ª pessoa contra Covid no Brasil; veja o que mudou e projeções para o futuro. **G1 SÃO PAULO.** 2022. Disponível em: <https://g1.globo.com/sp/sao-paulo/noticia/2022/01/17/ha-um-ano-sp-vacinava-1a-pessoa-contracovid-no-brasil-veja-o-que-mudou-e-projecoes-para-o-futuro.ghtml>. Acesso em: 20 ago. 2022

Health care in Brazil's Amazonas state in 'collapse' as Covid-19 infections surge. **CNN.** 2021. Disponível em: <https://edition.cnn.com/2021/01/15/americas/brazil-manaus-coronavirus-crisis-intl/index.html>. Acesso em: 22 ago. 2022

HELOANI, Roberto; LANCMAN, Selma. **Psicodinâmica do trabalho: o método clínico de intervenção e investigação.** Revista Produção, v. 14, n. 3, p. 077-086, Set./Dez. 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/prod/a/M58nPpDtHKLhT7pGqZwmGZG/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 28 nov. 2022.

Hospitais privados de Manaus acionam justiça para garantir oxigênio. **FOLHA DE SÃO PAULO.** 2021. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2021/01/hospitais-privados-de-manaus-acionam-justica-para-garantir-oxigenio.shtml>. Acesso em: 22 ago. 2022

IAMAMOTO, Marilda Villela. **O serviço social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional.** 3º ed. São Paulo: Cortez, 2000.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Cidades e Estados: Amazonas.** Rio de Janeiro: IBGE: 2021

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Cidades e Estados: Manaus.** Rio de Janeiro: IBGE: 2021

ILO. Internacional Labour Organization. **Working conditions.** [s.d.]. Disponível em: <https://www.ilo.org/global/topics/working-conditions/lang--en/index.htm>. Acesso em: 20 agosto 2022.

Juiz sentencia no Amazonas em óbito por falta de oxigênio na covid. **BNC**. 2022. Disponível em: <https://bncamazonas.com.br/poder/justica-juiz-amazonas-morte-falta-de-oxigenio-covid/>. Acesso em: 22 ago. 2022

KRUGER, Tânia. Regina. Serviço Social e Saúde: espaços de atuação a partir do SUS. **Serviço Social e Saúde**, Campinas, v. 9, n. 2, p. 123-145, jul./dez. 2010. Disponível em: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/sss/article/view/8634891/2790>. Acesso em: 10 ago. 2022

LESSA, Sérgio. **Mundo dos homens: trabalho e ser social**. São Paulo: Instituto Lukács, 2012. – 3ª ed. rev. Cor. 254 p.

LOURENÇO, Edvânia Ângela de Souza. **Na Trilha da Saúde do Trabalhador: a experiência de Franca**. Franca: UNESP – FHDSS, 2009.

LUKÁCS, György. **Para uma ontologia do ser social II**. Tradução de Nélio Schneider. São Paulo: Boitempo, 2012.

LUNA, Maria Rute de Souza; OLIVEIRA, Simone Eneida Baçal de. (2012). **O Sistema Único de Saúde na realidade de Manaus: um paradigma para análise**. Sociedade Em Debate, 16(1), 91-106. Disponível em: <https://revistas.ucpel.edu.br/rsd/article/view/339>. Acesso em: 08 mar. 2022

MANAUS. Secretaria Municipal de Saúde. **Portal da Transparência**. 2022. Disponível em: <https://transparencia.manaus.am.gov.br/transparencia/v2/#/servidores>. Acesso em: 06 mar. 2022

_____. Secretaria Municipal de Saúde. **Localização das Unidades de Saúde**. 2022. Disponível em: <https://semsa.manaus.am.gov.br/localizacao-das-unidades-de-saude/>. Acesso em: 02 mar. 2022

_____. Secretaria Municipal de Saúde. **Mapa das UBS referência para atendimento de covid-19**. [s.d.]. disponível em: https://www.google.com/maps/d/viewer?mid=18yKJXG5JMaI9AM8qMeue_4114Ds&ll=-3.0102781021627965%2C-59.93349219792644&z=12. Acesso em: 22 ago. 2022

_____. Secretaria Municipal de Saúde. **UBSs com Atendimento para os Casos Suspeitos da Covid-19 em Manaus**. [s.d.]. disponível em: <https://covid19.manaus.am.gov.br/ubss-de-referencias-para-os-casos-suspeitos-do-covid-19/>. Acesso em: 22 ago. 2022

MARQUES, Nadianna Rosa; SANTOS, Laira Vasconcelos dos; COSTA, Solange Maria Gayoso da. Desastres e Conflitos Socioambientais: reflexões iniciais sobre demandas ao Serviço Social. **Serviço Social e Saúde Pública em Tempos sombrios: (in)certezas no presente e perspectivas para o futuro**. In: BELLINI, Maria Isabel Barros; PINHEIRO, Hamida Assunção.; et al (Orgs.). São Paulo: Manaus. Alexa Cultural/EDUA. p. 313-330, 2021. Disponível em: <https://drive.google.com/file/d/1INLnNdSgJ78kDFANR0ZHffYHQJwhltOX/view>. Acesso em: 21 ago. 2022.

MARCH, Claudia. **A Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, universidades públicas e autonomia:** ampliação da subordinação à lógica do capital. Universidade e Sociedade (Brasília), v. 49, p. 62-70, 2012. Disponível em: https://www.andes.org.br/img/midias/3231647f3b716ba8a720740b75b864e7_1548264091.pdf#page=62. Acesso em: 22 mar. 2022

MARQUEZE, Elaine Cristina; MORENO, Claudia Roberta de Castro. Satisfação no trabalho – uma breve revisão. **Revista Brasileira Saúde Ocupacional**, São Paulo, 30 (112): 69-79, 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbso/a/M8DvvS9XBrtqBryT6yGYg5n/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 18 ago. 2022

MARX, Karl. **O Capital:** crítica da economia política. Livro 1. Tradução de Rubens Enderle. São Paulo: Boitempo, 2013.

_____. **Manuscritos econômicos-filosóficos.** Tradução de Jesus Raniere. 1ª ed. São Paulo: Boitempo, 2004.

MATOS, Maurilio Castro de. **O neofascismo da política de saúde de Bolsonaro em tempos perigosos de pandemia da Covid-19.** Revista Humanidades e Inovação. V.8, n.35. 2021. Disponível em: <https://revista.unitins.br/index.php/humanidadeseinovacao/article/download/5340/2648>. Acesso em: 22 mar. 2022

_____. **Cotidiano, Ética e Saúde:** O Serviço Social frente à contra-reforma do Estado e à criminalização do aborto. 2009. 272 f. Tese (Doutorado em Serviço Social) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2009.

_____. **A pandemia do coronavírus (COVID 19) e o trabalho de assistentes sociais na saúde.** Rio de Janeiro. 2020. Disponível em: <http://www.cress-es.org.br/wp-content/uploads/2020/04/Artigo-A-pandemia-do-coronav%C3%ADrus-COVID-19-e-o-trabalho-de-assistentes-sociais-na-sa%C3%BAde-2.pdf>. Acesso em: 26 jun. 2022

MIOTO, Regina Célia Tamasso. Estudos Socioeconômicos. In: **Serviço Social:** direitos sociais e competências profissionais. Unidade V: Atribuições Privativas e Competências do Assistente Social. CFESS/ABEPSS: Brasília, 2009. Disponível em: <https://www.poderesocial.com.br/wp-content/uploads/2017/08/5.1-Estudos-socioecon%C3%B4micos-%E2%80%93-Regina-C%C3%A9lia-Mioto.pdf>. Acesso em: 16 mar. 2022

MINAYO-GOMEZ, Carlos; THEDIM-COSTA, Sonia Maria da Fonseca. **A construção do campo da saúde do trabalhador:** percurso e dilemas; Cad. Saúde Públ., Rio de Janeiro, 13(Supl. 2):21-32, 1997.

MP vai investigar mortes por falta de oxigênio no Amazonas. **AGÊNCIA BRASIL.** 2021. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2021-01/mp-vai-investigar-mortes-por-falta-de-oxigenio-no-amazonas>. Acesso em: 22 ago. 2022

NETTO, José Paulo. A construção do projeto ético-político contemporâneo. In: **Capacitação em Serviço Social e Política Social.** Módulo 1. Brasília:

CEAD/ABEPSS/CFESS, 1999. Disponível em: https://ssrede.pro.br/wp-content/uploads/2017/07/projeto_etico_politico-j-p-netto .pdf

_____. J. P.; BRAZ, Marcelo. **Economia política: uma introdução crítica**. São Paulo: Editora Cortez, 2012. (Biblioteca básica de Serviço Social; v.1). p. 66-88

OLIVEIRA, Hadelândia Milon de.; GONÇALVES, Maria Jacinta Ferreira.; PIRES, Rodrigo Otávio Moretti. **Caracterização da estratégia saúde da família no estado do Amazonas, Brasil: análise da implantação e impacto**. Cadernos de Saúde Pública, 27(1), 35-45. 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2011000100004>. Acesso em: 13 mar. 2022

REIS, Camila Ramos.; PAIM, Jairnilson Silva. **A saúde nos períodos dos governos Dilma Rousseff (2011-2016)**. Revista Divulgação em Saúde para Debate. Rio de Janeiro, nº 58, p.101-114, 2018. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/29852/1/Artigo%20Jairnilson%20Paim.%202018.pdf>. Acesso em: 23 mar. 2022

Pandemia expõe excesso de trabalho, sofrimento e falta de reconhecimento dos profissionais de saúde, revela estudo da Fiocruz. **FIOCRUZ/INFORME ENSP**. 2021. Disponível em: <https://informe.ensp.fiocruz.br/noticias/51044>. Acesso em: 22 ago. 2022

PEREIRA, Vera Lucia.; SASSAKI, Yoshiko. Serviço Social e Saúde: demandas e desafios no contexto da pandemia. In: Pinheiro, H. A.; et al (Orgs.). **Serviço Social e os dilemas da saúde em tempos de pandemia**. São Paulo: Manaus. Alexa Cultural/ EDUA. 2020.

PINHEIRO, Hamida Assunção; BARROCO, Clivia Costa; SANTOS, Glória Vaz. Crise Sanitária e Trabalho do/da Assistente Social na Saúde: o Amazonas em foco. **Revista Humanidades e Inovação**, v.8, n. 39, p. 147-187, 2020. Disponível em: <https://revista.unitins.br/index.php/humanidadeseinovacao/issue/view/110>. Acesso em: 18 ago. 2022.

PINHEIRO, Hamida Assunção.; BARROCO, Clivia Costa.; SANTOS, Gloria Vaz. O Serviço Social na pandemia da covid-19: a precarização do trabalho sob análise. **Serviço Social e Saúde Pública em Tempos sombrios: (in)certezas no presente e perspectivas para o futuro**. In: BELLINI, Maria Isabel Barros; PINHEIRO, Hamida Assunção.; et al (Orgs.). São Paulo: Manaus. Alexa Cultural/EDUA. p. 113-117, 2021. Disponível em: <https://drive.google.com/file/d/1INLnNdSgJ78kDFANR0ZHffYHQJwhltOX/view>. Acesso em: 21 ago. 2022.

PLANO ESTADUAL DE SAÚDE DO AMAZONAS 2020-2023. Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas (SES/AM). Manaus, Amazonas, 2019. Disponível em: http://www.saude.am.gov.br/docs/pes/pes_2020-2023_ver_ini.pdf. Acesso em: 06 mar. 2022

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE DE MANAUS 2018-2021. Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA). Manaus, Amazonas, 2017. Disponível em: <https://semsa.manaus.am.gov.br/wp-content/uploads/2019/04/Plano-Municipal-de-Sa%C3%BAde-de-Manaus-2018-2021.pdf>. Acesso em: 05 mar. 2022

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE DE MANAUS 2022-2025. Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA). Manaus, Amazonas, 2021. Disponível em: <https://semsa.manaus.am.gov.br/wp-content/uploads/2022/02/Plano-Municipal-de-Saude-2022-2025.pdf>. Acesso em: 05 mar. 2022

RAICHELIS, Raquel. **O assistente social como trabalhador assalariado: desafios frente às violações de seus direitos**. Serv. Soc. Soc., São Paulo, n. 107, p. 420-437, jul./set. 2011

_____. Serviço Social: trabalho e profissão na trama do capitalismo contemporâneo. In: RAICHELIS, Raquel; VICENTE, Damares. (Org.). **A nova morfologia do trabalho no serviço social**. São Paulo: Cortez, 2018.

REZENDE, Conceição A. P. O modelo de gestão do SUS e as ameaças do Projeto Neoliberal. In: BRAVO, Maria Inês Souza et al. (Orgs.). **Política de saúde na atual conjuntura: modelos de gestão e agenda para a Saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: Rede Sirius, p. 25-35, 2008. Disponível em: <https://adrianonascimento.webnode.com.br/files/200000177-44831457d0/VV.%20AA.%20Pol%C3%ADtica%20de%20Sa%C3%BAde%20na%20Atual%20Conjuntura..pdf>. Acesso em: 21 mar. 2022

REZENDE, Juliano Zancanelo. **Serviço Social, Lutas e Movimentos Sociais: uma importante relação histórica para a ruptura com o conservadorismo**. v. 16 n. 1 (2018): Anais do XVI Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/abepss/article/view/22660>. Acesso em: 23 ago. 2022

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. **Secretaria Municipal de Manaus**. Escola de Saúde Pública. Manaus: SEMSA, 2022. Disponível em: <https://semsa.manaus.am.gov.br/institucional-escola-de-saude-publica/>. Acesso em: 30 jun. 2022.

Segundo colapso de Manaus simboliza o Brasil que perdeu 200000 vidas para a covid-19. **EL PAÍS BRASIL**. 2021. Disponível em: <https://brasil.elpais.com/brasil/2021-01-07/segundo-colapso-de-manaus-simboliza-o-brasil-que-perdeu-200000-vidas-para-a-covid-19.html>. Acesso em: 20 ago. 2022

SOARES, Raquel Cavalcante. **A contrarreforma na política de saúde: impactos e demandas ao Serviço Social**. Tese (Doutorado). Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2010. Disponível em: https://repositorio.ufpe.br/bitstream/123456789/9499/1/arquivo6539_1.pdf. Acesso em: 24 mar. 2022

_____. R. C.; CORREIA, Maria Valéria Costa; SANTOS, Viviane Medeiros dos. **Serviço Social na política de saúde no enfrentamento da pandemia da covid-19**. Serviço Social e Sociedade. São Paulo, no. 140, p. 118-133, abril, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ssoc/a/B3QvfrsQcsNy6H3vP5ZrTmS/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 jul. 2022

SPOSATI, Aldaíza. **Modelo brasileiro de proteção social não contributiva: concepções fundantes**. In: Concepção e gestão da proteção social não contributiva no

Brasil. Brasília, 2009. Disponível em: <http://unesdoc.unesco.org/images/0018/001830/183075por.pdf>. Acesso em: 05 set. 2022

STARFIELD, Bárbara. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Tradução de Fidelity Translations. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0253.pdf>. Acesso em: 20 fev 2022.

The arduous path for oxygen to reach the sick in one of Brazil's most remote regions. **THE WASHINGTON POST.** 2021. Disponível em: <https://www.washingtonpost.com/graphics/2021/world/manaus-amazonas-coronavirus-medical-oxygen-shortage/>. Acesso em: 22 ago. 2022

TRIBUNAL SUPERIOR DO TRABALHO. **Saúde mental no trabalho: a construção do trabalho seguro depende de todos nós.** Brasília: Tribunal Superior do Trabalho, 2021. Secretaria de comunicação. Disponível em: <https://www.tst.jus.br/-/sa%C3%BAde-mental-no-trabalho-a-constru%C3%A7%C3%A3o-do-trabalho-seguro%C2%A0depende-de-todos-n%C3%B3s>. Acesso em: 20 jun. 2022.

VASCONCELOS, Ana Maria de. **A prática do Serviço Social: Cotidiano, formação e alternativas na área da saúde.** 3ª ed. São Paulo: Cortez, 2002

VASCONCELOS, Renata Thaís Bomm. **Humanização de ambientes hospitalares: características arquitetônicas responsáveis pela integração interior/exterior.** Dissertação (Pós-Graduação em Arquitetura e Urbanismo) Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis (2004).

Veja quais países iniciaram a vacinação contra a Covid-19; Brasil está fora. **CNN BRASIL.** 2020. Disponível em: <https://www.cnnbrasil.com.br/saude/quais-os-paises-que-ja-comecaram-a-vacinacao-contra-a-covid-19/>. Acesso em: 20 ago. 2022

YAZBEK, Maria Carmelita. O significado sócio-histórico da profissão. Brasília: CFESS; ABEPSS, 2009. Disponível em: <https://www.cressrn.org.br/files/arquivos/3D6F81pn1Nsm7IhGdgh1.pdfv>. Acesso em: 25 nov. 2022.

APÊNDICES

APÊNDICE A: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE




UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL E
SUSTENTABILIDADE NA AMAZÔNIA
NÍVEL MESTRADO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Convidamos você a participar de forma livre, autônoma e esclarecida da pesquisa: **“O trabalho do assistente social na atenção básica de saúde em Manaus: condições de trabalho, implicações à saúde e desafios cotidianos”**, realizada pela pesquisadora responsável Gloria Vaz Santos, sob a orientação da Professora Doutora Hamida Assunção Pinheiro, pesquisadoras do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Sustentabilidade na Amazônia – PPGSS da Universidade Federal do Amazonas – UFAM

A pesquisa tem por objetivo geral: Analisar as condições de trabalho e saúde dos Assistentes Sociais que atuam na Atenção Básica de Saúde em Manaus a fim de subsidiar estudos e ações de enfrentamento à saúde do trabalhador. Quanto aos objetivos específicos, a pesquisa pretende: **1) Identificar** como as mudanças no mundo do trabalho tem repercutido nas condições de trabalho e saúde dos Assistentes Sociais, em especial, na área da saúde; **2) Caracterizar** o trabalho profissional dos assistentes sociais que atuam na atenção básica, dando destaque àquelas realizados no âmbito das Unidades Básicas de Saúde; **3) Compreender** as principais dificuldades enfrentadas pelos Assistentes Sociais, referente às condições de trabalho e saúde, dando ênfase ao período de pandemia da COVID-19 e **4) Perceber** as estratégias de enfrentamento, individuais e coletivas, para a melhoria das condições de trabalho e saúde dos Assistentes Sociais.

O propósito de convidá-lo(a) a contribuir com essa pesquisa é por você ser Assistente Social em uma das Unidades Básicas de Saúde selecionadas pela pesquisa. A sua participação na pesquisa pode contribuir na discussão e reflexão das condições de trabalho do Assistente Social na Atenção Básica de Saúde em Manaus. Acreditamos que por ser um tema da atualidade, a realização e os resultados alcançados com essa pesquisa darão mais visibilidade ao atual contexto de precarização do trabalho e suas consequências para as condições de trabalho e de saúde dos Assistentes Sociais que atuam na atenção básica em Manaus. A pesquisa também pode contribuir para a comunidade acadêmica, afirmando que, com os resultados obtidos, possibilitam a realização de novos estudos dentro da temática. E para a comunidade de modo geral, tendo em vista que, indiretamente, pode também contribuir para o conhecimento da saúde pública na contemporaneidade e os limites e desafios enfrentados pelos profissionais de saúde, sobretudo, os Assistentes Sociais. Além de contribuir para a melhoria da qualidade dos serviços de saúde, ou seja, profissionais que têm melhor compreensão quanto às suas condições de trabalho e de saúde podem lutar pela qualidade de serviços de saúde pública.

A sua participação nessa pesquisa não é obrigatória, você tem todo direito de recusar-se a participar e tem a plena liberdade de retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma para o(a) senhor(a). Você não terá nenhuma despesa ou compensação financeira com a pesquisa.

Sua participação na pesquisa consistirá em responder as perguntas abertas e fechadas do questionário eletrônico, disposto na Plataforma *Google Forms*. Se julgar necessário, você dispõe de tempo para que possa refletir sobre sua participação, consultando, se necessário, seus familiares e/ou outras pessoas que possam auxiliá-lo na tomada de decisão livre e esclarecida. Além disso, em qualquer momento lhe é concedido o direito de não responder a qualquer pergunta que for feita, caso não queira ou não se sinta à vontade.

É importante que saiba que toda investigação científica oferece riscos aos sujeitos envolvidos, como: desconforto, constrangimentos, cansaço e/ou estresse ao responder as questões, mas a pesquisadora principal se compromete a minimizar os riscos provenientes da pesquisa.

De acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 510, de 07 de abril de 2016, a pesquisa em ciências humanas e sociais exige acima de tudo respeito e garantia do pleno exercício dos direitos dos participantes devendo ser concebida, avaliada e realizada de modo a prevenir e evitar possíveis danos aos sujeitos da pesquisa.

Ademais, considerando o respeito pela dignidade humana e pela proteção aos participantes das pesquisas científicas previstas na Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, a

Página 1 de 1




UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL E
SUSTENTABILIDADE NA AMAZÔNIA
NÍVEL MESTRADO

mesma destaca no item II, ponto 22 a possibilidade de danos à dimensão física, psíquica, moral intelectual, social, cultural ou espiritual do ser humano, em qualquer pesquisa e dela decorrente. Com isso, no item V, ponto 5, prevê caso os sujeitos da pesquisa se sentirem prejudicados e sofrerem qualquer tipo de dano resultante da sua participação na pesquisa, previstos ou não no TCLE, o pesquisador responsável deverá reparar o dano ou indenizar o participante da pesquisa, prestando-lhe assistência imediata ou integral.

O participante e/ou acompanhante que vier a sofrer qualquer tipo de dano resultante da sua participação na pesquisa, tem direito à indenização ou ressarcimento por parte da pesquisadora, ou seja, está assegurado o direito à cobertura material para reparação de dano causado pela pesquisadora.

Além disso, caso necessário, a pesquisadora responsável também encaminhará o participante e/ou acompanhante para serviços de atendimento e apoio ofertados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), sendo responsável pelas despesas do participante e/ou acompanhante.

Existe também os riscos referentes ao ambiente virtual como aponta o Ofício Circular de nº 2/2021/CONEP/SECNS/MS, tendo em vista que para esta pesquisa, na modalidade virtual, estamos utilizando a Plataforma Google através das ferramentas Google Forms e Google Drive na qual estas já trazem no seu teor uma Política de Privacidade garantindo a segurança dos dados e informações por ela coletados. As diretrizes dessa política de privacidade podem ser acessadas por meio do link: <https://policies.google.com/privacy?hl=pt-BR#intro>. É importante ressaltar que a Plataforma Google garante essa segurança, contudo, o Ofício Circular nº 2/2021/CONEP/SECNS/MS, em seu item 3.2, orienta que é de responsabilidade do pesquisador o armazenamento adequado dos dados, bem como os procedimentos buscando assegurar o sigilo e a confidencialidade das informações do participante da pesquisa. Para a garantia do sigilo e da confidencialidade, após concluída a coleta dos dados será realizado o download integral dos dados coletados e transferido para um dispositivo eletrônico local chamado de HD externo. Após sua conclusão, será apagado toda e qualquer informação de ambientes virtuais e de compartilhamento bem como da “nuvem”.

Destaca-se que os dados coletados por meio do questionário receberão tratamento analítico e interpretativo visando compor dados estatísticos e qualitativos de forma que venham a contribuir para o entendimento das informações coletadas, subsidiando a redação da presente pesquisa e na devolução dos resultados obtidos à sociedade. **Contudo, os nomes dos participantes e seus dados serão rigorosamente mantidos em sigilo e preservados em todas as fases da pesquisa, sob o resguardo da pesquisadora, e posteriormente na divulgação científica. Reforçamos ainda a garantia da não utilização das informações obtidas com a pesquisa em seu prejuízo.** Se você concordar em participar, deverá realizar o aceite da pesquisa na caixa de diálogo disposta após o “Consentimento Pós-informação” para ter acesso ao questionário com perguntas abertas ou fechadas.

Para qualquer informação ou esclarecimentos o(a) senhor(a) pode entrar em contato com as pesquisadoras através dos telefones: (92) 98463-6196 ou (92) 99152-6080; e-mails: glorivazsantos@hotmail.com ou hamida.assuncao@gmail.com. O(A) Sr(a), também pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal do Amazonas (CEP/UFAM) e com a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), quando pertinente. O CEP/UFAM fica na Escola de Enfermagem de Manaus (EEM/UFAM) - Sala 07, Rua Teresina, 495 – Adrianópolis – Manaus – AM, Fone: (92) 3305-1181 Ramal 2004, E-mail: cep@ufam.edu.br. O CEP/UFAM é um colegiado multi e transdisciplinar, independente, criado para defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos.

Página 2 de 2




UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL E
SUSTENTABILIDADE NA AMAZÔNIA
NÍVEL MESTRADO

CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO

Li e concordo em participar da pesquisa, sabendo que fui informado (a) sobre o que a pesquisadora quer fazer e porque precisa da minha contribuição, e entendi a explicação. Assim, concordo em participar da pesquisa, sabendo que não serei pago (a) e que tenho o direito de retirar meu consentimento a qualquer momento, sem sofrer qualquer penalidade ou constrangimento. Tenho ciência de que esta pesquisa pertence à área das Ciências Sociais e que não envolve qualquer risco previsível à minha vida, à minha saúde ou à saúde de outros participantes ou pessoas próximas. Porém, caso haja qualquer problema, as pesquisadoras informaram que devem reparar o prejuízo. Além disso, estou recebendo uma via deste documento através do seu download online viabilizado no link abaixo.

Ao clicar no botão abaixo, o(a) senhor(a) concorda em participar da pesquisa nos termos deste TCLE. Caso não concorde em participar, apenas feche essa página no seu navegador

Página 3 de 3

Link de acesso: <https://forms.gle/yWqX7xPYn7soU4Ao8>

APÊNDICE B: QUESTIONÁRIO ELETRÔNICO

<p>1. IDENTIFICAÇÃO</p> <p>1.1 Nome</p> <p>Sua resposta <input type="text"/></p>	<p>1.5 Tempo de atuação na Unidade de Saúde</p> <p><input type="radio"/> De 1 a 5 anos</p> <p><input type="radio"/> De 6 a 10 anos</p> <p><input type="radio"/> De 11 a 15 anos</p> <p><input type="radio"/> De 16 a 20 anos</p> <p><input type="radio"/> De 21 a 25 anos</p> <p><input type="radio"/> 30 anos ou mais</p>	<p>1.8 Admissão</p> <p><input type="radio"/> concurso público</p> <p><input type="radio"/> processo seletivo</p> <p><input type="radio"/> indicação</p> <p><input type="radio"/> desvio de função</p> <p><input type="radio"/> Outro: _____</p>
<p>1.2 Tipo de formação na graduação</p> <p><input type="radio"/> Presencial</p> <p><input type="radio"/> Semipresencial</p> <p><input type="radio"/> Educação a Distância</p>	<p>1.6 Carga horária diária na Unidade de Saúde</p> <p><input type="radio"/> 6h</p> <p><input type="radio"/> 8h</p> <p><input type="radio"/> Outro: _____</p>	<p>1.9 Em qual(is) UBS/USF você trabalha? (obs: pode marcar mais de uma opção, caso você esteja lotado em mais de uma UBS/USF)</p> <p><input type="checkbox"/> USF ALFREDO CAMPOS (DISA LESTE)</p> <p><input type="checkbox"/> USF ENF* IVONE LIMA DOS SANTOS (DISA LESTE)</p> <p><input type="checkbox"/> UBS DR* CACILDA MARTINS DE FREITAS (DISA LESTE)</p> <p><input type="checkbox"/> USF DR* LUIZA DO CARMO RIBEIRO FERNANDES (DISA LESTE)</p> <p><input type="checkbox"/> USF DR. GILSON MOREIRA (DISA LESTE)</p> <p><input type="checkbox"/> USF DR. AMAZONAS PALHANO (DISA LESTE)</p> <p><input type="checkbox"/> USF DR. JOSÉ AVELINO MOREIRA (DISA LESTE)</p> <p><input type="checkbox"/> UBS GERALDO MAGELA (DISA LESTE)</p> <p><input type="checkbox"/> USF GUILHERME ALEXANDRE (DISA LESTE)</p> <p><input type="checkbox"/> USF JOÃO NOGUEIRA DA MATA (DISA LESTE)</p> <p><input type="checkbox"/> USF LAGO DO ALEIXO (DISA LESTE)</p> <p><input type="checkbox"/> USF MARIA LEONOR BRILHANTE (DISA LESTE)</p> <p><input type="checkbox"/> UBS MAUAZINHO (DISA LESTE)</p> <p><input type="checkbox"/> USF NOVA ESPERANÇA (DISA LESTE)</p> <p><input type="checkbox"/> USF DR. PLATÃO ARAÚJO (DISA LESTE)</p> <p><input type="checkbox"/> USF DR. SILAS DE OLIVEIRA SANTOS (DISA LESTE)</p> <p><input type="checkbox"/> USF ENF* JOSEPHINA DE MELLO (DISA LESTE)</p> <p><input type="checkbox"/> USF DR. GEBES DE MEDEIROS FILHO (DISA LESTE)</p> <p><input type="checkbox"/> USF CLÍNICA DA FAMÍLIA WALDIR BUGALHO DE MEDEIROS (DISA LESTE)</p> <p><input type="checkbox"/> USF CLÍNICA DA FAMÍLIA SENADOR SEVERIANO NUNES (DISA LESTE)</p> <p><input type="checkbox"/> USF CLÍNICA DA FAMÍLIA DESEMBARGADOR FÁBIO DO COUTO VALLE (DISA LESTE)</p> <p><input type="checkbox"/> USF FÁTIMA DE ANDRADE (DISA NORTE)</p> <p><input type="checkbox"/> USF MAJOR PM SÁLVIO BELOTA (DISA NORTE)</p> <p><input type="checkbox"/> USF FREI VALÉRIO (DISA NORTE)</p> <p><input type="checkbox"/> USF DR. JOSÉ FIGLIUOLO (DISA NORTE)</p> <p><input type="checkbox"/> UBS ARMANDO MENDES (DISA NORTE)</p> <p><input type="checkbox"/> USF ÁUGIAS GADELHA (DISA NORTE)</p> <p><input type="checkbox"/> UBS ARTHUR VIRGILIO FILHO (DISA NORTE)</p> <p><input type="checkbox"/> UBS BALBINA MESTRINHO (DISA NORTE)</p> <p><input type="checkbox"/> USF CLÍNICA DA FAMÍLIA CARMEN NICOLAU (DISA NORTE)</p> <p><input type="checkbox"/> USF CLÍNICA DA FAMÍLIA PROF. CARLSON GRACIE (DISA NORTE)</p>
<p>1.3 Ano de conclusão</p> <p>Sua resposta <input type="text"/></p>	<p>1.7 Sua renda mensal é aproximadamente</p> <p><input type="radio"/> 1 salário mínimo</p> <p><input type="radio"/> 1 salário mínimo e meio</p> <p><input type="radio"/> 2 à 3 salários mínimos</p> <p><input type="radio"/> 4 à 5 salários mínimos</p> <p><input type="radio"/> 6 ou mais salários mínimos</p>	

Link de acesso: <https://forms.gle/yWqX7xPYn7soU4Ao8>

- UBS AJURICABA (DISA OESTE)
- UBS BAIRRO DA PAZ (DISA OESTE)
- UBS DEODATO DE MIRANDA LEÃO (DISA OESTE)
- UBS DOM MILTON CORREA (DISA OESTE)
- UBS IDA MENTONI (DISA OESTE)
- UBS LEONOR DE FREITAS (DISA OESTE)
- UBS LINDALVA DAMASCENO (DISA OESTE)
- UBS LUIZ MONTENEGRO (DISA OESTE)
- UBS MANSOUR BULBOL (DISA OESTE)
- UBS RAYOL DOS SANTOS (DISA OESTE)
- UBS REDENÇÃO (DISA OESTE)
- UBS SANTO ANTÔNIO (DISA OESTE)
- UBS SANTOS DUMONT (DISA OESTE)
- UBS SÃO VICENTE DE PAULO (DISA OESTE)
- UBS VILA DA PRATA (DISA OESTE)
- UBS MARIA IDA MENTONI (DISA OESTE)
- USF ALMIR PEDREIRA (DISA SUL)
- USF FRANK CALDERON (DISA SUL)
- USF JAPIIM (DISA SUL)
- USF DR. JOSÉ RAYOL DOS SANTOS (DISA SUL)
- USF LOURENÇO BORGHI (DISA SUL)
- USF LÚCIO FLÁVIO VASCONCELOS DIAS (DISA SUL)
- USF LUIZ MONTENEGRO (DISA SUL)
- USF MEGUMO KADO (DISA SUL)
- USF MORRO DA LIBERDADE (DISA SUL)
- USF PETRÓPOLIS (DISA SUL)
- USF SANTA LUZIA (DISA SUL)
- USF SÃO FRANCISCO (DISA SUL)
- USF THEODOMIRO GARRIDO (DISA SUL)
- USF THEOMÁRIO PINTO DA COSTA (DISA SUL)
- USF VICENTE PALLOTTI (DISA SUL)
- USF NILTON LINS (DISA SUL)
- USF CLÍNICA DA FAMÍLIA DR. ANTÔNIO REIS (DISA SUL)
- UBS RURAL SÃO PEDRO (DISA RURAL)
- UBS RURAL NOSSA SENHORA AUXILIADORA (DISA RURAL)
- UBS RURAL PAU ROSA (DISA RURAL)
- UBS RURAL EFHIGÊNIO SALES (DISA RURAL)
- UBS RURAL CONSELHEIRA ADA VIANA (DISA RURAL)
- Outro: _____

1.10 Quantos profissionais de serviço social, incluindo você, atuam na Unidade de Saúde atualmente?

- 1
- 2
- 3
- 4
- Mais de 5

[Voltar](#)

[Próxima](#)

[Limpar formulário](#)

2. Vínculos de Trabalho

VOCÊ ATUA EM MAIS DE UMA INSTITUIÇÃO, ALÉM DA UBS/USF? EM CASO POSITIVO, ASSINALE AS OPÇÕES ABAIXO. CASO VOCÊ POSSUA VÍNCULO DE TRABALHO APENAS COM A UBS/USF, PULE PARA A PRÓXIMA SEÇÃO.

2.1 Tipo de vínculo

	Estatutário	CLT	Temporário	Voluntário
1º vínculo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2º vínculo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3º vínculo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

2.2 Carga horária diária

	6h	8h	10h ou mais
1º vínculo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2º vínculo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3º vínculo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

2.3 Tempo de trabalho na instituição

	1 a 5 anos	6 a 10 anos	11 a 15 anos	16 a 20 anos	21 a 25 anos	30 anos ou mais
1º vínculo	<input type="radio"/>					
2º vínculo	<input type="radio"/>					
3º vínculo	<input type="radio"/>					

2.4 Renda mensal

	1 salário mínimo	1 salário mínimo e meio	2 a 3 salários mínimos	4 a 5 salários mínimos	6 ou mais salários mínimos
1º vínculo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2º vínculo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3º vínculo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

2.5 Admissão

	concurso público	Processo seletivo	Indicação	Desvio de função
1º vínculo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2º vínculo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3º vínculo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

2.6 Função

	Analista técnico	Analista social	Assistente Social	outro
1º vínculo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2º vínculo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3º vínculo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

2.7 Cargo

	Diretor(a)	Coordenador(a)	Gerente	Lider	Assistente Social
1º vínculo	<input type="radio"/>				
2º vínculo	<input type="radio"/>				
3º vínculo	<input type="radio"/>				

[Voltar](#)

[Próxima](#)

[Limpar formulário](#)

3. TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NA UBS/USF

3.1 As atividades que realizo no cotidiano de trabalho na UBS/USF são? (pode marcar mais de uma opção)

- Atendimento ao usuário
- Preenchimento de ficha social
- Visita domiciliar
- Orientação aos usuários sobre direitos
- Encaminhamentos
- Reuniões grupais
- Palestras informativas
- Cadastramento para programas sociais
- Outro: _____

3.2 Meu ambiente de trabalho dispõe de: (pode marcar mais de uma opção)

- Sala para atendimento individual
- Sala para atendimento em grupo
- Sala bem iluminada
- Sala arejada
- Computador
- Condicionador de ar
- Acesso à internet
- Mesas e cadeiras adequadas para atendimento
- Armário para a guarda dos materiais de trabalho
- Espaço para guarda de material técnico sigiloso
- Banheiro exclusivo para os profissionais
- Equipamentos de proteção individual (EPI) (máscara, touca, avental, luva, etc.)
- Segurança contra a violência urbana (ex: câmeras de segurança, agentes de segurança, etc.)
- Outro: _____

3.3 Ao serviço social é exigido o cumprimento de metas de produtividade?

- Muito frequentemente
- Frequentemente
- Ocasionalmente
- Raramente
- Nunca

3.4 Ao serviço social é requisitada a realização de:

	Muito frequentemente	Frequentemente	Ocasionalmente	Raramente	Nunca
Marcação de consultas e exames	<input type="radio"/>				
Agendamento de ambulância	<input type="radio"/>				
Entrega de senhas para atendimento médico	<input type="radio"/>				
Preenchimento de formulários da área médica	<input type="radio"/>				
Pesagem de crianças e gestantes	<input type="radio"/>				
Emissão de declaração de comparecimento na unidade de atendimento com outros profissionais	<input type="radio"/>				
Práticas terapêuticas (terapia individual ou familiar)	<input type="radio"/>				

3.5 Seu ambiente de trabalho permite a realização de um trabalho com qualidade?

- Nunca
- Raramente
- Às vezes
- Frequentemente
- Sempre

3.6 Você se sente satisfeito com seu ambiente de trabalho?

- Nunca
- Raramente
- Às vezes
- Frequentemente
- Sempre

3.7 Em relação as dificuldades enfrentadas no ambiente de trabalho, assinale

	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
Falta de espaço físico adequado	<input type="radio"/>				
Falta de recursos humanos	<input type="radio"/>				
Falta de recursos materiais	<input type="radio"/>				
Falta de EPIs	<input type="radio"/>				
Falta de treinamento	<input type="radio"/>				
Falta de autonomia	<input type="radio"/>				
Falta de planejamento	<input type="radio"/>				
Barulho constante	<input type="radio"/>				
Dificuldades interpessoais na equipe	<input type="radio"/>				

3.8 Como você tem atuado como profissional para garantir suas condições de trabalho na UBS/USF? (pode marcar mais de uma opção)

- Articulação e/ou organização com a equipe de trabalho
- Solicitação e diálogo com a direção/gestão
- Orientação/denúncia junto ao Conselho Regional de Serviço Social (CRESS)
- Outro: _____

Voltar

Próxima

Limpar formulário

4. TRABALHO E SAÚDE

4.1 O trabalho tem afetado sua saúde

- Sim
 Não

4.2 Em caso positivo, de que forma? (pode marcar mais de uma opção)

- Estresse
 Ansiedade
 Cansaço físico e mental
 Apatia
 Dor (cabeça, articulações, coluna etc.)
 Insônia
 Outro: _____

4.3 Já adoeceu em decorrência do ambiente de trabalho

- Sim
 Não
 Não sei
 Prefiro não responder
 Outro: _____

4.4 Em caso positivo, de que forma? (pode marcar mais de uma opção)

- Adoecimento físico
 Adoecimento mental
 Adoecimento físico e mental

4.5 Já sofreu acidente de trabalho?

- Sim
 Não

4.6 Como foi?

Sua resposta _____

4.7 Em caso positivo, você teve suporte da equipe de saúde e segurança no trabalho?

- Sim
 Não

4.8 Você precisou se afastar do trabalho?

- Sim
 Não

4.8 Ficou com sequelas?

- Sim
 Não

4.9 Em caso positivo, que tipo de sequelas?

Sua resposta _____

4.10 De que forma você tem cuidado da sua saúde? (pode marcar mais de uma opção)

- Consultas e exames periódicos
 Acompanhamento psicológico
 Atividades físicas
 Terapia ocupacional
 Outro: _____

Voltar

Próxima

Limpar formulário

5. TRABALHO PROFISSIONAL NA PANDEMIA DA COVID-19

5.1 As principais atividades realizadas na unidade de saúde durante a pandemia são/foram: (pode marcar mais de uma opção)

- Orientações aos usuários (ex: socioassistencial, trabalhista, previdenciária)
 Encaminhamentos
 Acompanhamento social
 Outro: _____

5.2 Os equipamentos de proteção individual (EPIs) que a unidade de saúde disponibilizou/disponibiliza na proteção contra o contágio da covid-19 são/foram: (pode marcar mais de uma opção)

- Máscara cirúrgica
 Máscara N95
 Luvas
 Protetor facial
 Avental
 Capote
 propé
 Outro: _____

5.3 Antes da pandemia, eram disponibilizados EPIs aos assistentes sociais na UBS/USF?

- Nunca
 Raramente
 Às vezes
 Frequentemente
 Sempre

5.4 Houve falta de EPIs na Unidade de Saúde que você trabalha?

- Nunca
 Raramente
 Às vezes
 Frequentemente
 Sempre

5.5 Na ausência de EPIs disponibilizados na UBS/USF, como os profissionais se protegeram/protegem?

Sua resposta _____

5.6 Houve treinamento da equipe para lidar com as suspeitas e os casos da covid-19

- Sim, houve treinamento
- Não houve treinamento
- Outro: _____

5.7 Em caso positivo, como foi esse treinamento?

Sua resposta _____

5.8 Os principais desafios vivenciados atualmente no contexto de pandemia são: (pode marcar mais de uma opção)

- Falta de EPI
- Aumento da demanda
- Sobrecarga de trabalho
- Medo de se contaminar
- Perda de colegas de trabalho e familiares para Covid-19
- Outro: _____

5.9 Você pegou covid-19

- Sim
- Não
- Não sei

5.10 Em caso positivo, você precisou se afastar do trabalho?

- Sim
- Não
- Outro: _____

5.11 Teve sequelas da covid-19? Quais? (pode marcar mais de uma opção)

- Hipertensão
- Diabetes
- Ansiedade
- Fadiga
- Insônia
- Depressão
- Esquecimento
- Dor de cabeça
- Falta de ar
- Tosse
- Outro: _____

5.12 Como se sente após o retorno ao trabalho?

Sua resposta _____

5.13 Houve algum tipo de proteção no espaço de trabalho quando você retornou?

Sua resposta _____

[Voltar](#)

[Próxima](#)

[Limpar formulário](#)

6. RESISTÊNCIAS NA SAÚDE

6.1 Você tem acompanhado o posicionamento das entidades profissionais (CFESS/CRESS/ ABEPSS) sobre o trabalho do assistente social na pandemia?

- Nunca
- Raramente
- Às vezes
- Frequentemente
- Sempre

6.2 Você acompanha, presencial ou virtual, as ações da frente nacional pela privatização da saúde?

- Nunca
- Raramente
- Às vezes
- Frequentemente
- Sempre

6.3 Você apoia/participa de movimentos sociais ou organizações populares de resistências contra a regressão de direitos da classe trabalhadora? Quais?

Sua resposta _____

6.4 Você tem participado de cursos, congressos, jornadas nos últimos 4 anos?

Sua resposta _____

[Voltar](#)

[Próxima](#)

[Limpar formulário](#)

7. ESPAÇO PARA OBSERVAÇÕES

Espaço reservado para você, se julgar necessário, fazer observações ou complementar algo

Sua resposta _____

[Voltar](#)

[Enviar](#)

[Limpar formulário](#)

ANEXOS

ANEXO A: TERMO DE ANUÊNCIA DA ESAP/SEMSA

Saúde
Secretaria Municipal



Manaus
Prefeitura

ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DE MANAUS
Rua Pinheirão, 1589, Bairro Sentinela dos Graças - CEP: 67097-602
Telefones: (02) 9842-8504 | semsa@manaus.am.gov.br

ANUÊNCIA nº 51/2021 – ESAP/SEMSA

Manaus, 20 de outubro de 2021.

TERMO DE ANUÊNCIA PARA SUBMISSÃO AO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Declaramos para os devidos fins junto ao Comitê de Ética em Pesquisa – CEP, que a Secretaria Municipal de Saúde – SEMSA, está de acordo com a condução da pesquisa abaixo especificada:

TÍTULO: "O trabalho do assistente social na atenção básica de saúde em Manaus: condições de trabalho, implicações à saúde e desafios cotidianos."

PESQUISADORA RESPONSÁVEL: Gloria Vaz Santos

ORIENTADORA: Hamida Assunção Pinheiro

INSTITUIÇÃO: Universidade Federal do Amazonas

A Pesquisadora está devidamente orientada:

1. Que os objetivos e a metodologia desenvolvida por essa pesquisa, não deverão interferir no processo de trabalho do local de abrangência da pesquisa;
2. Que o desenvolvimento da pesquisa deverá ocorrer sem ônus para esta Secretaria, ou seja, é vedada a utilização de recursos humanos, material de expediente e outros;
3. Que a execução do projeto terá seu início somente após **APROVAÇÃO** por um CEP, mediante a apresentação do parecer ético consubstanciado à SEMSA assegurando que os resultados obtidos da presente pesquisa serão tratados conforme prevê a Resolução CNS nº 466/2012 e suas complementares;
4. Que após parecer consubstanciado do CEP deverá enviar cópia digitalizada para o e-mail: nupes.semsa@pmm.am.gov.br, solicitar **AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA** e aguardar a emissão do Termo de Autorização pela Escola de Saúde Pública de Manaus/SEMSA para início da pesquisa de campo.

Arlete Lima Simões
Chefe de Núcleo de Pesquisa, Extensão
e Inovação

Arlete Lima Simões
Chefe do Núcleo de Pesquisa, Extensão e Inovação
NUPES/ESAP/SEMSA

Gloria Vaz Santos

Gloria Vaz Santos
Pesquisadora Responsável

028543752-62

CPF

21.10.2021

DATA

ANEXO B: TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE PESQUISA DA ESAP/SEMSA



ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DE MANAUS
Rua Penitência, 86/91, Ilíria, Senhora das Graças - CEP: 67097-002
Telefone: (67) 35342.4201 | semsa@manaus.am.gov.br

AUTORIZAÇÃO Nº 45/2021 – ESAP/SEMSA Manaus, 22 de novembro de 2021.

TERMO DE AUTORIZAÇÃO E COMPROMISSO DO PESQUISADOR

Declaramos para os devidos fins que a Escola de Saúde Pública de Manaus – ESAP autoriza a realização no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde – SEMSA da seguinte pesquisa:

Título:	O trabalho do assistente social na atenção básica de saúde em Manaus: condições de trabalho, implicações à saúde e desafios cotidianos		
Pesquisador Responsável:	Glória Vaz Santos		
Professor Orientador:	Hamida Assunção Pinheiro	Instituição:	Universidade Federal do Amazonas
Período da pesquisa de campo:	01/02/2022 a 31/03/2022	Locais da pesquisa:	Unidades Básicas de Saúde da Zona Norte, Zona Leste, Zona Sul, Zona Oeste e Zona Rural de Manaus
Nº do Parecer:	5.116.793	Comitê de Ética em Pesquisa:	Universidade Federal do Amazonas
Atores Envolvidos:	Assistentes Sociais que atuam nas UBS nas Zona Norte, Sul, Leste, Oeste e Rural na cidade de Manaus.		

A Pesquisadora se compromete:

1. Assegurar que os resultados obtidos serão tratados conforme prevê a Resolução CNS nº 466/2012 e suas complementares;
2. Garantir a não interferência no processo de trabalho do local de abrangência da pesquisa;
3. Desenvolver a pesquisa sem ônus para esta Secretaria, ou seja, é vedada a utilização de recursos humanos, material de expediente e outros;
4. Manter sigilo das informações e identificação dos sujeitos e cenários da pesquisa, sobretudo, quanto à divulgação em mídias sociais;
5. Apresentar cópia deste documento ao gestor do local de abrangência da pesquisa;
6. Apresentar os resultados da pesquisa na Mostra de Pesquisa Científica da Secretaria, que ocorre anualmente no mês de dezembro, sob pena de inviabilizar a execução de novas pesquisas.

Salientamos que esta autorização deferida pelo Comitê Científico é voluntária, podendo a qualquer momento serem solicitados esclarecimentos sobre a pesquisa que está sendo desenvolvida ou até mesmo ser revogada.

Arlete Lima Simões
Chefe de Núcleo de Pesquisa, Extensão e Inovação
NUPES / ESAP / SEMSA

Arlete Lima Simões
Chefe do Núcleo de Pesquisa, Extensão e Inovação
NUPES/ESAP/SEMSA

Glória Vaz Santos

Glória Vaz Santos
Pesquisador(a) Responsável

028.543.752-62

CPF

Manaus, 22/11/2021

Local / Data

ANEXO C: PARECER DO COMITE DE ÉTICA DA UFAM

 <div style="display: inline-block; vertical-align: middle; text-align: center;"> <p>UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS - UFAM</p> </div> 
PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP
DADOS DO PROJETO DE PESQUISA
Título da Pesquisa: O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE EM MANAUS: CONDIÇÕES DE TRABALHO, IMPLICAÇÕES À SAÚDE E DESAFIOS COTIDIANOS
Pesquisador: gloria vaz santos
Área Temática:
Versão: 1
CAAE: 52785421.0.0000.5020
Instituição Proponente: Programa de Pós-Graduação em Serviço Social
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio
DADOS DO PARECER
Número do Parecer: 5.116.793

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1835792.pdf	22/10/2021 11:16:11		Aceito
Outros	CURRICULO_LATTES_ORIENTADOR_.pdf	22/10/2021 10:41:48	gloria vaz santos	Aceito
Outros	CURRICULO_LATTES_.pdf	22/10/2021 10:38:09	gloria vaz santos	Aceito
Outros	TERMO_DE_ANUENCIA_SEMSA.pdf	22/10/2021 10:16:29	gloria vaz santos	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO.pdf	07/10/2021 10:22:04	gloria vaz santos	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_DETALHADO_.pdf	06/10/2021 14:24:02	gloria vaz santos	Aceito
Outros	INSTRUMENTAL_DE_COLETA_DE_DADOS.pdf	05/10/2021 12:17:19	gloria vaz santos	Aceito

 <div style="display: inline-block; vertical-align: middle; text-align: center;"> <p>UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS - UFAM</p> </div> 															
Continuação do Parecer: 5.116.793															
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tbody> <tr> <td>TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência</td> <td>TERMO_DE_CONSENTIMENTO_LIVRE_E_ESCLARECIDO_TCLE.pdf</td> <td>05/10/2021 12:01:36</td> <td>gloria vaz santos</td> <td>Aceito</td> </tr> <tr> <td>Orçamento</td> <td>ORCAMENTO_DO_PROJETO.pdf</td> <td>05/10/2021 11:41:47</td> <td>gloria vaz santos</td> <td>Aceito</td> </tr> <tr> <td>Cronograma</td> <td>CRONOGRAMA_DO_PROJETO.pdf</td> <td>05/10/2021 11:34:23</td> <td>gloria vaz santos</td> <td>Aceito</td> </tr> </tbody> </table>	TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO_DE_CONSENTIMENTO_LIVRE_E_ESCLARECIDO_TCLE.pdf	05/10/2021 12:01:36	gloria vaz santos	Aceito	Orçamento	ORCAMENTO_DO_PROJETO.pdf	05/10/2021 11:41:47	gloria vaz santos	Aceito	Cronograma	CRONOGRAMA_DO_PROJETO.pdf	05/10/2021 11:34:23	gloria vaz santos	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO_DE_CONSENTIMENTO_LIVRE_E_ESCLARECIDO_TCLE.pdf	05/10/2021 12:01:36	gloria vaz santos	Aceito											
Orçamento	ORCAMENTO_DO_PROJETO.pdf	05/10/2021 11:41:47	gloria vaz santos	Aceito											
Cronograma	CRONOGRAMA_DO_PROJETO.pdf	05/10/2021 11:34:23	gloria vaz santos	Aceito											
Situação do Parecer: Aprovado															
Necessita Apreciação da CONEP: Não															
MANAUS, 21 de Novembro de 2021															
<hr style="width: 30%; margin: auto;"/> <p>Assinado por: Eliana Maria Pereira da Fonseca (Coordenador(a))</p>															