

**ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO ESTADO DE MATO GROSSO  
MINISTÉRIO DA SAÚDE - FIOCRUZ**

**Perfil do Profissional de Serviço Social da Secretaria Estadual de Saúde de  
Mato Grosso lotado no Município de Cuiabá**

**RAQUEL ARÉVALO DE CAMARGO**

**CUIABÁ  
2011**

**RAQUEL ARÉVALO DE CAMARGO**

**Perfil do Profissional de Serviço Social da Secretaria Estadual de Saúde de  
Mato Grosso lotado no Município de Cuiabá**

Projeto de pesquisa apresentado à Coordenação do Curso de Especialização em Gestão do Trabalho e Educação na Saúde da Escola de Saúde Pública de Mato Grosso em parceria com a Escola Nacional de Saúde Pública – Fundação FIOCRUZ como requisito parcial para obtenção do título de especialista em Gestão do Trabalho e Educação na Saúde sob orientação da Ms. Maria Angela Conceição Martins.

**CUIABÁ**

**2011**

## **RAQUEL ARÉVALO DE CAMARGO**

### **PERFIL DO PROFISSIONAL DE SERVIÇO SOCIAL DA SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE MATO GROSSO LOTADO NO MUNICÍPIO DE CUIABÁ**

A banca examinadora, abaixo assinada, APROVA o trabalho de Conclusão de Curso, apresentado em sessão pública ao Programa de Pós-graduação Lato Sensu na Área da Saúde, Curso de Especialização em Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, da Escola de Saúde Pública do Estado de Mato Grosso.

Data e local da defesa: Cuiabá – MT 25 de julho de 2011

---

Prof.a Ms. Maria Angela Conceição Martins

---

Prof.a Ms. Nilva Maria Campos

---

Prof. Ms Maria Salete

## **DEDICATÓRIA**

A minha família. Roberto, companheiro e paciente.  
Meus amados e elétricos filhos, Vinícius e Gustavo.

E em especial a aqueles que me alicerçaram base  
concreta de bons princípios e caráter, meu Pai, Benedito e a  
minha mãe Tania.

A minha amada irmã Taninha.

## **AGRADECIMENTOS ESPECIAIS**

A Deus, pela oportunidade de vida e boas vivências...

A querida orientadora Maria Angela, que me acolheu, em um momento de escuridão e quase desistência. Por ter sido tão precisa em seu conhecimento teórico e de uma simplicidade serena. Obrigada por me indicar o caminho.

As colegas Assistentes Sociais, que colaboraram pacientemente com este estudo, que sem essa colaboração não poderíamos alcançar nossos objetivos.

Aos companheiros e docentes do Curso de pós-graduação de Gestão de Trabalho e Educação em Saúde, de onde tive oportunidade de conhecer pessoas brilhantes e obter nossos amigos e amigas.

A gestão da Secretaria Estadual de Saúde de Mato Grosso, onde nos proporcionou esta experiência, e de onde muito me orgulho de fazer parte enquanto profissional.

## RESUMO

O levantamento do perfil profissional de uma determinada categoria pode oportunizar a construção de instrumentos de reflexão e direcionamentos, tanto por parte da gestão quanto por parte da própria categoria. O presente estudo teve como objetivo identificar o perfil e área de atuação dos profissionais de Serviço Social da Secretaria Estadual de Saúde de Mato Grosso lotado no município de Cuiabá. Trata-se de uma pesquisa direta quantitativa, onde o instrumental adotado foi o questionário auto-aplicável, contendo 30 (trinta) perguntas fechadas, foi entregue o questionário a 100% do universo incluso na pesquisa. Trouxemos uma breve contextualização da história da origem do Serviço Social na América Latina e no Brasil, posteriormente a correlação do profissional assistente social na saúde pública. Assim, tendo como objeto de estudo o perfil do Assistente Social da SES/MT, podemos identificar que do universo pesquisado 97,7% são do sexo feminino, quanto aos aspectos sociais foi identificado faixa etária em sua maioria de 50,57% entre 36 a 45 anos de idade. Sua cor predominante é a parda com 51,72%, também com 51,72%, a maioria do percentual estado civil casada, 89,66% não residem sozinhos, a maioria de 72,41% possui filho, tendo um percentual de 34,48% com dois filhos. O núcleo familiar é composto pelo percentual de 70,37% por duas a quatro pessoas. Quanto aos aspectos econômicos 78,16% reside em casa própria, aqueles que não possuem casa própria, 28,57% relatam estarem pagando financiamento. O percentual de 43,68% são chefes de família, tendo 44,83% de renda individual entre R\$ 4.800,00 a R\$ 6.800,00 mensal e renda familiar em sua maioria de 26,44% também entre R\$ 4.800,00 a R\$ 6.800,00 mensal. A maioria de 81,61% possui plano/seguro de saúde e veículo próprio. Quanto a graduação, qualificação e capacitação constatamos que o período de formação predominantemente foi na década de 90, com 50,57%, significativamente 89,66% tiveram sua graduação em instituição de natureza pública, onde 59,77% colaram grau superior no Estado de Mato Grosso. Quanto a possuir outra graduação 9,20% apresenta mais de uma graduação em contrapartida de 90,80% não possuir outra graduação de nível superior. Dos cursos de graduação além da formação em Serviço Social, identificamos os de Direito, História, Letras, Pedagogia, Psicologia e Teologia. A maioria de 93,10% é pós-graduado em contradição de sua minoria ser mestre, sendo este de apenas 2,30%. No que tange quanto realização de cursos de capacitação e/ou qualificação, com mais de 40 horas no ano de 2010, 27,59% apontou ter realizado no mínimo um, e 20,69% relatou ter realizado mais de três capacitações e/ou qualificações, com mais de 40 horas no ano de 2010. Quanto ao desejo de realizar em futuro próximo capacitação e/ou qualificação, a maioria de 88,51% possui essa vontade, dentre estes 85,90% deseja realizar dentro da área de atuação. No

aspecto vínculo trabalhista a sua maioria de 99,55% é efetivo, tendo como carga horária de trabalho variando entre 30 horas semanais com 54,02% destes e 40 horas semanais apresentando 43,68% destes. Identificamos também que 29,89% possuem outro vínculo trabalhista, e que destes 48,28% também é no serviço público e que 74,20% destes é na área do Serviço Social. Identificamos com relação a ocupação de cargos de assessoramento, direção ou chefia, que 12,64% realizam essas funções atualmente e 28,74% já ocupou anteriormente cargo de assessoramento, direção ou chefia. Quanto ao aspecto de filiação partidária e a representatividade em organização de participação coletiva, visualizamos que apenas 6,90% são filiados em algum partido político e um número mais significativo de 56,32% é sindicalizado trabalhista. Quanto à frequência em ações/trabalhos/reuniões 33,33% são militantes. Das entidades de participação em organização coletiva, 22,86% é atuante no Conselho Regional de Serviço Social. Com relação ao conhecimento da Lei Federal nº. 12.312 de 27 de agosto de 2010, onde regulamenta a jornada de trabalho para assistentes sociais de 30 horas semanais sem redução de salário, a maioria maciça de 98,85% tem conhecimento da mesma e destes 57,47% acreditam que com a efetivação da Lei na Secretaria Estadual de Saúde de Mato Grosso, venha a melhorar a sua qualidade de vida e 49,43% acredita que também melhore a qualidade de seu trabalho com a efetivação a Lei Federal nº.12.317/10.

**Palavras chaves:** Perfil; Assistente Social; SES de Mato Grosso.

## ABSTRACT

O levantamento do perfil profissional de uma determinada categoria pode oportunizar a construção de instrumentos de reflexão e direcionamentos, tanto por parte da gestão quanto por parte da própria categoria. O presente estudo teve como objetivo identificar o perfil e área de atuação dos profissionais de Serviço Social da Secretaria Estadual de Saúde de Mato Grosso lotados no município de Cuiabá. Trata-se de uma pesquisa direta quantitativa, onde o instrumental adotado foi o questionário auto-aplicável, contendo 30 (trinta) perguntas fechadas, foi entregue questionário auto aplicável a 100% do universo incluso na pesquisa. Trouxemos uma breve contextualização da história da origem do Serviço Social na América Latina e no Brasil, posteriormente a correlação do profissional assistente social na saúde pública. Assim, tendo como objeto de estudo o perfil do Assistente Social da SES/MT, podemos identificar que do universo pesquisado 97,7% são do sexo feminino, quanto aos aspectos sociais foi identificado faixa etária em sua maioria de 50,57% entre 36 a 45 anos de idade. Sua cor predominante é a parda com 51,72%, também com 51,72%, a maioria do percentual estado civil casada, 89,66% não residem sozinhos, a maioria de 72,41% possui filho, tendo um percentual de 34,48% com dois filhos. O núcleo familiar é composto pelo percentual de 70,37% por duas a quatro pessoas. Quanto aos aspectos econômicos 78,16% reside em casa própria, aqueles que não possuem casa própria, 28,57% relatam estarem pagando financiamento. O percentual de 43,68% são chefes de família, tendo 44,83% de renda individual entre R\$ 4.800,00 a R\$ 6.800,00 mensal e renda familiar em sua maioria de 26,44% também entre R\$ 4.800,00 a R\$ 6.800,00 mensal. A maioria de 81,61% possui plano/seguro de saúde e veículo próprio. Quanto a graduação, qualificação e capacitação constatamos que o período de formação predominantemente foi na década de 90, com 50,57%, significativamente 89,66% tiveram sua graduação em instituição de natureza pública, onde 59,77% colaram grau superior no Estado de Mato Grosso. Quanto a possuir outra graduação 9,20% apresenta mais de uma graduação em contrapartida de 90,80% não possuir outra graduação de nível superior. Dos cursos de graduação além da formação em Serviço Social, identificamos os de Direito, História, Letras, Pedagogia, Psicologia e Teologia. A maioria de 93,10% é pós-graduado em contraditória de sua minoria ser mestre, sendo este de apenas 2,30%. No que tange quanto realização de cursos de capacitação e/ou qualificação, com mais de 40 horas no ano de 2010, 27,59% apontou ter realizado no mínimo um, e 20,69% relatou ter realizado mais de três capacitações e/ou qualificações, com mais de 40 horas no ano de 2010. Quanto ao desejo de realizar em futuro próximo capacitação e/ou qualificação, a maioria de 88,51% possui essa vontade, dentre estes 85,90% deseja realizar dentro da área de atuação. No

aspecto vínculo trabalhista a sua maioria de 99,55% é efetivo, tendo como carga horária de trabalho variando entre 30 horas semanais com 54,02% destes e 40 horas semanais apresentando 43,68% destes. Identificamos também que 29,89% possuem outro vínculo trabalhista, e que destes 48,28% também é no serviço público e que 74,20% destes é na área do Serviço Social. Identificamos com relação a ocupação de cargos de assessoramento, direção ou chefia, que 12,64% realizam essas funções atualmente e 28,74% já ocupou anteriormente cargo de assessoramento, direção ou chefia. Quanto ao aspecto de filiação partidária e a representatividade em organização de participação coletiva, visualizamos que apenas 6,90% são filiados em algum partido político e um número mais significativo de 56,32% é sindicalizado trabalhista. Quanto à frequência em ações/trabalhos/reuniões 33,33% são militantes. Das entidades de participação em organização coletiva, 22,86% é atuante no Conselho Regional de Serviço Social. Com relação ao conhecimento da Lei Federal nº. 12.312 de 27 de agosto de 2010, onde regulamenta a jornada de trabalho para assistentes sociais de 30 horas semanais sem redução de salário, a maioria maciça de 98,85% tem conhecimento da mesma e destes 57,47% acreditam que com a efetivação da Lei na Secretaria Estadual de Saúde de Mato Grosso, venha a melhorar a sua qualidade de vida e 49,43% acredita que também melhore a qualidade de seu trabalho com a efetivação a Lei Federal nº.12.317/10.

**Palavras chaves:** Perfil; Assistente Social; SES de Mato Grosso.

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

ABESS – Associação Brasileira de Serviço Social  
ANAS – Associação Nacional de Assistência Social  
CAF – Coordenadoria de Assistência Farmacêutica  
CEAS – Centro de Estudos e Ação Social de São Paulo  
CEBES – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde  
CEOPE – Centro Estadual de Odontologia para Pacientes Especiais  
CERMAC – Centro Estadual de Referência em Média e Alta Complexidade  
CFAS – Conselho Federal de Assistência Social  
CIAPS – Centro Integrado de Assistência Psicossocial  
CIB – Comissão Intergestora Bipartite  
CEP – Comitê de Ética em Pesquisa  
CNS – Conselho Nacional de Saúde  
CRESS – Conselho Regional de Serviço Social  
CRIDAC – Centro de Reabilitação Integral Dom Aquino Correa  
ESP – Escola de Saúde Pública de Mato Grosso  
GABSES – Gabinete do Secretário de Saúde  
HUJM – Hospital Universitário Júlio Muller  
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística  
INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social  
LNCD - Levantamento de Necessidades de Capacitação e Desenvolvimento  
MT Hemocentro – Mato Grosso Hemocentro  
PNS – Profissionais de Nível Superior do SUS  
SAR – Superintendência de Articulação Regional  
SES/MT– Secretaria Estadual de Saúde de Mato Grosso  
SGP – Superintendência de Gestão de Pessoas  
SISMA – Sindicato dos Servidores Público da Saúde e Meio Ambiente do Estado de Mato Grosso  
SUAS – Superintendência de Atenção à Saúde  
SUPS – Superintendência de Políticas  
SURCA – Superintendência de Regulação, Controle e Avaliação  
SUS – Sistema Único de Saúde  
SUVISA – Superintendência de Vigilância em Saúde  
TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

## **LISTA DE GRÁFICOS**

**Gráfico 1 – Quantitativo de profissionais de serviço social, por unidade de lotação, participantes na coleta de dados..... 34**

**Gráfico 2 – Frequência em ações/trabalhos/reuniões em entidades de organização coletiva ..... 40**

## **LISTA DE FIGURAS E QUADROS**

<b>Figura 1 – Distribuição dos profissionais de Serviço Social no Estado de Mato Grosso, por município .....</b>	<b>29</b>
<b>Quadro 1 – Quantitativo de Assistentes Sociais inclusos no estudo .....</b>	<b>30</b>
<b>Quadro 2 – Eixo e análise e fontes de informações para a identificação do Perfil do Profissional de Serviço Social da SES/MT lotado no município de Cuiabá .....</b>	<b>32</b>
<b>Quadro 3 – Perfil sócio-econômico do profissional de serviço social da Secretaria Estadual de Saúde de Mato Grosso lotado no município de Cuiabá .....</b>	<b>37</b>
<b>Quadro 4 – Perfil do profissional de serviço social da Secretaria Estadual de Saúde Mato Grosso lotado no município de Cuiabá, quanto a graduação acadêmica, capacitação e qualificação; vínculo; cargo; participação partidária, sindical e organização coletiva; conhecimento da Lei Federal 12.317/10.37 .....</b>	<b>41</b>

# SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>13</b>
<b>2.OBJETIVOS .....</b>	<b>16</b>
2.1. Objetivo Geral:.....	16
2.2. Objetivos Específicos: .....	16
<b>3. SERVIÇO SOCIAL NO BRASIL.....</b>	<b>17</b>
3.1 Origem do Serviço Social na América Latina : Uma visão panorâmica.....	17
3.2 Origem do Serviço Social no Brasil.....	18
<b>4. O PROFISSIONAL ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE PÚBLICA.....</b>	<b>22</b>
4.1 A Reforma Sanitária e o Profissional de Serviço Social.....	22
4.2 Serviço Social e o Sistema Único de Saúde .....	25
<b>5. MÉTODOS: .....</b>	<b>28</b>
5.1 Tipo de Estudo.....	28
5.2 Local do Estudo.....	28
5.3 População do Estudo .....	28
5.4 Coleta de Dados.....	31
5.5 Aspectos Éticos.....	33
5.6 Resultados e Discussões.....	33
<b>6 PERFIL DO ASSISTENTE SOCIAL DA SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE MATO GROSSO LOTADO NO MUNICÍPIO DE CUIABÁ .....</b>	<b>42</b>
6.1 Gênero .....	42
6.2 Aspectos Sociais .....	42
6.3 Aspectos Econômicos .....	42
6.4 Graduação, qualificação e capacitação.....	42
6.5 Vínculo .....	43
6.6 Cargos.....	43
6.7 Filiação Partidária e Organização de Participação Coletiva .....	43
6.8 Lei Federal nº.12.317 .....	44
6.9 Considerações Finais .....	44
<b>7 REFERENCIAL TEÓRICO .....</b>	<b>47</b>
<b>APÊNDICES.....</b>	<b>50</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>51</b>

## INTRODUÇÃO

Um dos objetivos do Curso de Especialização em Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde é a discussão da problemática da gestão do trabalho no SUS nos seus aspectos jurídicos, institucionais e operativos, desenvolvendo um conhecimento crítico dessa situação que permita a formulação de estratégias que apontem para a eficiência e efetividade dos serviços.

O caminhar e a busca da efetivação das propostas que adviram desde a criação do SUS, e da Reforma Sanitária, mas que agora também se faz mais fortemente presente na Política do Pacto pela Saúde, que se distribui em três vertentes: Pacto pela Vida, Pacto de Gestão do SUS, Pacto em Defesa do SUS, onde neste terceiro reúne proposições direcionadas ao fortalecimento do planejamento, da regionalização, da gestão do trabalho e da formação dos profissionais de saúde, entre outros.

Sabendo que a categoria de assistente social é a quarta maior categoria no âmbito do Sistema Único de Saúde e que segundo a pesquisa “Mercado de Trabalho dos Assistentes Sociais em Mato Grosso e os Desafios à Formação Profissional”, realizada em 2010 pelo Grupo de Pesquisa Trabalho e Sociabilidade do Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Mato Grosso e o Conselho Regional de Serviço Social – CRESS - 20ª Região, apontou que 85,5% dos profissionais investigados, possuem como principal instituição empregadora os de natureza pública. Citando ainda a pesquisa, 83,4% de seu universo, relataram realizarem suas atividades em equipes multi e interdisciplinar é que destacamos a revelância do estudo proposto.

O cotidiano de atuação profissional do Assistente Social é composto por inúmeras possibilidades em conjunto num complexo de estrutura não apenas de sua política, mas também, de outros profissionais e serviços, chamados atualmente de rede de serviços, onde busca a promoção, proteção e recuperação da saúde de todos de forma universal e equitativo.

Assim, é de extrema importância à categoria profissional de Serviço Social, que neste universo amplo e denso de agentes do serviço público, com equipes multidisciplinares, que lhe seja voltado um olhar mais direcionado a esta. Assim, buscamos visualizar quem são estes profissionais e como se apresentam neste contexto, que é a rotina do dia-a-dia da dialética da atuação profissional.

A identificação do perfil do profissional do Serviço Social da Secretaria Estadual de Saúde de Mato Grosso pode ser utilizada como instrumental, no direcionamento das medidas/ações que podem oportunizar a valorização destes profissionais, e que conseqüentemente, tendo a esta política implantada em sua plenitude, estaremos ofertando

aos usuários dos SUS, à sociedade, profissionais mais comprometidos em seu processo de trabalho, ou seja, mais felizes, pois são valorizados enquanto agente de transformação e efetivação do Sistema Único de Saúde.

Diante do exposto não poderia deixar de mencionar a oportunidade de colaborar pessoalmente, de forma concreta e científica, com esta identificação do perfil destes profissionais, que até então era uma lacuna existente quanto a identidade da profissão na SES/MT, onde este estudo foi o primeiro a ser realizado com este enfoque, e que conseqüentemente, com este é possível apresentar a categoria subsídios de análise para debates e estudos futuros.

De uma forma particular contribuimos com a categoria do Serviço Social, voltando um olhar mais direcionado aos Assistentes Sociais da SES/MT, podendo assim, dar início ou induzir a “ebulição” de inquietações e a busca de conhecimentos. Certamente este dará abertura a próximos estudos e pesquisas, quanto a complexidade e importância do Serviço Social na política de Saúde, que é o Sistema Único de Saúde – SUS.

Assim estaremos disponibilizando não só aos profissionais de Serviço Social, mas também aos Gestores, um instrumento rico, onde poderá direcionar as ações, a serem tomadas, quais devem ser mantidas, modificadas ou até mesmo anuladas. Conhecer quais são os atores, e como referenda PAIM, quem são seus agentes.

Este foi o nosso desafio, levantar o perfil do Serviço Social que temos hoje, na Secretaria Estadual de Saúde de Mato Grosso lotado no município de Cuiabá, fundido neste imenso, complexo, questionadora e provocadora política pública social, que é o nosso Sistema Único de Saúde – SUS, sendo então, proposto um este estudo onde levantamos esse perfil que pode desenhar o seu aspecto sócio-econômico, quantificá-los, localizá-los em sua unidade de lotação, descrever a área de atuação, quanto à qualificação e capacitação já realizadas e se desejam realizar mais alguma, seu período e estado de graduação em serviço social e sua inclusão em organizações de participação coletiva.

Assim, tivemos como objetivo - Identificar o perfil e área de atuação dos profissionais de Serviço Social da Secretaria Estadual de Saúde de Mato Grosso lotado no município de Cuiabá, tendo como produto final um retrato destes agentes da SES/MT.

O conceito de saúde há muito deixou de ser a ausência da doença, e é sabido que perpassa por condições de saúde mental, social, trabalho, renda e família, assim sendo identificar o perfil dos profissionais do Serviço Social da Secretaria Estadual de Saúde de Mato Grosso, acrescenta mais uma possibilidade, dentre tantas em busca da efetivação do Sistema de saúde público brasileiro: o SUS.

## **2.OBJETIVOS**

### **2.1. Objetivo Geral:**

- Identificar o perfil e área de atuação dos profissionais de Serviço Social da Secretaria Estadual de Saúde de Mato Grosso lotados no município de Cuiabá.

### **2.2. Objetivos Específicos:**

- Apresentar o perfil social demográfico, de formação acadêmica e profissional das (os) Assistentes Sociais da SES/MT lotados no município de Cuiabá;
- Descrever a área de atuação das (os) Assistentes Sociais;
- Identificar a inserção das (os) Assistentes Sociais em organizações de participativa coletiva.

### **3. SERVIÇO SOCIAL NO BRASIL**

#### **3.1 Origem do Serviço Social na América Latina : Uma visão panorâmica**

A história da origem de qualquer profissão se dá inserida em um contexto de um processo histórico de uma determinada comunidade, sociedade ou país.

Castro (1993. p. 28) aponta que “A formação dos Estados burgueses, as modalidades que a exploração da força de trabalho adquire, as formas particulares de resistência e organização da classe operária, as camadas médias etc., têm seus traços pertinentes determinados pela maneira como, ao longo do tempo, aquela lógica comum opera na Europa e na América Latina.”

As relações de produção capitalista, onde o que prevalece é a exploração da mão-de-obra de uma grande massa, visando acumulação do capital para uns poucos, trouxe a tona exigências sociais. Segundo Castro (p.40, 1993) “As formas de organizações populares – em particular, da classe operária – foram apresentando novas exigências sociais, a que se tentou responder através de mecanismos distintos”.

Cabendo ao Estado ações de controle dessa relação entre as classes sociais. A religião também traz esse traço, como foi o papel da igreja católica ao longo dos séculos que manteve seu poder na organização e controle da sociedade, esta influência também se fez presente não apenas na origem do Serviço Social, como também de outras profissões e segmentos como indica CASTRO (p. 44, 1993):

Na América Latina, desde os primeiros momentos a Igreja católica desempenhou um papel de extrema importância; e a sua significação social e política foi notavelmente acrescida ao longo do domínio colonial. Ela determinou os intelectuais orgânicos e, durante muito tempo, a categoria dos serviços relevantes – a ideologia religiosa, a filosofia, a ciência da época, a educação, a moral, o ordenamento dos costumes, a própria noção de justiça – foi a dos intelectuais clericais.

Assim, com essa força intelectual da Igreja Católica, e na tentativa de garantir a continuidade deste controle, buscando a preservação de seu espaço, dentre as efervescência social da América Latina, juntamente com os movimentos de ações sociais da Igreja, surgem as fundação das primeiras Escolas de Serviço Social na América Latina, incluindo a do Brasil.

Segundo Castro (p. 29, 1993) “A fundação das primeiras escolas – 1925, Chile, 1936, Brasil, 1937, Peru – apenas revela momentos específicos de um processo de maturação que atinge um ponto qualitativamente novo quando a profissão começa a colocar

sua própria reprodução de modo mais sistemático”, ou seja, a fundação dessas escolas, é um marco importante para o surgimento da profissão do Serviço Social, porém não é a partir destas, que se tem o seu início do Serviço Social, mas sim de todo um processo histórico preliminar.

### **3.2 Origem do Serviço Social no Brasil**

No Brasil, após a Revolução Industrial, com a concretização do trabalho assalariado, em que nela está regulamentada a venda livre da força de trabalho do operário a classe burguesa, o que veio a prevalecer foi à exploração abusiva da classe burguesa sob a maioria que pertenciam a classe operária.

Diante das desigualdades e explorações abusivas, nestas relações das classes sociais, iniciaram-se as lutas da classe operária, na tentativa de diminuir esses abusos e desigualdades, onde assim, vinham a ameaçar a hegemonia da classe burguesa. “Impõe-se, a partir daí, a necessidade do controle social da exploração da força do trabalho”, segundo Iamamoto e Carvalho (p. 134, 2011).

Assim neste contexto do surgimento da classe operária, suas reivindicações contra as terríveis condições de existência e exploração, surge a necessidade iminente de regulamentação destas condições, como citam, IAMAMOTO e CARVALHO (p. 135, 2011):

As Leis Sociais surgem em conjunturas históricas determinantes, que, a partir do aprofundamento do capitalismo na formação econômica-social, marcam o deslocamento da “questão social” de um segundo plano da história social, para progressivamente, colocá-la no centro das contradições que atravessam a sociedade.

No decorrer da Primeira República, através do movimento e organização da classe operária, acontecem as primeiras pequenas conquistas. “Em 1919 é implantada a primeira medida ampla de legislação social, responsabilizando as empresas industriais pelos acidentes de trabalho”. Segundo Iamamoto e Carvalho (p. 140, 2011).

Neste contexto social onde as diferenças e lutas de classes estavam muito presentes, onde se de um lado a classe operária se organizava e fazia reflexões e reivindicações, por outro lado, a classe burguesa lutava pela garantia da exploração ao máximo do operariado, almejando adquirir mais lucro.

Iamamoto e Carvalho (p. 149, 2011) descrevem que “Após os grandes movimentos sociais do primeiro pós-guerra, tendo por protagonista o proletariado, a “questão social” fica definitivamente colocada para a sociedade”. Esse processo percorre ainda toda a década de 20, e paralelamente a Igreja Católica, também, revê suas ações, para manter sua hegemonia perante a sociedade, e é neste momento que a Igreja Católica, assume a questão social.

Na década de 30 com a crise da hegemonia das classes, o Estado em nome da harmonia social e de desenvolvimento, através da colaboração entre as classes, assume um papel de organização corporativa, adotando então uma política ditatorial. Neste momento acontece o reconhecimento da cidadania do proletariado, porém, esta é oferecida de forma dependente e controlada, como retrata Iamamoto e Carvalho (2011, p. 163). “Proteção ao trabalhador para a obtenção da harmonia social, justiça social e incentivo ao trabalho; ordem social e aumento da produção, isto é, controle e subordinação do movimento operário e expansão da acumulação pela intensificação da exploração da força de trabalho”.

Ocorrendo então, a união do Estado com a Igreja Católica, a igreja fica com enorme campo de intervenção na vida civil, segundo Iamamoto e Carvalho (p. 170, 2011), “A ação política será conduzida por dois eixos principais: a mobilização do eleitorado católico e o apostólico social”. Nesta união a igreja mantém a ordem social, contendo os movimentos da classe operária, e conseqüentemente estabilizando sua posição na sociedade.

Paralelamente a destes movimentos de reorganização da Igreja Católica e sua afirmação na sociedade civil, com a união e apoio do Estado, surgem as primeiras instituições assistências, como a “Associação das Senhoras Brasileiras (1920), no Rio de Janeiro, e a Liga das Senhoras Católicas (1923), em São Paulo”. IAMAMATO e CARVALHO (p. 176, 2011), que retratam ainda:

A importância dessas instituições e obras, e de sua centralização, a partir da cúpula da hierarquia, não pode ser subestimada na análise da gênese do Serviço Social no Brasil. Se sua ação concreta é extremamente limitada, se seu conteúdo é assistencial e paternalista, será a partir de seu lento desenvolvimento que se criarão as bases materiais e organizacionais, e principalmente a expansão da Ação Social e o surgimento das primeiras escolas de Serviço Social.

Em 1932 surge no Brasil o Centro de Estudos e Ação Social de São Paulo (CEAS). Segundo Iamamoto e Carvalho (p.178, 2011), este “é considerado como manifestação original do Serviço Social no Brasil”.

O objetivo central do Centro de Estudos e Ação Social, ainda segundo IAMAMOTO E CARVALHO (P.179, 2011) será o de:

Promover a formação de seus membros pelo estudo da doutrina social da Igreja e fundamentar sua ação nessa formação doutrinária e no conhecimento aprofundado dos problemas sociais, visando tornar mais eficiente a atuação das trabalhadoras sociais” e adotar uma orientação definida em relação aos problemas a resolver, favorecendo a coordenação de esforços nas diferentes atividades e obras de caráter social.

O Centro de Estudos e Ação Social ofereciam cursos de artesanato, conselhos em higiene e permitiam que nestes houvesse o contato das senhoras, com a classe trabalhadora, permitindo assim, conhecer o ambiente e suas necessidades. Todas essas ações eram voltadas, dentro do papel que a mulher tinha que assumir, no sentimento profundo de justiça social e de caridade cristã.

Segundo Iamamoto e Carvalho (p. 183, 2011), “As atividades do CEAS se orientaram para a formação técnica especializada de quadros para a ação social e a difusão da doutrina social da Igreja.” E é a partir deste momento que é fundada em São Paulo em 1936, a Escola de Serviço Social no Brasil.

É neste momento também, que surgem de várias instituições estatais, como por exemplo, o Departamento Estadual do Trabalho; Serviço aos Migrantes; Departamento de Assistência Social do Estado; Seção de Assistência Social.

Com as ações sociais oferecidas a população, juntamente com a difusão da doutrina social da Igreja Católica, e mais a criação destas instituições Estatais vieram a aumentar a procura por pessoas com formação técnica especializada, onde complementa Iamamoto e Carvalho (2011) que, “a demanda por essa formação técnica especializada crescentemente terá no Estado seu setor mais dinâmico, ao mesmo tempo em que passará a regulamentá-la e incentivá-la, institucionalizando sua progressiva transformação em profissão legitimada dentro da divisão social-técnica do trabalho”.

Com esse processo de abertura de campo de atuação a pessoas que tivessem uma formação técnica, buscou-se aumentar esse número de pessoas, oferecendo bolsas de estudo. Com essa necessidade eminente e na busca de atendê-la, veio a oportunizar a várias pessoas essa formação, abrindo neste momento, oportunidade aos que financeiramente não teriam condições de custear tal formação, que até neste momento histórico, só tinham acesso as senhoras abastadas da sociedade.

Está foi uma estratégia de atendimento destas demandas, onde seu financiamento partia principalmente do Estado, como cita IAMAMOTO E CARVALHO (p.189, 2011):

Os principais patrocinadores dessas bolsas serão o Estado e as grandes instituições estatais ou paraestatais como as prefeituras municipais, O Departamento Nacional da Previdência (e os diversos Institutos e Caixas), a Legião Brasileira de Assistência, o Serviço Social da Indústria, o Serviço Nacional de Aprendizagem Indústria, etc. No campo particular sobressaem as Escolas de Serviço Social, que começam a surgir nos demais Estados.

Assim podemos concluir que a origem do Serviço Social enquanto profissão deu-se no contexto da tentativa da Igreja Católica de garantir seu papel e importância dentro da sociedade civil, juntamente com as respostas que o Estado tinha que apresentar, na tentativa de conter a classe operária e manter a ordem social entre as classes, onde a princípio deste contexto a atuação do Serviço Social estava voltada para a caridade e repressão.

O Serviço Social primeiramente foi uma resposta aos conflitos que vinham surgindo entre as classes sociais, adquirindo uma função concreta no interior das relações sociais, assim, só podemos entender esta profissão no interior do desenvolvimento das relações de produção capitalista.

É nesse contexto histórico descrito brevemente, que o profissional do serviço social entra no mercado de trabalho, com o processo de redemocratização, e mais especificamente na década de 80, a profissão se aproxima das questões ligadas à saúde com o movimento da reforma sanitária, como descrevemos a seguir.

## 4. O PROFISSIONAL ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE PÚBLICA

### 4.1 A Reforma Sanitária e o Profissional de Serviço Social

Na década de 80 ocorre a superação do modelo de regime ditatorial, e tem-se início o processo de democratização política. É neste contexto que surgem novos sujeitos sociais, que refletem sobre as condições de vida da população brasileira e buscam novas alternativas sobre elas, conforme direciona BRAVO (p. 95, 2007):

Dos personagens que entraram em cena nesta conjuntura, destacaram-se: os profissionais de saúde representados pelas suas entidades, que ultrapassaram o corporativismo defendendo questões mais gerais como a melhoria da situação saúde e o fortalecimento do setor público; o movimento sanitário, tendo o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) como veículo de difusão e ampliação do debate em torno da Saúde e Democracia e elaboração de contrapropostas; os partidos políticos de oposição, que começam a colocar nos seus programas a temática e viabilizam debates no Congresso para a discussão da política do setor, e os movimentos sociais urbanos, que realizam eventos em articulação com outras entidades da sociedade civil.

Com essas movimentações e reflexões e com o acontecimento da 8ª Conferência de Saúde veio a culminar não apenas com o surgimento e a efetivação do Sistema Único de Saúde, mas como também a Reforma Sanitária, complementando Bravo e Matos, (p. 33, 2004): “A vitória das proposições da Reforma Sanitária deveu-se à eficácia da plenária, por capacidade técnica, à pressão sobre os constituintes e a mobilização social, e a emenda popular assinada por cinquenta mil eleitores e cento e sessenta entidades.”

A preocupação central desta Reforma Sanitária segundo Bravo (p.101, 2007) “é assegurar que o Estado atue em função da sociedade, pautando-se na concepção de Estado democrático e de direito, responsável pelas políticas sociais e, por conseguinte, pela saúde.”

Desta forma, o Sistema Único de Saúde, estabelecido na Constituição Federal, de 1988, que garante em seu Capítulo II Art. 6º. que “ São direitos sociais a educação, a saúde, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição.” E mais especificamente na Seção II Art. 196 que “saúde é direito de todos e dever do Estado , garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

A Reforma Sanitária, fruto da organização de sujeitos sociais que fizeram a história de nosso sistema de saúde hoje estabelecido, trouxe algumas necessidades de mudanças.

Dentre elas, podemos apresentar a chamada municipalização da saúde, como demonstra Machado (p. 70, 2008), “houve uma descentralização dos órgãos, hospitais, ambulatorios, leitos e empregos de saúde, que passaram a ter centralidade nos municípios.”

Nesta municipalização da saúde Machado (p. 70, 2008), aponta que “são identificados três movimentos neste processo”. O primeiro é o da expansão do setor saúde, tanto público, quanto privado, ou seja, aumento de emprego na saúde. O segundo é a diminuição da rede de hospitalar, desospitalização do sistema, priorizando a assistência ambulatorial. O terceiro, diz respeito ao aumento de emprego na saúde, na esfera municipal.

Com essa municipalização da saúde, trouxe a necessidade de introduzir novos profissionais dentro da saúde, pois deixou de priorizar o atendimento hospitalar, priorizando fortalecer a atenção primária, buscando garantir a saúde, e não mais tratar e curar a doença. Paim retrata que (p.82, 2010) “Com o SUS, aumentou o número de empregos em saúde, com importantes conseqüências na economia. Só no setor saúde público, esse número passou de 736 mil em 1992 para 1,5 milhão em 2005, correspondendo a um acréscimo de 96,9%. Se for considerado o ano de 1980 (antes do SUS) , até 2005 cresceu em 445%, sendo 69% desses empregos municipais”.

Segundo Bravo e Matos (p. 32, 2004) “O movimento sanitário consiste na organização dos setores progressistas de saúde pública, que colocou em debate a relação da prática em saúde com a estrutura de classes da sociedade”.

Esse processo da Reforma Sanitária, trás também, mas não apenas contigo, mas mais fortemente em seu contexto a participação social, o controle social da população de forma organizada e legítima, superando, o regime ditatorial histórico, como observa CARVALHO (1997):

Vale reafirmar que a idéia inscrita através do projeto da Reforma Sanitária na concepção do SUS é que o controle social é o processo pelo qual a sociedade interfere na gestão pública, no direcionamento das ações do Estado para com os interesses da coletividade, estabelecendo assim a capacidade de participação e mudança.

Tendo o Sistema Único de Saúde como integrante da Seguridade Social, e que segundo a Constituição Federal de 1988, em seu Título VII, nominado de "Da Ordem Social", traz em seu Capítulo II, disposições relativas à Seguridade Social, descrevendo que por Seguridade Social entende-se um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social.

Pela definição constitucional já é possível notar que a Seguridade Social objetiva assegurar saúde, previdência e assistência. Podemos então dizer que Seguridade Social é gênero, da qual são espécies a Saúde, a Previdência e a Assistência Social. Sendo esta uma das proposições do projeto da Reforma Sanitária, complementando Bravo e Matos (p.

33, 2004) “No que tange ao modelo de proteção social, a Constituição Federal de 1988 é a mais progressista, e nela a Saúde, conjuntamente com a Assistência Social e a Previdência Social, integrada a Seguridade Social”.

E neste processo de reflexões e mudanças que o Serviço Social, também questiona sua atuação tradicional, como retrata Bravo e Matos (p. 33, 2004) “Sem dúvida, o Serviço Social está recebendo influências desta conjuntura (de crise do Estado brasileiro, de falência da atenção à saúde e do movimento de ruptura com a política de saúde vigente e construção de uma reforma sanitária brasileira).”

A renovação do Serviço Social no Brasil ocorre a partir de meados dos anos de 1980, Segundo Netto (1996), “é possível identificar três tendências em disputa: a modernizadora com influência do funcionalismo; a de reatualização do conservadorismo com recurso à fenomenologia; e a de intenção de ruptura responsável pela interlocução com o marxismo”, ou seja, esse processo de renovação do Serviço Social assume essas três direções. A primeira baseava suas intervenções na busca do ajustamento do indivíduo, onde o profissional contribuía com o desenvolvimento do país. Já a segunda, baseada na corrente fenomenológica, um grupo de assistentes sociais inicia um questionamento do compromisso da profissão com as vigentes estruturas sociais injustas, ou seja, a pessoa não mais era vista como desajustado, passou a ser um injustiçado. A terceira veio a recorrer a corrente marxista, onde busca uma aproximação e a participação cívica do sujeito, ocorrendo à mobilização cívica.

Podemos apontar então, um momento de renovação do Serviço Social, na área da saúde, durante a década de 80, apesar da não consolidação destas, em sua atuação, nota-se essas mudanças em eventos de importância para a história da categoria profissional do Serviço Social, como reflete BRAVO E MATOS (p.34, 2004):

Num balanço do Serviço Social na área da Saúde dos anos 80, mesmo com todas as lacunas no fazer profissional, observa-se uma mudança de posições, a saber: a postura crítica dos trabalhadores em saúde apresentados nos Congressos Brasileiros de Assistentes Sociais de 85 e 89; a apresentação de alguns trabalhos nos Congressos Brasileiros de Saúde Coletiva; a proposta de intervenção formulada pela ABESS, ANAS e CFAS para o Serviço Social do INAMPS; e a articulação do CFAS com outros conselhos federais da área da saúde.

Assim, o projeto hegemônico profissional do Serviço Social foi sendo construído, juntamente com as lutas sociais, tendo seu marco o III Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais, de 1979, conhecido como “congresso da virada”, como cita, Bravo e Matos (p.35, 2004).

Em contraditória ao projeto privatista onde o assistente social, tinha em sua atuação o papel assistencialista, com a Reforma Sanitária, essa mudança de postura trouxe demandas que exigiam que o profissional de Serviço Social trabalhasse as seguintes questões, como afirma Bravo e Matos (p.36, 2004): “busca de democratização do acesso às unidades e aos serviços de saúde, atendimento humanizado, estratégias de interação da instituição de saúde com a realidade, interdisciplinariedade, ênfase nas abordagens grupais, acesso democrático às informações e estímulo à participação cidadã.”

Na ótica do olhar histórico da profissão que anteriormente adotava o Método do Serviço Social de Caso, onde na visão positivista/funcionalista tinha como orientação em sua atuação o ajustamento do indivíduo na sociedade, e que segundo Miotto apud Hamilton, 1976; Nicholds, 1969 (p.483, 2009) “A assistência ao cliente tinha como premissa a busca de recursos tanto na personalidade como no seu ambiente para corrigir a situação”.

Passando para a vertente sob a ótica da discussão Marxista, quanto as demanda que surgiam ao assistente social, tinham outra vertente, completamente contrária a postura do Serviço Social de Caso, segundo Miotto (p.484, 2009) “tais demandas são interpretadas como expressões de necessidades humanas básicas não satisfeitas, decorrentes da desigualdade social própria da organização capitalista”. Neste momento correra a superação do indivíduo desajustado, e surge o sujeito, vítima da exploração capitalista.

Assim passa a ser considerado para a atuação profissional do assistente social a categoria dos direitos e da cidadania, sendo estas as que devem direcionar as ações do Serviço Social, como retrata Miotto (p.484, 2009) “Os direitos são entendidos como caminhos para a concretização da cidadania por meio de políticas sociais orientadas para o atendimento das necessidades humanas básicas”.

## **4.2 Serviço Social e o Sistema Único de Saúde**

Para adentrarmos mais especificamente na atuação do Serviço Social enquanto profissão que faz parte do processo de elaboração, construção e busca da efetivação do Sistema Único de Saúde, nos remetemos ao conceito de profissão segundo Machado; Mota; e Filho (p.98, 2008), onde descrevem que “Profissão pode ser definida como uma atividade cujas obrigações utilizam, de forma sistemática, o conhecimento geral acumulado na solução de problemas postulados por um cliente (individual ou coletivo)”.

A profissão Serviço Social foi regulamentada, no Brasil, em 1957, mas as primeiras escolas de formação profissional surgiram a partir de 1936. A Lei que a regulamenta a profissão é a Lei 8.662 de junho de 1993, publicada no Diário Oficial da União em 08 de junho de 1993.

Já o reconhecimento oficial da profissão de Serviço Social como uma profissão de Saúde dá-se a partir da Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 218, de 06 de março de 1997 (anexo) e com a Resolução do Conselho Federal de Serviço Social nº 383, de 29 de março de 1999 (anexo), onde caracterizam e regulamentam o assistente social como profissional da saúde.

Desde seus primórdios aos dias atuais, a profissão tem se redefinido, considerando sua inserção na realidade social, entendendo que seu significado social se expressa pela demanda de atuar nas seqüelas da questão social brasileira, que em outros termos, se revela nas desigualdades sociais e econômicas, que é o objeto da atuação profissional, sendo manifestada na pobreza, violência, fome, desemprego, carências materiais e existenciais, dentre outras, a questão social em geral, onde o sujeito está contextualizado.

Costa, apud Bravo e Matos (p.40, 2004) afirma que a “legitimidade do Serviço Social na saúde se dá pelo avesso, pois esta profissão vem tendo sua utilidade nas contradições fundamentais da política de saúde. Ou seja, a requisição para o trabalho do Serviço Social vem acontecendo a partir das lacunas geradas pela não implementação do SUS”. E como demonstra PAIM (2010):

... poderíamos dizer que um sistema de saúde é o conjunto de agências e agentes cuja atuação tem como objetivo principal garantir a saúde das pessoas e das populações. Essas agências (instituições e empresas) e agentes (profissionais e trabalhadores de saúde) fazem parte de algo maior, ou seja, o sistema de saúde. (...) Os agentes são profissionais e demais trabalhadores de saúde que, individualmente ou em equipe, realizam ações de saúde, cuidando das pessoas e das comunidades.

Retratando então, a importância e o papel do profissional de Serviço Social, dentro desta relação de contradições, os estudos socioeconômicos, devem fazer parte da atuação do assistente social, onde é neste que exige do profissional o conhecimento das condições sociais que o sujeito está remetido, para que assim, possa traçar qual a melhor intervenção a ser seguida, como cita Miotto (p. 482, 2009) “Estudos socioeconômicos – no âmbito do Serviço social remete-se a pensá-lo, inicialmente como parte intrínseca das ações profissionais dos assistentes sociais.”

Segundo, MIOTO E NONHEIRA, (p.218, 2007):

O processo de implantação do Sistema Único de Saúde – SUS – tem sido marcado por intensos debates que refletem a presença de interesses antagônicos em relação a sua consolidação, tanto como política pública calcada na universalidade, equidade, integralidade, participação da população e dever do Estado, quanto à dificuldades para construir modelos

assistenciais ancorados na concepção ampliada de saúde, que foi a base do processo do próprio SUS.

Após mais de 20 anos de implantação do Sistema Único de Saúde e da Reforma Sanitária, ainda nos deparamos a sua não efetivação, como cita no (Relatório de parâmetros para atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde, 2009, p. 27) do grupo de trabalho “Serviço Social na Saúde” do Conselho Federal de Serviço Social – (CFESS), “Na saúde, a grande bandeira continua sendo a implementação do projeto de Reforma Sanitária, construído a partir de meados dos anos de 1970, uma vez que esse projeto tem relação direta com o projeto profissional dos assistentes sociais e identificar os impasses para a efetivação destes deve ser uma preocupação central”.

Sabendo que não existe uma fórmula única para o alcance da democracia, considerando que nosso território nacional é extenso, possuindo em cada região suas qualidades e necessidades particulares, desta forma os profissionais do Serviço Social devem juntamente com as demais categorias, formular estratégias que efetivem o direito social a cada cidadão, onde sempre vai se deparar com a política do contraditório, ou seja, de um lado o mercado capitalista, que é de sua natureza a busca o lucro, a compra e venda, e de outro lado, em seu caminho inverso as políticas públicas, que preconiza a garantia da cidadania, oferecendo ao sujeito, que é considerado livre, condições mínimas para uma vida digna.

## **5. MÉTODOS:**

### **5.1 Tipo de Estudo**

Atentando aos objetivos propostos por este estudo, PERFIL DO PROFISSIONAL DE SERVIÇO SOCIAL DA SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE LOTADO NO MUNICÍPIO DE CUIABÁ, seu levantamento de dados orienta-se pela pesquisa descritiva de caráter quantitativo, onde segundo Lakatos (2009), aponta que: A finalidade da pesquisa é “descobrir respostas para questões, mediante a aplicação de métodos científicos”, afirmam Sellitz et alii (1965:5). Estes métodos, mesmo que, às vezes, não obtenham respostas fidedignas, são os únicos que podem oferecer resultados satisfatórios ou de total êxito.

### **5.2 Local do Estudo**

Com os objetivos propostos estaremos realizando o estudo na Secretaria Estadual de Saúde de Mato Grosso, que em seu quadro pessoal, constitui-se dos servidores efetivos e estáveis no Serviço Público Estadual, que integram a Carreira dos Profissionais do Sistema Único de Saúde, juntamente com os cargos de provimento em comissão e os profissionais contratados temporariamente, pertencentes à estrutura organizacional.

Entende-se por profissionais do Sistema Único de Saúde o conjunto de servidores ocupantes de cargos efetivos e os estáveis no Serviço Público Estadual, que desempenham atividades de formulação, coordenação, organização, supervisão, avaliação e execução das ações e serviços do Sistema Único de Saúde, em conformidade com os perfis profissionais e ocupacionais necessários.

### **5.3 População do Estudo**

Conforme Relatório Técnico nº 003 11/CA/SGP/SAD apresentado pelo Sindicato dos Servidores Público da Saúde e Meio Ambiente do Estado de Mato Grosso – SISMA: “O Poder Executivo do Estado de Mato Grosso possui, atualmente, 5.328 servidores ativos vinculados à carreira dos Profissionais do Sistema Único de Saúde”.

Dentre esses servidores ativos, e respeitando os objetivos da pesquisa, direcionamos os levantamentos de dados aos Profissionais de Nível Superior do SUS – PNS, perfil Assistente Social.

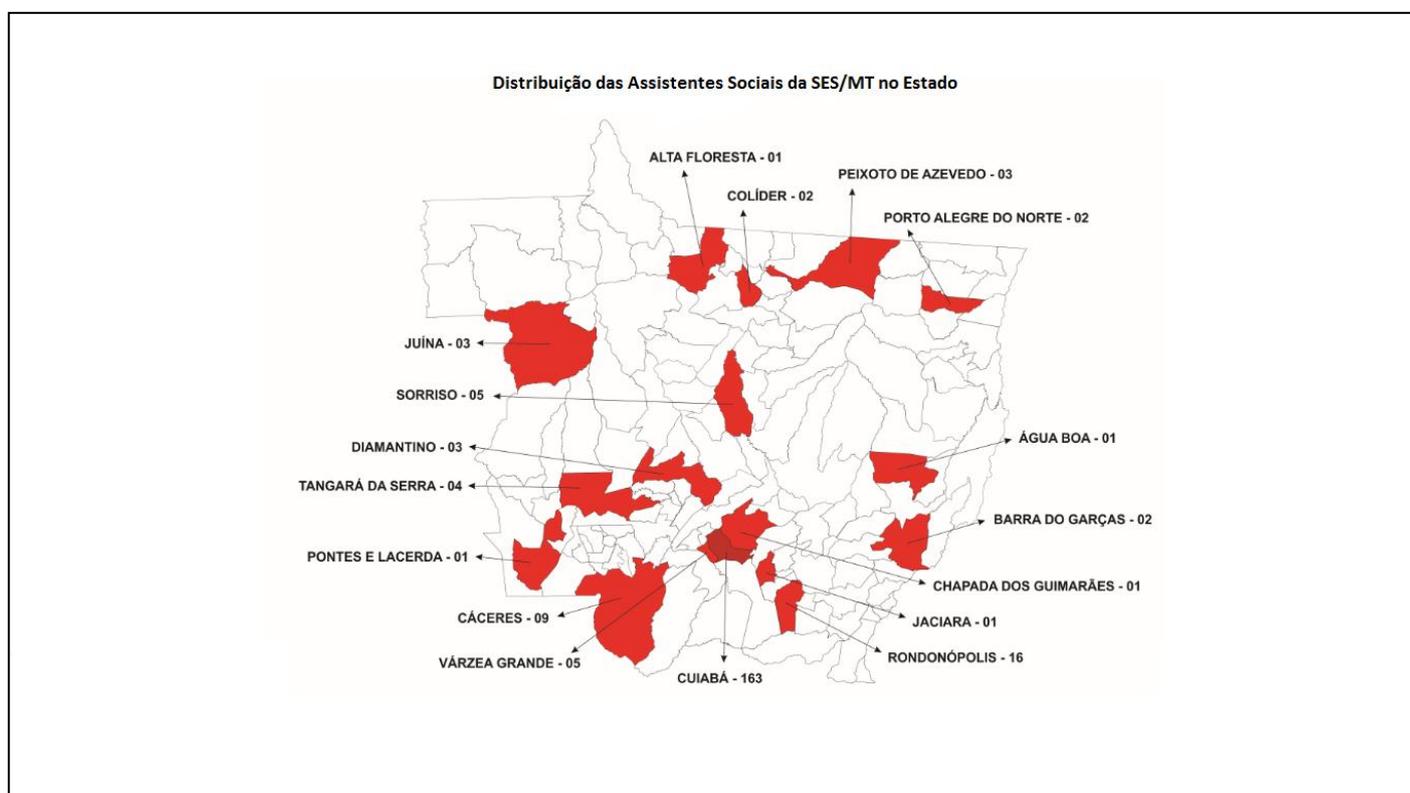
Adotou-se como critério de inclusão na pesquisa: os profissionais de Serviço Social (PNS) efetivas (os) da Secretaria Estadual de Saúde de Mato Grosso.

Foram excluídos do estudo os profissionais de Serviço Social (PNS), não efetivas (os) da SES/MT, que estivessem de licença médica, licença prêmio, afastamento, cedência,

férias, ou que estivessem viajando a serviço e os lotados nas Unidades Regionalizadas ou cedidos aos municípios.

Tendo como referencial o lotacionograma da Secretaria Estadual de Saúde de Mato Grosso de maio de 2011, identificamos que a SES/MT possui 222 (duzentos e vinte e dois) vínculos de PNS – perfil assistentes sociais, distribuídas no Estado de Mato Grosso, lotadas em seu Nível Central, Unidades Descentralizadas, ou até mesmo cedidas aos municípios do Estado, como demonstra a figura abaixo:

**Figura 1:** Distribuição dos profissionais de Serviço Social no Estado de Mato Grosso, por município. (Fonte: Elaboração direta. Lotacionograma da SES/MT, de 2011).



O lotacionograma da Secretaria Estadual de Saúde de Mato Grosso de maio de 2011, destacou que apenas 1 (um) profissional assistente social é contratado temporariamente, os demais 221 (duzentos e vinte e um) são vinculados efetivamente ao Sistema único de Saúde. Pudemos identificar também que existem 7 (sete) Assistentes Sociais com duplicidade de vínculos na SES/MT.

Dentre os 222 (duzentos e vinte e dois) vínculos de PNS – perfil assistente social, 1 (um) profissional assistente social está de licença para qualificação profissional; 17 (dezessete) estão cedidos para os municípios do Estado de Mato Grosso; 8 (oito) estão cedidos para outras Secretarias do Estado de MT e outras instâncias; e 49 (quarenta e nove) estão lotados em Unidades Regionalizadas. Ressaltamos que é considerado pela

Política de Saúde atual, conforme preconiza o Pacto pela Saúde, Unidades entre outras Regionalizadas os 16 (dezesesseis) Escritórios Regionais de Saúde e Hospitais Regionais.

Assim, podemos destacar que a Secretaria Estadual de Saúde de Mato Grosso possui 215 (duzentos e quinze) Assistentes Sociais em seu quadro de servidores.

Atentando aos critérios de inclusão e exclusão desta pesquisa, com base no lotacionograma fornecido pela Secretária Estadual de Saúde de Mato Grosso, conseguimos identificar 142 (cento quarenta e dois) profissionais potencializados a participar do levantamento de dados, como demonstra quantitativamente o quadro abaixo:

**Quadro1:** Quantitativo de Assistentes Sociais inclusos no estudo.

<b>SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE/MT LOTAÇÃO POR UNIDADE</b>	<b>NÚMERO DE ASSISTENTES SOCIAIS</b>
Centro Estadual de Odontologia para Pacientes Especiais	06
Centro Estadual de Referência de Média e Alta Complexidade	12
Centro Integrado de Assistência Psicossocial Aduino Botelho	19
Comissão Intergestora Bipartite	01
Coordenadoria de Assistência Farmacêutica	06
Centro de Reabilitação Integral Dom Aquino Correa	18
Diretoria Geral do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência	01
Escola de Saúde Pública	05
Gabinete do Secretário de Saúde	03
MT Hemocentro	09
MT Laboratório	01
Ouvidoria Geral do SUS	02
Superintendência de Articulação Regional	01
Superintendência de Atenção à Saúde	09
Superintendência de Gestão de Pessoas	08
Superintendência de Políticas de Saúde	05
Superintendência de Regulação, Controle e Avaliação	20
Superintendência de Vigilância em Saúde	11
Hospital Universitário Júlio Muller	05
<b>TOTAL</b>	<b>142</b>

Fonte: Lotacionograma SES/MT- 2011.

## 5.4 Coleta de Dados

Foi definido metodologicamente que estaríamos entregando o questionário à 100% dos 142 (cento e quarenta e dois) profissionais que potencialmente poderiam participar da coleta de dados, ou seja, buscamos entregar à todas as assistentes sociais que se enquadravam nos critérios de inclusão.

O instrumental adotado foi o questionário auto-aplicável, contendo 30 (trinta) perguntas, sendo todas fechadas, onde possibilitou o levantamento de dados, que se deu através de pesquisa direta.

Segundo LAKATOS (2009): Procedimento sistematizado é aquele por meio do qual novos conhecimentos são coletados, de fontes primárias ou de primeira mão. A pesquisa não é apenas confirmação ou reorganização de dados já conhecidos ou escritos nem a mera elaboração de idéias; ela exige comprovação e verificação. Dá ênfase ao descobrimento de princípios gerais, transcende as situações particulares e utiliza procedimentos de amostragem, para inferir na totalidade ou conjunto da população.

Para garantir a efetividade da metodologia, realizamos piloto, com o instrumento de coleta de dados, com duas profissionais do Serviço Social, uma destas não estaria inclusa no universo a ser pesquisado e a outra sim. Relataram não terem dificuldade alguma em responder as perguntas e que o mesmo não necessitava de muito tempo para respondê-lo completamente, havendo apenas um questionamento em uma questão, onde com esta indagação, realizamos a sua adequação, evitando assim, confusão quanto a mesma.

A coleta de dados decorreu durante o mês de junho de 2011, entre os dias 06 a 30 de junho de 2011. Dirigimos-nos às unidades de saúde, onde em contato direto com o profissional, explicamos o teor da pesquisa, informando a autorização da mesma pelo Comitê Ética e quando solicitado foi entregue cópia do ofício da aprovação do Projeto pelo Comitê de Ética. Em sua maioria, com exceção de poucos que responderam no mesmo instante, foi deixado o instrumento de coleta de dados, ao profissional, que devolveu em um segundo momento, quando retornamos a unidade para recolhimento dos mesmos.

Juntamente com o instrumento de coleta de dados foi entregue a cada profissional que aceitou participar da pesquisa, um envelope que não havia nenhuma forma de identificação, garantindo assim o sigilo dos dados pessoais durante todo o processo de levantamento e análise dos dados, contendo o questionário, uma carta aberta de agradecimento assinada pela pesquisadora e orientadora, onde agradecemos a participação e colaboração, e mais duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo que uma cópia ficou com o participante da pesquisa.

Após a localização do profissional e sensibilização quanto à importância de sua participação neste estudo, entregamos o instrumental de coleta de dados onde foi oportunizada ao profissional a liberdade de responder o questionário, onde e quando quisesse, sendo estimada a necessidade de mais ou menos cinco minutos para preenchimento de todas as perguntas.

Entregamos o instrumental de coleta de dados, comunicamos que estaríamos retornando em um segundo momento para devolução do mesmo respondido, já que em sua maioria com exceção de alguns poucos responderam no mesmo instante. Esse processo perdurou entre os dias 06 a 30 de junho de 2011, onde tivemos em média, que retornar por mais de duas vezes para obter a devolução dos instrumentais. Tivemos também, casos excepcionais em que o profissional encaminhou o mesmo à responsável pela pesquisa, em sua unidade de lotação na Secretaria Estadual de Saúde.

Dos 142 (cento quarenta e dois) profissionais que atenderam aos critérios de exclusão, apontados pelo lotacionograma da Secretaria Estadual de Saúde de Mato Grosso de maio de 2011, durante o levantamento de dados, identificamos mais 21 (vinte e um) profissionais que se encontravam em período de férias, licença prêmio ou licença saúde, ou seja, estavam excluídos da pesquisa.

Desta forma, identificamos 121 (cento e vinte e um) profissionais para levantamento de coleta de dados, destes 71,9% devolveram o questionário respondido, 24,8% não devolveram e 3,3% não quiseram participar da coleta de dados.

Quanto às informações acerca dos profissionais e ao instrumento de coleta de dados (anexo) o quadro abaixo aponta sucintamente as variáveis coletadas para alcance dos objetivos propostos:

**Quadro 2:** Eixo de análise e fontes de informação para a identificação do Perfil do Profissional de Serviço Social da SES/MT lotado no município de Cuiabá.

EIXOS	FONTES
Número de profissionais, sexo, tipo de vínculo e lotação.	- Lotacionograma da SES.
Perfil social, demográfico, de formação acadêmica.	Entrevista (roteiro estruturado) Bloco 1, 2 e 3.
Lotação e área de atuação.	Entrevista (roteiro estruturado) Bloco 4; e Lotacionograma da SES/MT de maio de 2011.
Inserção em organizações de participação coletiva.	Entrevista (roteiro estruturado) Bloco 5.

Fonte: Elaboração direta, 2011.

## 5.5 Aspectos Éticos

Seguindo os preceitos éticos, previstos na Resolução CNS 196/96 e suas normativas complementares vigentes, foi encaminhando no dia 29 de março de 2011, o projeto desta pesquisa ao Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos da Secretaria Estadual de Saúde de Mato Grosso, para avaliação e análise, conforme protocolo número 560.2011.

Após encaminhamento do Projeto de Pesquisa apresentado no Comitê de Ética da Escola de Saúde Pública, recebemos parecer favorável no dia 18 de maio, conforme Ofício número 040/11/CEP/SES-MT (anexo), onde só após este parecer favorável demos início à coleta de dados.

Ressaltamos que apesar do fluxo de avaliação e reparação do projeto ter percorrido em sua normalidade, e dentro dos prazos estabelecidos, onde sempre tivemos resposta, muito antes do prazo máximo de resposta, mas que ainda assim despendeu de algum tempo até sua aprovação, para podermos iniciar a coleta de dados.

Em mãos com o ofício de aprovação do projeto, iniciamos a coleta de dados, onde ao abordarmos os profissionais diretamente ou até mesmo a chefia imediata, onde informamos da aprovação do mesmo pelo Comitê de Ética da Escola de Saúde Pública, deixando uma cópia do mesmo.

## 5.6 Resultados e Discussões

Os dados foram coletados, tratados e posteriormente interpretados de maneira quantitativa. Com estes já apurados direcionamos a análise seguindo caminhos para descrição e análise percentual dos dados propostos por MARCONI E LAKATOS (2009): “a percentagem serve para dar forma numérica às características qualitativa. Nessa etapa, realizamos tabulação dos dados, onde podemos então, quantificar percentualmente as dados levantados”.

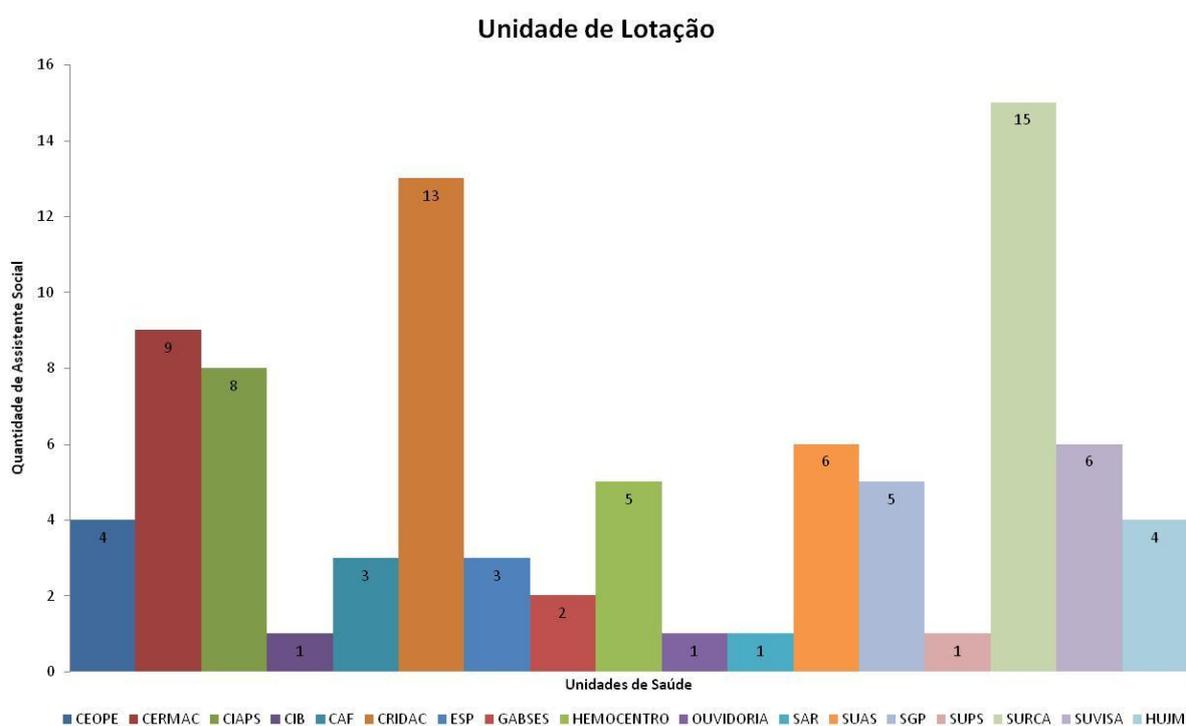
A quantificação do conteúdo pode responder aos objetivos propostos por esta pesquisa, traduzindo fatos sociais em dados suscetíveis de tratamento quantitativo, organizando-os de modo tal que adquiram significação para teoria, podendo generalizar-se e ordenar-se em um sistema de hipóteses.

Os dados encontrados foram discutidos de acordo com o material teórico pertinente ao objeto investigado, sendo utilizado para a sua análise o programa Microsoft Office Excel 2007.

Os resultados estão apresentados de forma descritiva quantitativa, em conformidade às variáveis levantadas durante o período da pesquisa e calcados em referências bibliográficas levantadas.

Durante a coleta de dados podemos destacar a participação de 87 (oitenta e sete) profissionais, conforme demonstra o gráfico 1. Ocorrendo a entrega do instrumental de coleta de dados e sua devolução, de 4 (quatro) no Centro Estadual de Odontologia para Pacientes Especiais – CEOPE, 9 (nove) no Centro Estadual de Referência em Média e Alta Complexidade - CERMAC, 8 (oito) no Centro Integrado de Assistência Psicossocial – CIAPS, 1 (um) na Comissão Intergestora Bipartite - CIB, 3 (três) na Coordenadoria de Assistência Farmacêutica - CAF, 13 (treze) no Centro de Reabilitação Integral Dom Aquino Correa – CRIDAC, 3 (três) na Escola de Saúde Pública de Mato Grosso – ESP, 2 (dois) Gabinete do Secretário de Saúde – GABSES, 5 (cinco) no Mato Grosso Hemocentro, 1 (um) na Ouvidoria Geral do SUS, 1 (um) na Superintendência de Articulação Regional – SAR, 6 (seis) na Superintendência de Atenção à Saúde – SUAS, 5 (cinco) na Superintendência de Gestão de Pessoas – SGP, 1 (uma) na Superintendência de Políticas – SUPS, 15 (quinze) na Superintendência de Regulação, Controle e Avaliação – SURCA, 6 (seis) na Superintendência de Vigilância em Saúde – SUVISA, 4 (quatro) no Hospital Universitário Júlio Muller – HUJM.

**Gráfico 1:** Quantitativo de profissionais de serviço social, por unidade de lotação, participantes na coleta de dados. (Fonte: Elaboração da pesquisadora, 2011).



Com o estudo, e de acordo com os dados levantados, pudemos identificar que do universo total de profissionais de Serviço Social da Secretaria Estadual de Saúde Mato Grosso lotado no município de Cuiabá, 97% é do sexo feminino e apenas 3% do sexo masculino, efetivando a feminilização tanto do Serviço Social, quanto da saúde. Assim, apresentamos na participação da coleta de dados de 97,70% de assistentes sociais do sexo feminino, 1,15% do masculino e 1,15% não informou o sexo.

Segundo Pierantoni (p. 135, 2008) “O trabalho no setor saúde é predominantemente exercido hoje por mulheres. Sete em cada dez profissionais são mulheres no setor público, e oito em cada dez, no privado”.

Identificamos como faixa etária destes profissionais, que 8,05% possuem entre 26 a 35 anos de idade, a maioria com 50,57% destes entre 36 a 45 anos de idade, 36,78% entre 46 a 55 anos de idade, e em sua minoria de 3,45% com mais de 56 anos de idade, e 1,15 não informou.

Como perfil sócio-demográfico foi apurado que do universo pesquisado, 29,89% é da cor branca, 51,72% é parda, 16,09% é da cor preta e 2,30% não informaram a cor da pele. Como estado civil, 22,99% são solteiras, 51,72% são casadas, 8,05% divorciadas, 9,20% vivem em união estável, 2,30% são viúvas e 5,75% separadas.

Quanto ao apontamento de possuir filhos a sua maioria de 72,41% descreveu ter e 27,59% relatou que não possuir filho. Dentre os profissionais que apresentam filhos, 26,98 possuem apenas um filho, 47,62% possuem dois filhos, 22,23% possuem três filhos e 3,17% não informou.

Quanto à habitação em sua maioria de 78,16% descreveu possuir casa própria, 19,54% relatou não possuir casa própria e 2,30% não informou. Dos que relataram não possuir casa própria, 47,62% vivem em casa alugada, 28,57% em financiada, 19,05% em cedida e 4,76% não informaram.

Residem sozinhas 6,90% e 89,66 descrevem dividir a residência com mais alguém. Do quantitativo que declarou viver com mais alguém, 70,37% vivem com mais de duas a quatro pessoas, 22,22% com cinco a sete pessoas, 7,41% não informou este quantitativo, apesar de relatarem não viverem sozinhas.

Identificamos que quanto ao chefe de família, 43,68% classificou a si mesmo como chefe de família, 33,33% apontam o companheiro, 6,90% pai/mãe, 11,49% apontam casal o chefe de família, 1,15% relata não ter chefe de família e 3,14% não informou.

Galeazzi apud Gálvez, (p. 2000) “em um estudo realizado em nove países da América Latina, incluindo o Brasil, se constata que as taxas masculinas de participação laboral se mantiveram em um mesmo nível durante a década de 90, enquanto que as femininas aumentaram quase que parêntese em todos os países”.

Abordado quanto a possuir plano/seguro de saúde, a maioria de 81,61% relatou possuir, 14,94% diz não possuir e 3,45% não informou. Isto retrata um debate que já vem acontecendo, sobre a contrariedade dos profissionais que atuam no Sistema Único de Saúde – SUS, possuírem plano ou seguro de saúde, onde até mesmo em específico no Estado de Mato Grosso, é oferecido o MT-Saúde aos seus servidores que desejam comprar o serviço.

Quanto a ser proprietário de veículo, 81,61% aponta que sim, a sua minoria de 6,90% não possui e 11,49% não informou.

Como renda individual dos profissionais de Serviço Social da Secretaria Estadual de Saúde Mato Grosso lotados no município de Cuiabá, foi identificada que 21,84% constituem entre dois mil e oitocentos reais a quatro mil e oitocentos reais, 44,83% possui renda individual de quatro mil e oitocentos reais a seis mil oitocentos reais, 21,84% está entre seis mil oitocentos reais a oito mil e oitocentos reais, 9,20% relata oito mil e oitocentos reais a dez mil e oitocentos reais, 2,30% apresenta mais de dez mil reais mensal e 2,30% não informou.

Podemos descrever como renda familiar que, 9,20% apresentou entre dois mil e oitocentos reais a quatro mil e oitocentos reais, 26,44% relatou entre quatro mil e oitocentos reais a seis mil oitocentos reais, 25,29%, destacou ter como renda familiar entre seis mil oitocentos reais a oito mil e oitocentos reais, 14,94% aponta ter entre oito mil e oitocentos reais a dez mil e oitocentos reais, 20,69 demonstrou ter mais de dez mil reais mensal e 3,45% não informou.

**Quadro 3:** Perfil sócio-econômico do profissional de serviço social da Secretaria Estadual de Saúde de Mato Grosso lotado no município de Cuiabá.

VARIÁVEL	DESCRIÇÃO	(%)	VARIÁVEL	DESCRIÇÃO	(%)
Sexo	Feminino	97,7%	Reside sozinha	Sim	6,90%
	Masculino	1,15%		Não	89,66%
	Não informou	1,15%		Não informou	3,45%
Faixa etária	Entre 26 a 35	8,05%	Quantidade de pessoas que vivem na mesma casa	Entre 2 a 4 pessoas	70,37%
	Entre 36 a 45	50,57%		Entre 5 a 7 pessoas	22,22%
	Entre 46 a 55	36,78%		Não informou	7,41%
	Mais de 56	3,45%	A própria	43,68%	
Raça	Não informou	1,15%	Chefe de família	Companheiro	33,33%
	Branca	29,89%		Pai/mãe	6,90%
	Parda	51,72%		O casal	11,49%
	Preta	16,09%	Não tem	1,15%	
Estado civil	Não informou	2,30%	Possui plano/seguro de saúde	Não informou	3,45%
	Solteira	22,99%		Sim	81,61%
	Casada	51,72%		Não	14,94%
	Divorciada	8,05%	Possui veículo	Não informou	3,45%
	União estável	9,20%		Sim	81,61%
Possuem filhos	Viúva	2,30%	Renda individual	Não	6,90%
	Separada	5,75%		Não informou	11,49%
	Sim	72,41%	Entre R\$ 2.800,00 a R\$ 4.800,00	21,84%	
Quantidade de filhos	Não	27,59%	Entre R\$ 4.800,00 a R\$ 6.800,00	44,83%	
	Um	19,54%	Entre R\$ 6.800,00 a R\$ 8.800,00	21,84%	
	Dois	34,48%	Entre R\$ 8.800,00 a R\$ 10.800,00	9,20%	
Reside em casa própria	Três	16,09%	Renda familiar	Mais de R\$ 10.800,00	2,30%
	Não informou	2,30%		Entre R\$ 2.800,00 a R\$ 4.800,00	9,20%
	Sim	78,16%		Entre R\$ 4.800,00 a R\$ 6.800,00	26,44%
	Não	19,54%		Entre R\$ 6.800,00 a R\$ 8.800,00	25,29%
Tipo de residência não própria	Alugada	47,62%	Entre R\$ 8.800,00 a R\$ 10.800,00	14,94%	
	Financiada	28,57%	Mais de R\$ 10.800,00	20,69%	
	Cedida	19,05%			
	Não informou	4,76%			

**Fonte:** Elaboração direta, 2011.

Com relação ao levantamento de aspectos de graduação, podemos identificar que entre os profissionais de Serviço Social da Secretaria Estadual de Saúde Mato Grosso lotados no município de Cuiabá, 3,04% completaram graduação em Serviço Social na década de setenta, 25,29% na década de oitenta, de quatro mil e oitocentos reais a seis mil oitocentos, 50,57% completaram na década de noventa, 18,39% entre os anos de dois mil a dois mil e dez e 2,30% não informou quando completou sua graduação. Destes, 89,66% obteve sua graduação em instituição pública, 5,75% obteve sua graduação em instituição privada e 4,60% não repassou tal informação. Em sua maioria, com 59,77% foi graduada

em Mato Grosso, a minoria com 1,15% em outros Estados, como Distrito Federal, Goiás, Paraná, Rio Grande do Sul e Santa Catarina.

O presente estudo possibilitou identificarmos que, dos profissionais que participou da pesquisa, apenas 9,20% possui outra graduação de nível superior, e 90,80% não possui outra graduação. Dos que apontaram possuir outra graduação de nível superior, foi apontado que 37,50% são graduados em Direito e 12,50% são graduados em História, Letras, Pedagogia, Psicologia e Teologia. Identificamos também que 93,10% são especialistas, 3,45% relataram ser mestre, 2,30% são especialistas e mestres e 1,15% não informou.

Quanto à participação em cursos de capacitação e/ou atualização com mais de 40 (quarenta) horas no ano de 2010, na área de atuação, podemos apurar que 27,59% descreveu ter realizado pelo menos um curso em sua área de atuação, 16,09% registrou ter realizado dois, 12,64% registrou ter completado três, 21,84% relatou não ter realizado nenhum curso de com mais de 40 (quarenta) horas no ano de 2010, na área de atuação e 1,15% não repassou esta informação.

Entre os pesquisados foi registrado que 81,51% desejam em um futuro próximo realizar alguma qualificação profissional ou pós-graduação, e sua minoria com 10,34% registraram não possuir esse desejo e 1,15% não informou. Dos que declarou haver o desejo de realizar alguma qualificação profissional ou pós-graduação, 85,90% almejam que seja dentro da área de atuação, 8,97% deseja buscar fora da área de atuação, 2,56% especificaram que desejam tanto, na área de atuação, quanto fora dela e 2,56% deixou de informar. Segundo Ribeiro e Motta, (p.4, 1999) “A educação permanente em saúde tem como objetivo de transformação o processo de trabalho, orientado para a melhoria da qualidade dos serviços e para a equidade no cuidado e no acesso aos serviços de saúde. Parte, portanto, da reflexão sobre o que está acontecendo no serviço e sobre o que precisa ser transformado”.

Já com relação a carga horária de trabalho, podemos desenhar que 54,02% dos profissionais do Serviço Social da Secretaria Estadual de Saúde Mato Grosso lotados no município de Cuiabá, apresentam trinta horas como carga horária de trabalho semanal, 43,68% possui quarenta horas semanais e 2,30% apresentou trinta horas semanais em regime de plantão, como carga horária de trabalho semanal. Destes, 29,89% relatou não possuir outro vínculo trabalhista e um número significativo de 66,67% relatou possuir outro vínculo trabalhista, e 3,45% não informou tal situação.

Dos que apontou possuir outro vínculo, a sua maioria de 48,28% relatou possuir na área pública e sua minoria de 6,90% o tem na área privada, 44,82% não passou a informação. Os profissionais que relataram possuir outro vínculo trabalhista, 74,20% o têm na área do Serviço Social e 12,90% está em outra área e 12,90% não informou.

Identificamos que 12,64% ocupam atualmente dentro da Secretaria Estadual de Saúde de Mato Grosso, algum cargo de assessoramento, direção ou chefia, e em contrapartida 81,61% não ocupa nenhum cargo de assessoramento, direção ou chefia atualmente e 5,75% não declarou a informação. Quanto a já ter ocupado algum cargo de assessoramento, direção ou chefia, identificamos o quantitativo de 28,74% de já ter passado por essa vivência e em sua maioria de 63,22% relatou nunca ter ocupado cargo algum e 8,05% deixou de informar.

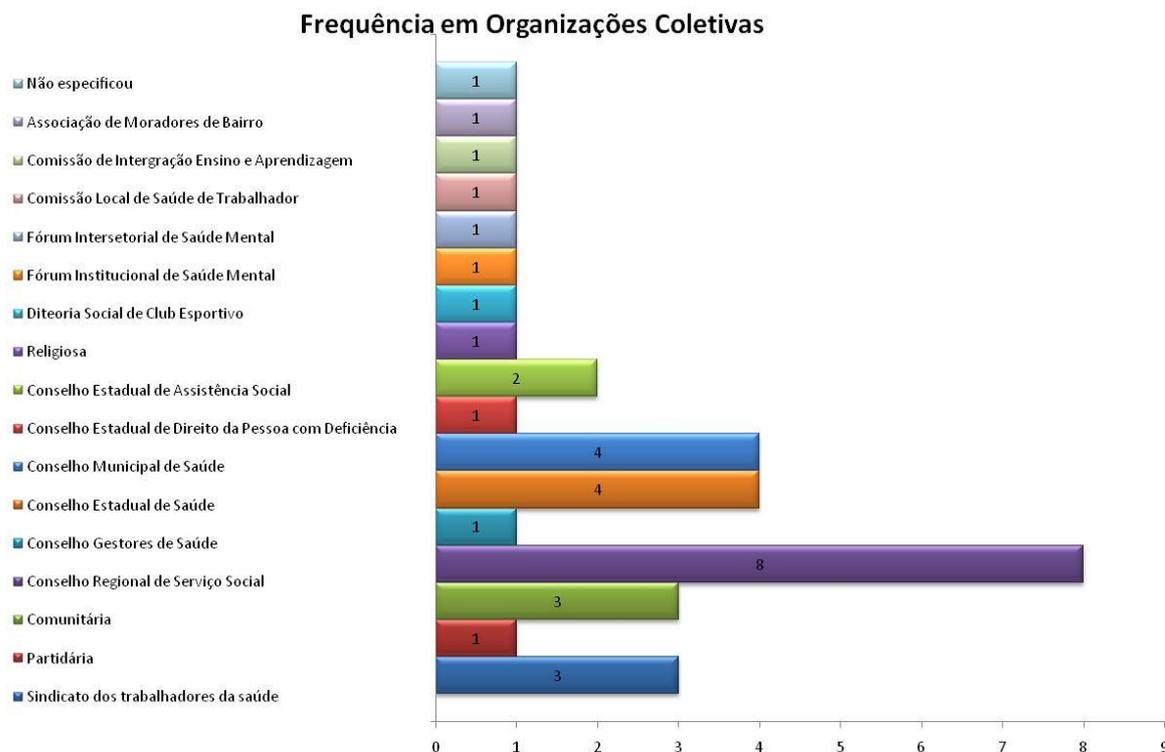
Com relação a ser filiado em algum partido, foi retratado que 6,90% é filiado em algum partido político e em sua maioria de 85,06% relata não o ser e 8,05% não informou. Já quanto à filiação em entidade sindical, retratamos os inverso, a maioria de 56,32% relata ser filiado em entidade sindical e 35,63% relata não ser e 8,05% não informou se é filiado em entidade sindical. Segundo Dau, (142, 2008) "Reforma Sindical – prevê, entre outros pontos, o fim gradativo do imposto sindical e sua substituição pela contribuição negocial; representação no local de trabalho; o reconhecimento das centrais sindicais; uma nova legislação de direito de greve; o sistema de arbitragem na solução de conflito e o fim do poder normativo da Justiça de Trabalho".

Com relação ao envolvimento com o controle social, podemos desenhar que 33,33% dos profissionais envolvidos na pesquisa informaram freqüentar as ações/trabalhos/reuniões de alguma organização coletiva, já em sua maioria de 58,62% apontaram que não frequentam e 8,05% não passaram tal informação.

Dentre os que relatou freqüentar alguma organização coletiva, foi identificado que 2,86% frequentam Associação dos moradores de bairro, sendo o mesmo percentual à Comissão de Integração Ensino e Aprendizagem, à Comissão Local de Saúde do Trabalhador, ao Fórum Intersetorial de Saúde Mental, ao Fórum Interinstitucional de Saúde Mental, à Diretoria Social de Club Esportivo, à Religiosa, ao Conselho Estadual de Direito da Pessoa com Deficiência, ao Conselho Gestores de Saúde, ao Partidária e ao percentual de quem não especificou qual entidade, 5,71% relatou participar do Conselho Estadual de Assistência Social, 8,57% estão em entidades comunitárias e o mesmo percentual ao Sindicato dos Trabalhadores da Saúde, 11,43% Conselho Municipal de Saúde e mesmo percentual ao Conselho Estadual de Saúde e 22,86% afirmou participar do Conselho Regional de Serviço Social.

O controle social é um importante e legítimo instrumento de garantia e participação dos direitos sociais do cidadão, segundo aponta o Mito e Nogueira (p.226, 2007) "O controle social, passou a significar o controle da sociedade organizada sobre o Estado, exercido por meio de instrumentos democráticos, tais como os Conselhos e as Conferências de Saúde e outro mais". E ainda, Matos e Bravo (p.33, 2004) "A categoria controle social significa a participação da sociedade civil na elaboração, implantação e fiscalização das

políticas públicas, de maneira que se compreenda que o público deve ser expressão do conjunto das necessidades apresentadas pelos diferentes segmentos da sociedade”.



**Gráfico 2:** Frequência em ações/trabalhos/reuniões em entidades de organização coletiva. (Fonte: Elaboração da pesquisadora, 2011).

Com relação ao conhecimento da Lei Federal nº 12.317 de 27 de agosto de 2010 (anexo), onde regulamenta a jornada de trabalho para assistentes sociais de 30 horas semanais sem redução de salário, onde a mesma ainda, não foi colocada em prática na Secretaria Estadual de Saúde de Mato Grosso, podemos identificar que 98,85% disse que tem conhecimento da lei e 1,15% não informou. Destas, 57,47% acredita que com a prática da mesma, venha a melhorar a sua qualidade de vida, 9,20% acredita que não venha a melhorar a sua qualidade de vida e 33,33% não se pronunciou. Quanto à efetivação da lei, quando indagado se acredita na melhoria na qualidade de trabalho, 49,43% relata que acredita que vai melhorar, 10,23% relata que não vai melhorar sua qualidade de trabalho e um significativo quantitativo de 40,23% não quis se pronunciar.

**Quadro 4:** Perfil do profissional de serviço social da Secretaria Estadual de Saúde Mato Grosso lotado no município de Cuiabá, quanto a graduação acadêmica, capacitação e qualificação; vínculo; cargo; participação partidária, sindical e organização coletiva; conhecimento da Lei Federal 12.317/10.

VARIÁVEL	DESCRIÇÃO	(%)	VARIÁVEL	DESCRIÇÃO	(%)
Período de graduação	Entre 1970 a 1979	3,45%	Carga Horária de trabalho	30 h semanais	54,02%
	Entre 1980 a 1989	25,29%		40 h semanais	43,68%
	Entre 1990 a 1999	50,57%		Plantão de 30 h semanais	2,30%
	Entre 2000 a 2010	18,39%	Possui outro vínculo trabalhista	Sim	29,89%
Não informou	2,30%	Não		66,67%	
Natureza da instituição de graduação	Pública	89,66%		Não informou	3,45%
Natureza da instituição de graduação	Privada	5,75%	Natureza do outro vínculo trabalhista	Público	48,28%
	Não informou	4,60%		Privado	6,90%
Estado de graduação	Mato Grosso	59,77%		Não informou	44,82%
	Distrito Federal; Goiás; Paraná; Rio Grande do Sul; e Santa Catarina.	1,15%	O outro vínculo trabalhista é na área do Serviço Social	Sim	74,20%
	Não informou	34,48%	Não	12,90%	
Possui outra graduação	Sim	9,20%	Ocupa cargo de assessoramento, direção ou chefia na SES/MT	Não informou	12,90%
	Não	90,80%		Sim	12,64%
Qual outra graduação	Direito	37,50%		Já ocupou cargo de assessoramento, direção ou chefia na SES/MT	Não
	História; Letras; Pedagogia; Psicologia; Teologia	12,50%	Não informou		5,75%
	Especialização	93,10%	Sim		28,74%
Possui pós-graduação profissional	Mestrado	3,45%	Filiado partidário	Não	85,06%
	Especialização e mestrado	2,30%		Não informou	8,05%
	Não informou	1,15%		Sim	56,32%
Realizou capacitação voltada para a área de atuação, com mais de 40 horas.	Um	27,59%	Filiado sindicalista	Não	35,63%
	Dois	16,09%		Não informou	8,05%
	Três	12,64%	Frequência em organização coletiva	Sim	33,33%
	Mais de três	20,69%		Não	58,62%
	Nenhum	21,84%		Não informou	8,05%
Deseja realizar em futuro próximo qualificação ou pós-graduação	Não informou	1,15%	Conhecimento da Lei Federal 12.317/10 (Lei 30h ao Assistente Social)	Sim	98,85%
	Sim	88,51%		Não	0%
Deseja realizar em qualificação ou pós-graduação em qual área	Não informou	1,15%		Com a Lei melhora qualidade de vida	Não informou
	Dentro da área de atuação	85,90%	Sim		57,47%
	Outra área de atuação	8,97%	Não		9,20%
Deseja realizar em qualificação ou pós-graduação em qual área	Nas duas	2,56%	Com a Lei melhora qualidade de trabalho	Não informou	33,33%
	Não informou	2,56%		Sim	49,43%
				Não	10,34%
			Não informou	40,23%	

Fonte: Elaboração direta, 2011.

## **6 PERFIL DO ASSISTENTE SOCIAL DA SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE MATO GROSSO LOTADO NO MUNICÍPIO DE CUIABÁ**

### **6.1 Gênero**

Foi constatado por intermédio do levantamento e análise das variáveis que os profissionais de Serviço Social da Secretaria Estadual de Saúde de Mato Grosso, apresentam em seu perfil um universo predominantemente feminino sendo este de 97,7% de seu total.

### **6.2 Aspectos Sociais**

Quanto aos aspectos sociais foi identificado faixa etária em sua maioria de 50,57% entre 36 a 45 anos de idade. Sua cor predominante é a parda com 51,72%, também com 51,72%, a maioria do percentual estado civil casada, 89,66% não residem sozinhos, a maioria de 72,41% possui filho, tendo um percentual de 34,48% com dois filhos. O núcleo familiar é composto pelo percentual de 70,37% por duas a quatro pessoas.

### **6.3 Aspectos Econômicos**

Em relação aos aspectos econômicos foi desenhado que a sua maioria de 78,16% reside em casa própria, aqueles que não possuem casa própria, 28,57% relatam estarem pagando financiamento. O percentual de 43,68% são chefes de família, tendo 44,83% de renda individual entre R\$ 4.800,00 a R\$ 6.800,00 mensal e renda familiar em sua maioria de 26,44% também entre R\$ 4.800,00 a R\$ 6.800,00 mensal. A maioria de 81,61% possui plano/seguro de saúde e veículo próprio. Esse dado aponta que em média esses profissionais, com base na Síntese de Indicadores Sociais do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE (p.112, 2010), estão acima da média dos considerados mais ricos dentro do Estado de Mato Grosso, que aponta a média de R\$ 2.987,62 (dois mil novecentos e oitenta e sete reais e sessenta e dois centavo) e com relação ao território do Centro-Oeste estão um pouco acima da média de que é de R\$ 4,204,27 (quatro mil duzentos e quatro reais e vinte e sete centavos).

### **6.4 Graduação, qualificação e capacitação**

Quanto ao aspecto de graduação identificou que o período de formação predominantemente foi de 50,57% na década de 90, significativamente 89,66% tiveram sua

graduação em instituição de natureza pública, onde 59,77% colaram grau superior no Estado de Mato Grosso. Quanto a possuir outra graduação 9,20% apresenta mais de uma graduação em contrapartida de 90,80% não possuir outra graduação de nível superior. Dos cursos de graduação além da formação em Serviço Social, identificamos os de Direito, História, Letras, Pedagogia, Psicologia e Teologia. A maioria de 93,10% é pós-graduado em contradição de sua minoria ser mestre, sendo este de apenas 2,30%.

No que tange quanto realização de cursos de capacitação e/ou qualificação, com mais de 40 horas no ano de 2010, 27,59% apontou ter realizado no mínimo um, e 20,69% relatou ter realizado mais de três capacitações e/ou qualificações, com mais de 40 horas no ano de 2010. Quanto ao desejo de realizar em futuro próximo capacitação e/ou qualificação, a maioria de 88,51% possui essa vontade, dentre estes 85,90% deseja realizar dentro da área de atuação.

## **6.5 Vínculo**

Com relação ao vínculo dos profissionais de Serviço Social da Secretaria Estadual de Saúde de Mato Grosso, a sua maioria de 99,55% é efetivo, tendo como carga horária de trabalho variando entre 30 horas semanais com 54,02% destes e 40 horas semanais apresentando 43,68% destes. Identificamos também que 29,89% possuem outro vínculo trabalhista, e que destes 48,28% também é no serviço público e que 74,20% destes é na área do Serviço Social.

## **6.6 Cargos**

Quanto a ocupação de cargo de assessoramento, direção ou chefia, retratamos que 12,64% realizam essas funções atualmente e 28,74% já ocupou anteriormente cargo de assessoramento, direção ou chefia.

## **6.7 Filiação Partidária e Organização de Participação Coletiva**

No aspecto filiação partidária é retratado que apenas 6,90% são filiados em algum partido político e um número mais significativo de 56,32% é sindicalizado trabalhista. Quanto à frequência em ações/trabalhos/reuniões 33,33% são militantes. Das entidades de participação em organização coletiva, 22,86% é atuante no Conselho Regional de Serviço Social.

## 6.8 Lei Federal nº.12.317

Com relação ao conhecimento da Lei Federal nº.12.317 de 27 de agosto de 2010, onde regulamenta a jornada de trabalho para assistentes sociais de 30 horas semanais sem redução de salário, a maioria maciça de 98,85% tem conhecimento da mesma e destes 57,47% acreditam que com a efetivação da Lei na Secretaria Estadual de Saúde de Mato Grosso, venha a melhorar a sua qualidade de vida e 49,43% acredita que também melhore a qualidade de seu trabalho com a efetivação a Lei Federal nº.12.317/10.

## 6.9 Considerações Finais

Diante dos dados levantados pelas variáveis foi possível desenhar o perfil do profissional de Serviço Social da Secretaria Estadual de Saúde de Mato Grosso lotado no município de Cuiabá. A ocupação de quase 100% de profissionais do sexo feminino atendeu a expectativa inicial de hipótese de pesquisa. A feminilização, tanto do Serviço Social quanto do mercado de trabalho de uma forma geral, está constituída há mais de trinta anos, como aponta Galeazzi (p.1, 2000) “A importância das mulheres no processo produtivo não é um fato novo. (...). O que há de destacar nas últimas décadas do século XX, é a intensidade, a diversificação e a aparente irreversibilidade do processo de entrada de mulheres no mercado de trabalho”.

Quanto à faixa etária destes profissionais, podemos então destacar que, por critério de idade, encontram-se em sua maioria em idade produtiva no mercado de trabalho, e que o Estado, ainda possui tempo o bastante para incrementar uma estratégia, quem sabe na qualidade de vida, para atender aos seus futuros profissionais em idade de se aposentar, seja, garantindo um trabalho de preparação para o mesmo, evitando os casos de depressão, seja incentivando aquele que por opção desejar continuar atuando mesmo tendo idade para aposentadoria como, por exemplo, complementando em seu Plano de Carreiras de Cargos e Salários, um estímulo financeiro, para que aqueles que mesmo atendendo aos critérios para aposentadoria, desejem continuar atuando.

No que tange aos aspectos econômicos, aos profissionais é garantindo direitos de estabilidade, pois a sua maioria são concursados. A realidade atual do Estado de Mato Grosso, tem apresentando poder de compra no mercado aos seus servidores, já que não vem ocorrendo atrasos em sua folha de pagamento, onde o Governo vem adotando nos últimos oito anos, o compromisso de cumprir rigorosamente em dia a folha de pagamento dos seus servidores. Desta forma, podemos considerar que este é um dos fatores relevante, sem adentrar no aspecto econômico atual do país, quando apontado que uma grande

maioria, possui casa e veículo próprio.

Temos que considerar também, a presença de uma significativa tabela de valores, quanto a tabela de rendimentos de remuneração dos servidores da Secretaria Estadual de Saúde de Mato Grosso, onde na Síntese de Indicadores Sociais do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE (p.100, 2010) “É na família que a renda é reunida para organizar um orçamento comum que satisfaça a necessidade de cada membro. A renda adquirida pela família é basicamente, o que define as suas possibilidades de aquisição de bens e serviços”.

E ainda fazendo um comparativo deste dado com a pesquisa de Mercado de trabalho dos Assistentes Sociais em Mato Grosso e os desafios à formação profissional realizada pelo Grupo de Pesquisa Trabalho e Sociabilidade do Departamento de Serviço Social da Universidade de Federal de Mato Grosso – UFMT, juntamente com o Conselho Regional de Serviço Social – CRESS-20ª Região, aponta que entre os participantes da pesquisa a maioria de 30% possui como renda familiar de 5 (cinco) a 8 (oito) salários mínimos, ou seja, possui renda familiar entre R\$ 2.275,00 (dois mil e duzentos e setenta e cinco reais) e R\$ 3.640,00 (três mil e seiscentos e quarenta reais, quando comparamos com os dados apresentados nesta pesquisa, podemos constatar que os profissionais de serviço social da saúde do Estado de Mato Grosso, possui em sua maioria dos participantes de 26,44%, uma renda familiar maior que o dobro apresentada em todo o Estado de Mato Grosso, e que podemos apontar então que é na saúde do Estado de Mato Grosso, que se apresentam os profissionais de serviço social com maior renda familiar.

A maioria dos profissionais passou por academia pública, e a vivenciaram dentro do Estado do Mato Grosso. É importante destacar que quase em sua maioria absoluta são especialistas e identificam desejo de realização de qualificação e capacitação em sua área de atuação, e que a política do Estado de Mato Grosso, possui instrumento constituído para levantamento de demandas na realização de cursos, (Levantamento de Necessidades de Capacitação e Desenvolvimento – LNCD), onde é oportunizado este debate.

Quanto a carga horária de trabalho é apresentado a variação entre 30 e 40 horas semanais, mas não podemos deixar de abordar, que um número significativo, apresenta mais de um vínculo trabalhista, e que esses profissionais são do sexo feminino e chefe de família, onde podemos apontar que é identificado neste universo a realidade social do Brasil, de jornada dupla ou até mesmo tripla aos trabalhadores, trazendo como consequência, o estresse e a depressão destes profissionais, levando ao aumento de casos que se afastam do serviço por necessidade de tratamento de saúde.

A Lei Federal nº.12.317 de 27 de agosto de 2010, onde regulamenta a jornada de trabalho para assistentes sociais de 30 horas semanais sem redução de salário é de conhecimento da categoria, porém, com o grande número de profissionais que deixaram de

declarar sua opinião quanto a melhoria de sua qualidade de vida e trabalho, podemos identificar que existe uma necessidade de discussão com a categoria, já que a Lei foi constituída há quase um ano, e ainda não está em efetivação dentro do da Secretaria Estadual de Saúde de Mato Grosso, em contrapartida de alguns órgãos municipais do Estado de Mato Grosso e de órgãos Federais, como por exemplo, os municípios de Várzea Grande, Araputanga, Guiratinga, Nova Bandeirantes e o Ministério Federal.

Foi identificado um número significativo de profissionais que ocupa ou ocuparam cargo de assessoramento, direção ou chefia, onde desta forma, podemos retratar a flexibilização na dinâmica de atuação e das atribuições e competências do assistente social, segundo o Código de Ética Profissional.

A participação partidária é irrisória, por outro lado a categoria apresenta grande número de filiados sindicalista e apontando sua participação no Conselho Profissional.

## 7 REFERENCIAL TEÓRICO

BARROCO, M. L. S. **Ética e Serviço Social: fundamentos ontológicos.** São Paulo, Cortez, 2001.

BRAVO, M.I.S. **Serviço Social: política social e política de saúde: Bem estar social.** São Paulo, SP, 2007.

CARVALHO, A. I. **Conselhos de Saúde, Responsabilidade Pública e Cidadania: Reforma Sanitária como Reforma do Estado.** In: FLEURY, S. (org). Saúde e democracia: a luta do CEBES. São Paulo: Lemos, 1997.

CASTRO, M.M. **História do Serviço Social na América Latina.** São Paulo, SP. Cortez, 1993.

CASTRO, Manoel Manrique. **História do Serviço Social na América Latina.** 4.ed. São Paulo: Cortez, 1993.

**Código de Ética Profissional do Assistente Social.** Brasília, Conselho Federal de Serviço Social, 1993.

**Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.** Obra coletiva de autoria da Editora Saraiva com a colaboração de Antonio Luiz de Toledo Pinto, Márcia Cristina Vaz dos Santos Windt e Livia Céspedes – 31.ed – São Paulo, 2003.

CORNELY, Seno Antonio. **História da Organização Político - Acadêmica do Serviço Social na América latina.** In: Revista Temporalis. Ano IV, nº 7 – janeiro/junho de 2003. Porto Alegre: ABEPSS, 2004.

DAU, D.M. **Integração dos atores envolvidos. Curso de Negociação do Trabalho do SUS.** Cadernos de Textos/Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde a Distância. Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2008.

Estudos e Pesquisas Informações Demográficas e Socioeconômica número 27. **Síntese de Indicadores Sociais – Uma análise das condições de vida da**

**população brasileira 2010.** Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE; Rio de Janeiro: 2010.

GALEAZZI, I. M. S. **Mulheres trabalhadoras: a chefia da família e os condicionantes de gênero.** Rio de Janeiro:, 2000.

[http://www.prodep.ufba.br/coordenacoes/cdh/dimensionamento/planejamento/Dimensionamento\\_forca\\_trabalho\\_UFBA/](http://www.prodep.ufba.br/coordenacoes/cdh/dimensionamento/planejamento/Dimensionamento_forca_trabalho_UFBA/)

IAMAMOTO, M. V. e CARVALHO, R. **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica.** São Paulo: Cortez; [Lima, Peru]: CELATS 1995.

LAKATOS, E.M. e MARCONI, M.A. **Técnicas de Pesquisa: Planejamento e execução de pesquisa; Amostras e técnicas de pesquisa; Elaboração, análise e interpretação de dados.** São Paulo: Atlas; 2009.

**Lei 8662/93 de 7 de junho de 1993.** Dispõe sobre a profissão de assistente social e dá outras providências.

**Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993** - Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências.

LIMA, A.A. **Serviço Social no Brasil. A ideologia de uma década.** São Paulo, SP: Cortez, 1987.

Ministério da Saúde. **Cadernos RH Saúde:** V. 3 N. 2. Brasília: Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. 2008.

Ministério da Saúde. **Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão.** Série A. Normas e Manuais. Brasília: Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. 2006.

MIOTO, R.C.T e NOGUEIRA, V.M.R. **Serviço Social e Saúde.** São Paulo, OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2007.

PAIM, J.S. **Temas em Saúde. O que é o SUS.** Rio de Janeiro, RJ: FIOCRUZ, 2010.

PIERANTONI, C.R.(Org.)...[et al]. **Trabalho e Educação em Saúde no Mercosul**. Ministério da Saúde; Rio de Janeiro: Europa, c.2008.

**Regimento Interno da Secretaria Estadual de Saúde.**

RIBEIRO, E.C.O e MOTTA, J.I.J. **Educação Permanente como estratégia na Reorganização dos Serviços de Saúde**. Olho mágico. Boletim da Universidade Estadual de Londrina, ano 5. Novembro de 1999.

# **APÊNDICES**

# **ANEXOS**

## Ficha Catalográfica

L 54p Camargo, Raquel Arévalo.

Perfil do profissional de Serviço Social da Secretaria Estadual de Saúde de Mato Grosso lotado no município de Cuiabá / Raquel Arévalo de Camargo. -- Cuiabá: R.A.Camargo, 2011. 54 p.

Orientadora: Profa. Ms. Maria Angela Conceição Martins.

Trabalho de Conclusão de Curso (especialização) – Escola de Saúde Pública do Estado de Mato Grosso.

1. Perfil 2. Assistente Social 3. SES de Mato Grosso.

CDU 614.2

## **AUTORIZAÇÃO**

Eu, Raquel Arévalo de Camargo autor (a) do Trabalho de Conclusão de Curso intitulado Perfil do Profissional de Serviço Social da Secretaria Estadual de Saúde de Mato Grosso lotados no Município de Cuiabá, autorizo a Escola de Saúde Pública do Estado de Mato Grosso a publicá-lo e/ou divulgá-lo, respeitando-se a garantia dos direitos autorais da autora.

Cuiabá/MT, \_\_\_\_\_ de agosto 2011.

---

**Assinatura da Discente**