



## 16º Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais

Tema: “40 anos da “Virada” do Serviço Social”

Brasília (DF, Brasil), 30 de outubro a 3 de novembro de 2019

---

Eixo: Eixo: Política Social e Serviço Social.

Sub-eixo: Ênfase em Concepção.

### CONFIGURAÇÃO DO PROGRAMA DE ATENÇÃO DOMICILIAR À SAÚDE DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO: UMA ANÁLISE CRÍTICA

Bárbara Figueiredo Santos<sup>1</sup>

Elisangela Santos Barreto<sup>2</sup>

Vitória Almeida<sup>3</sup>

**Resumo:** Este trabalho apresentará resultados parciais da pesquisa feita na dissertação intitulada “O trabalho do assistente social no Programa de Atenção Domiciliar à Saúde do município do Rio de Janeiro”. Apresentaremos as análises críticas de um dos três eixos desta pesquisa: a configuração do PADI.

**Palavras-chave:** Trabalho; Política de Saúde; Assistente Social; Atenção Domiciliar.

**Abstract:** This study will present partial results of the research done in the dissertation entitled "The work of the social worker in the Program of Home Health Care in the city of Rio de Janeiro". We will present the critical analyzes of one of the three axes of this research: the PADI configuration.

#### Introdução

A pesquisa intitulada “O trabalho do assistente social no Programa de Atenção Domiciliar à Saúde do município do Rio de Janeiro” apresentou como proposta a discussão do trabalho do assistente social numa modalidade de atenção à saúde pouco analisada pela profissão: a Atenção Domiciliar. A ideia foi debater sobre algumas particularidades do trabalho nesse espaço, considerando a conjuntura histórica e atual do modo de produção capitalista, refletindo até que ponto a organização do capital gera impactos para as políticas sociais e consequentemente para a classe trabalhadora.

A organização da dissertação estruturou-se em três capítulos, onde o primeiro apresentou algumas reflexões sobre a categoria trabalho, bem como, as suas especificidades no modo de produção capitalista, suas transformações e atual contexto no cenário brasileiro. Já no segundo capítulo, as discussões sobre a categoria trabalho ampliaram-se para o Serviço Social e para a Saúde, sendo articuladas com o processo histórico e formativo da Política de Saúde, com destaque para a importância da Reforma Sanitária, e seguimos os nossos estudos com algumas reflexões sobre o trabalho do assistente social na Saúde. O terceiro

---

<sup>1</sup> Estudante de Pós-Graduação. Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira. E-mail: <bbb.figueiredo@gmail.com >.

<sup>2</sup> Profissional de Serviço Social. Universidade Federal do Rio de Janeiro. E-mail: <bbb.figueiredo@gmail.com >.

<sup>3</sup> Estudante de Pós-Graduação. Universidade Federal do Rio de Janeiro. E-mail: <bbb.figueiredo@gmail.com >.

capítulo apresentou um breve histórico da Atenção Domiciliar à Saúde no Brasil e como está configurado o PADI no Rio de Janeiro. O percurso metodológico da pesquisa e as informações referentes ao PADI também estavam presentes neste capítulo, bem como, os dados sobre o perfil dos profissionais e as particularidades do trabalho do assistente social. Vale ressaltar que a maior parte dos dados obtidos através da pesquisa, encontrava-se nesse capítulo, embora perpassassem por todo o conteúdo da dissertação.

Sendo assim, apresentaremos aqui alguns resultados parciais dessa pesquisa, bem como, o caminho metodológico da coleta de dados. Mostraremos um dos três eixos que nortearam as perguntas das análises e algumas reflexões mais gerais realizadas neste estudo.

## **Metodologia**

O caminho metodológico utilizado para a inserção no campo de pesquisa foi de caráter qualitativo e exploratório. Qualitativo porque buscamos o aprofundamento da análise sobre o trabalho dos assistentes sociais no PADI do município do Rio de Janeiro, tendo a preocupação com aspectos da realidade que não podem ser quantificados, centrando-se na análise e explicação da dinâmica das relações sociais (Gerhardt & Silveira, 2009)<sup>4</sup>. E exploratório porque realizamos um levantamento dos referenciais teóricos de produções sobre o tema, sendo efetivo para aproximação com o objeto de estudo (Gerhardt & Silveira, 2009). Além das entrevistas semiestruturadas com as profissionais, que nos proporcionou um importante momento de escuta e diálogo, no que tange a coleta de dados. Essa pesquisa avançou na busca do conhecimento teórico/prático, com vistas a apreender o trabalho do Serviço Social na Atenção Domiciliar utilizando principalmente o referencial crítico orientado pela teoria social marxista, conforme o desenvolvimento dos capítulos iniciais da dissertação.

Para a coleta de dados empíricos, havia um projeto inicial de entrevistar 5 assistentes sociais dos programas de Atenção Domiciliar situados no Rio de Janeiro, contudo, em função da conjuntura política e econômica do município - campo de estudo desta pesquisa – esta meta não pôde ser concretizada, pois descobrimos no decorrer do processo de solicitação de aprovação do comitê de ética, que 2 profissionais tinham sido demitidas e apenas 3 assistentes sociais eram responsáveis por atender e acompanhar as 5 bases do PADI existentes. A política de Saúde no Brasil e no Rio de Janeiro expressam retrocessos importantes de caráter neoliberal, em diferentes aspectos: na redução de investimentos do Estado para aquisição e melhoria de recursos materiais e humanos; adoção de métodos de

---

<sup>4</sup> GERHARDT, T. E.; D. T. SILVEIRA. Métodos de pesquisa. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009.

gerenciamento do trabalho e dos trabalhadores pautado por uma lógica produtivista e intensificadora, dentre outros aspectos.

Para atender às necessidades de atendimento, tem sido feita uma divisão onde cada profissional fica 2 dias inteiros numa base e mais 1 dia e meio em outra. Dessa maneira, foi preciso que a gestão reorganizasse a rotina para que todas as bases tivessem pelo menos um profissional do Serviço Social, o que também dificultou a realização das entrevistas desta pesquisa, considerando a sobrecarga de trabalho dos profissionais e a falta de tempo.

A realização das entrevistas aconteceu na própria base de cada programa, e foi importante porque tivemos a chance de avaliar de perto as expressões da precarização do trabalho. No dia das entrevistas, observamos que a maioria dos trabalhadores estava reunida na sala num dia de semana em horário comercial, uns fazendo trabalhos burocráticos e outros conversando, isso porque os motoristas<sup>5</sup> estavam 3 meses sem receber salário, e as demais categorias 1 mês. Quando indagamos a presença deles mesmo sem o recebimento do salário, os profissionais justificaram que apesar do atraso, a falta ocasionaria o desconto salarial.

Quer dizer, um programa que tem a proposta de garantir o direito à saúde da população via atendimento domiciliar não consegue se efetivar, pois, a Organização Social (OS) que é responsável pelo pagamento dos trabalhadores não o realiza há 3 meses. Os trabalhadores relataram inúmeras situações que têm ocorrido e que os usuários que necessitam do programa, inclusive, no desespero com a falta de atendimento, sugerem buscar os profissionais, articulando o que podem e o que não podem para ter um direito garantido em lei, de fato, garantido. Os trabalhadores também informaram que não era a primeira vez que os salários atrasavam, o que desmotivava a equipe como um todo.

Na gestão do atual prefeito Marcelo Crivella, vemos um retrocesso progressivo no campo dos direitos sociais, o que nos parece contraditório considerando a fala do referido gestor, tanto no período de campanha eleitoral, quanto no seu primeiro discurso após a vitória, onde proferiu inúmeras vezes que iria “cuidar das pessoas”. Essa falta de “cuidado” tem impactado de forma perversa não só os trabalhadores do setor público, como também a vida dos usuários dos serviços.

A entrevista foi dividida em três momentos em função de uma questão organizativa, mas não se deram de modo isolado, até porque houve uma articulação constante dos três

---

<sup>5</sup> Os motoristas não são vinculados à OS que contrata os profissionais de saúde, essa OS contrata uma outra empresa de transporte que contrata os motoristas, ou seja, existe uma quarteirização das relações de trabalho. O que nos mostra uma maior fragilidade das condições de trabalho, no mesmo espaço de trabalho diversos vínculos e a Prefeitura completamente omissa às suas responsabilidades frente aos trabalhadores que prestam serviços para o Estado.

eixos durante o processo de escuta com as entrevistadas e algumas questões iam e voltavam o tempo todo.

O primeiro bloco teve como objetivo conhecer o perfil do assistente social, levantando questões de caracterização geral, acadêmico e profissional. Esse eixo buscou investigar quem é o assistente social trabalhador do PADI do município do Rio de Janeiro. O segundo bloco de perguntas teve como objetivo conhecer o funcionamento do programa, bem como, a dinâmica institucional, investigando as relações existentes entre os profissionais/usuários/instituição. Já o terceiro bloco verificou as particularidades do trabalho do assistente social nesse tipo de modalidade de atenção à saúde, considerando questões sobre o planejamento, operacionalização do trabalho e capacitação profissional. Sendo assim, apresentaremos a seguir alguns dados da pesquisa.

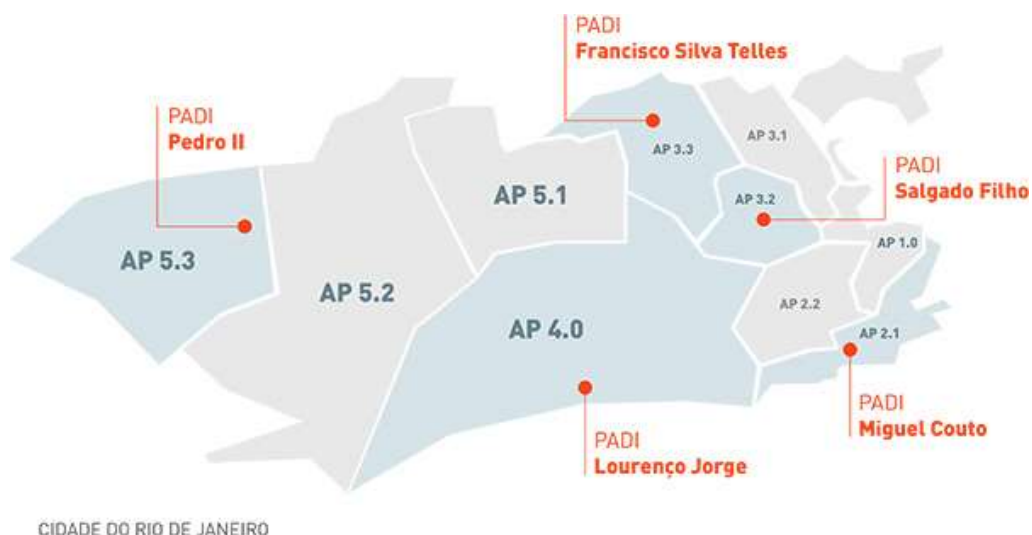
### **A configuração do PADI do Rio de Janeiro**

O Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) no Rio de Janeiro foi inaugurado em 2010 com o Programa de Atenção Domiciliar ao Idoso (PADI), que tinha como proposta oferecer assistência em casa, prioritariamente, às pessoas com 60 anos ou mais de idade, mas como já vimos após atualizações das legislações o programa ampliou seu perfil e hoje contempla todas as faixas etárias. Atualmente, o programa está instalado nos hospitais municipais Miguel Couto, Salgado Filho, Lourenço Jorge, Pedro II e Francisco da Silva Telles, localizados respectivamente nos bairros do Leblon, Méier, Barra da Tijuca, Santa Cruz e Irajá.

O programa conta com 103 profissionais divididos entre as 5 bases, atendendo cerca de 900 usuários em todo o município. O SAD é organizado a partir da lógica territorial, sendo referência em Atenção Domiciliar. Deve se relacionar com os demais serviços de saúde que compõem a RAS, em especial com a Atenção Básica, atuando como matriciadores, quando necessário (Brasil, 2016)<sup>6</sup>. Os profissionais envolvidos fazem uma cobertura no município, totalizando 164 bairros, dentro das Áreas Programáticas: 2.1, 3.2, 3.3, 4.0 e 5.3.

---

<sup>6</sup> BRASIL. Portaria no 825, de 25 de abril de 2016. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825\\_25\\_04\\_2016.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825_25_04_2016.html)>. Acesso em: 07 jun. 2018.



Em relação ao mapeamento do perfil dos usuários, o maior índice é de idosos, pessoas acamadas por patologias crônicas, pessoas com lesões oriundas de acidentes de trânsito e pessoas com gastrostomia e traqueostomia. Uma particularidade dos PADIs do município do Rio é que existem poucas crianças atendidas – como já vimos o perfil pensado inicialmente para o programa era de idosos, e por isso a maioria dos assistidos ainda prevalece sendo essa parcela da população.

A admissão de qualquer usuário em serviço ou programa de Atenção Domiciliar se inicia com a estabilidade clínica, e no PADI do município do Rio de Janeiro não é diferente. O usuário não necessariamente precisa estar internado, mas precisa residir no município do Rio de Janeiro, possuir um ou mais cuidadores e ter restrição ao leito ou limitação de sair do seu domicílio, além de preencher os critérios que o impossibilite de ser atendido pela Atenção Básica.

Se o usuário não está internado no hospital da base do programa, a porta de entrada é a Atenção Básica via o SISREG, que é o Sistema Nacional de Regulação. Outra forma de inserção no programa é tentar via demanda espontânea e procurar a sala onde o programa fica localizado. Para aqueles que estão internados no hospital que fica a base do programa, existem técnicos de enfermagem que fazem captação nos leitos e verificam os possíveis usuários enquadrados no perfil do PADI. A equipe de administrativo recebe as demandas, podendo ser de qualquer uma das formas que apontamos anteriormente e agenda uma visita de avaliação no domicílio. Nesse momento, além das condições clínicas do usuário, o cuidador, o território e o domicílio também são avaliados.

A questão do território também precisa ser aprofundada em estudos futuros, considerando o aumento da violência urbana<sup>7</sup> no município, que interfere na garantia de atendimento desse tipo de modalidade de atenção à saúde, haja vista, a particularidade de deslocamento até o local de moradia do usuário. No que se refere à avaliação do domicílio, são consideradas questões de cunho ambiental, se a residência tem condições de receber a equipe, se é possível acessar a localidade da residência, a existência de animais domésticos que coloque em risco a saúde do usuário, entre outros pontos observados pela equipe. Após a visita de avaliação do domicílio e constatação da equipe que o usuário está dentro do perfil determinado pelo programa, agenda-se outra visita, mas agora para efetivar o atendimento.

A periodicidade das visitas é planejada de acordo com a combinação das demandas específicas dos usuários e com a disponibilidade dos profissionais. O profissional faz a solicitação através de um formulário e cabe à equipe administrativa organizar todas as solicitações de todos os profissionais. Essa forma de organização nos parece confusa, isso porque, os parâmetros de escolha para as combinações das visitas podem ser colocados em questão, já que a equipe administrativa não tem conhecimento sobre as demandas centrais de cada família. Existe uma categoria considerada prioritária? Ao realizar a agenda a equipe administrativa consegue ser fiel aos pedidos dos profissionais? Práticas como estas tendem a reforçar a lógica da saúde centrada no médico, sendo considerado o profissional mais importante, e mais, ainda coloca em xeque a autonomia das outras categorias.

Existe uma articulação entre o PADI e o hospital municipal que o programa está situado. Como mencionado acima, ocorre uma dinâmica de captação dos usuários dentro do perfil, que exige interação entre a técnica de enfermagem que é responsável pela busca e os profissionais que trabalham nas unidades de internação. Mas agora com o déficit de pessoal, a técnica de enfermagem também está na rua fazendo visitas, a consequência disso é que o usuário dentro do perfil tem alta e o programa não consegue absorver.

O sucateamento do serviço fica evidente com a demissão de muitos profissionais e a falta/atraso do pagamento de outros, que gera uma sobrecarga para os trabalhadores que ficam, modificando a organização e a rotina do programa, prejudicando principalmente os usuários do serviço. A dinâmica de captação prévia nos leitos de internação aparece como importante estratégia para fortalecer o princípio da integralidade do Sistema Único de Saúde

---

<sup>7</sup> Atualmente, o mecanismo para assegurar os profissionais do PADI nesse quesito, é a participação da equipe numa oficina denominada de Acesso Mais Seguro, que trata questões de prevenção, comportamento nas localidades consideradas perigosas e formas de lidar em situações de risco. Além disso, o PADI em parceria com as Clínicas da Família do território, antes de sair para as visitas entra em contato e a partir da classificação, que pode ser verde (seguro), amarela (atenção) ou vermelha (perigo), avaliam a saída da equipe para o território.

(SUS), onde as ações se dão de forma integrada, articulando os setores diferentes do hospital, e dando acesso aos usuários a promoção da saúde. Vale destacar, que esse princípio pressupõe a articulação da saúde com outras políticas públicas, havendo ações intersetoriais nas diversas áreas que tenham repercussão na saúde e na qualidade de vida dos usuários. A precarização da política de saúde pública pode ser expressa nos PADIs de diversas formas: 1) distribuição e redução dos recursos humanos e materiais; 2) intensificação do trabalho da equipe em função das metas; 3) condições de trabalho, entre outras.

Hoje no atendimento por base atende-se em média de 180 a 200 usuários. Cada base tem 2 Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMADs), compostas por médicos, fisioterapeutas, enfermeiros e técnicos de enfermagem, e 1 Equipe Multiprofissional de Apoio (EMAP) composta por nutricionista, fonoaudiólogo, assistente social, dentista e terapeuta ocupacional.

A quantidade de usuários por equipe não é bem dividida por conta da questão de território, é comum ter equipes com mais pacientes que outras. São estabelecidas quatro rotas por base, onde cada médico é responsável por uma rota, já os fisioterapeutas e enfermeiros ficam responsáveis por duas rotas cada um. Isso quer dizer que para atender essas 4 rotas, será necessário quatro médicos, dois fisioterapeutas e dois enfermeiros, já os demais profissionais se revezam em todas as quatro rotas. O trabalho dos profissionais do PADI consiste, principalmente, em orientar o cuidador domiciliar. As terapias de reabilitação, por exemplo, acontecem com a orientação do profissional e o cuidador fica responsável por executar a conduta.

Duas questões devem ser consideradas e problematizadas na Atenção Domiciliar: a primeira refere-se ao cuidador que não escolheu e não tem conhecimento específico para realizar essa função. Nesse caso, a família é sobrecarregada e a figura feminina assume centralidade dos cuidados, mesmo sem competência técnica para realizar tal atividade, com possibilidades de colocar em risco a saúde do usuário. Para além das tarefas domésticas assumidas pelas mulheres nos seus domicílios por conta das diferenças de gênero reproduzidas em nossa sociedade patriarcal, a mulher assume também a função de cuidadora da saúde.

A segunda questão se refere à lógica gerencialista da atividade realizada pela equipe de profissionais envolvidas no cuidado, pois o número de visitas impostas aos trabalhadores não permite o desenvolvimento de um trabalho com maior qualidade, mas sim a economia de recursos dos contratantes dos serviços. Essa lógica de mercadorização embutida no SUS que

diverge dos seus objetivos fundamentais não deveria onerar os profissionais, muito menos as famílias.

Quando as entrevistadas foram perguntadas se existiam metas mensais para a equipe, todas responderam que sim, que existiam metas, mas não souberam informar de modo exato quais seriam essas metas. Uma das assistentes sociais relatou que existe uma cobrança intensa para a realização do máximo de visitas domiciliares possíveis, onde em alguns momentos os próprios trabalhadores sugerem suspender o almoço para conseguir fazer mais visitas.

O fato das profissionais não terem conhecimento sobre as metas a serem cumpridas por elas mesmas, é um alerta, pois expressa a falta de controle do seu processo de trabalho. Ao realizar as visitas automaticamente, desconhecendo as exigências numéricas postas, as profissionais aceitam sem problematizar o que a instituição demanda, ou seja, as possibilidades de questionamentos ficam desmobilizadas e fragilizadas. Essa falta de controle não é necessariamente intencional, mas, sobretudo, em decorrência da falta de possibilidade para realização de planejamentos e projetos profissionais.

Segundo as informações fornecidas pela gestão do programa, existem dois tipos de metas no PADI: quantidade de visitas domiciliares e quantidade de procedimentos realizados. Não existe meta individual para as categorias profissionais, as metas são de responsabilidade das equipes. Cada EMAD tem que executar 600 procedimentos por mês e cada EMAP 500, ou seja, a meta mensal para cada base é de 1700 procedimentos, considerando a soma das 2 EMADs e 1 EMAP ( $600+600+500=1700$ ).

A intensificação do trabalho é notória na organização e definição de metas a serem cumpridas. Atualmente a exigência são de no mínimo 6 visitas diárias. Se o tempo total de trabalho dos profissionais é de 8 horas, e precisamos considerar o deslocamento de um domicílio para o outro, mais o trânsito, o tempo de atendimento fica bem limitado, sem possibilidades de extensão caso o profissional ou usuário precise. A lógica de atendimento por metas e a mensuração do valor de trabalho por quantidade de procedimentos - para a economia de recursos em benefício das empresas gestoras do serviço - transforma a atenção à saúde numa mercadoria, que por sinal, mal ofertada e de qualidade questionável. Nesse sentido, assimila alguns elementos da gestão toyotista que vimos no capítulo anterior, onde a flexibilização das relações de trabalho impera juntamente com a intensificação e precarização do mesmo. Druck (2011)<sup>8</sup> sinaliza que características desse tipo de gestão fixa um curto prazo

---

<sup>8</sup> DRUCK, G. Trabalho, Precarização e Resistências: novos e velhos desafios? CADERNO CRH, Salvador, v. 24, n. spe 01, p. 37-57, 2011.



e impõe rapidez ao processo de produção e de trabalho, exigindo dos trabalhadores que se submetam a qualquer condição para atender à novos ritmos.

Apesar disso, de uma maneira geral, não existe nenhuma regra quanto ao tempo de atendimento, cada profissional avalia de acordo com o seu entendimento sobre a necessidade do usuário. Neves e Dambha-Miller et al (2017) fizeram uma pesquisa<sup>9</sup> que teve como objetivo descrever o tempo médio de consulta do médico da atenção primária em países economicamente desenvolvidos e de baixa renda/de renda média, além de examinar a relação entre a duração da consulta e os resultados econômicos e de saúde da organização.

É importante identificar, que com a mercadorização da saúde seja via OS, planos de saúde e seguros de vida, até mesmo os profissionais considerados liberais, como é o caso dos médicos, também estão submetidos à intensificação do trabalho com consequência na qualidade dos serviços prestados, sobretudo, para os usuários mais pobres: com redução da qualidade e péssimas condições de atendimento. Tudo isso faz parte do projeto neoliberal de redução estatal e privilegiamento do setor privado.

Essa questão da quantidade de atendimentos acaba limitando o trabalho das assistentes sociais à soluções imediatas, uma vez que a profissional se vê cheia de demandas para responder e acaba sendo uma profissional do hoje, do agora, aquela profissional que vai responder às questões de modo mais ágil e superficial. Caso o usuário precise de mais atendimentos, precisará recorrer a outros serviços, podendo ser privado ou filantrópico, ou como acontece na maioria das situações, a população fica sem atendimento. O caráter de complementaridade do setor privado que vimos anteriormente é posto em lugar central para o usuário acessar o seu direito à saúde previsto constitucionalmente.

Almeida e Alencar (2015)<sup>10</sup> chamam a atenção para o fato de que o setor estatal vem sendo atravessado por uma nova racionalidade administrativa. Como o trabalho do assistente social ocorre principalmente no setor de serviços e particularmente nos serviços sociais voltados para as demandas coletivas de reprodução social, os autores alertam que existe uma

---

<sup>9</sup> O estudo avaliou 67 países, incluindo o Brasil, e os pesquisadores constataram que o tempo médio de consulta varia de 48 segundos em Bangladesh a 22,5 min na Suécia. No Brasil, esteve entre 7 e 8 minutos, sendo avaliados cinco estudos, nas cidades de Ribeirão Preto, Fortaleza, Campo Grande, Ponta Grossa e o Estado da Paraíba. Na China, por exemplo, muitos médicos atendem até 90 pessoas em 12 horas de trabalho (Neves & DambhaMiller et al, 2017). O estudo concluiu que o tempo curto de atendimento pode afetar negativamente a saúde e a carga de trabalho do médico, além da qualidade de assistência ao usuário.

<sup>10</sup> ALMEIDA, N.L.T.; ALENCAR, M. M. T. Serviço Social e trabalho: particularidades do trabalho do assistente social na esfera pública estatal brasileira. O Social em Questão, a. XVIII, n. 34, 2015.

tendência para a lógica de organização do trabalho dos parâmetros racionalizadores do trabalho na indústria (Almeida & Alencar, 2015, p. 161).

A perspectiva da “modernização” da gestão administrativa, a lógica da produtividade e da diminuição dos custos tem um impacto direto no aparato organizacional estatal responsável pelos serviços sociais. Tais alterações se expressam na forma de conceber, definir, organizar e gerir as políticas sociais, assim como também nas relações e condições de trabalho dos profissionais envolvidos nos distintos processos de trabalho. Como trabalhador assalariado, o assistente social sofre os mesmos constrangimentos do conjunto da classe trabalhadora, inclusive aqueles que são trabalhadores do setor estatal (Almeida & Alencar, 2015, p. 161).

A lógica da racionalidade administrativa privada não é exclusividade somente dos assistentes sociais – e demais trabalhadores - das empresas privadas. A gestão do serviço público cada vez mais se apropria do discurso de alcance de metas, controle de desempenho, redução de custos, racionalização do serviço, sistemas de padronização do trabalho, entre tantos outros, dessa forma, injetando as formas de organização das empresas privadas nas instituições públicas.

Vale lembrar, que as metas impostas para o PADI têm relação direta com a arrecadação dos recursos para a OS e o discurso de redução do custo estatal. Raichelis (2018) aponta que essas parcerias de natureza público-privadas têm ampliado nos aparelhos estatais, em diversas áreas das políticas sociais, como também têm ocorrido importantes deslocamentos nos modos de gestão e contratação dos trabalhadores através da terceirização dos serviços públicos por meio da subcontratação de empresas ou instituições intermediadoras (Raichelis, 2018, p. 51)<sup>11</sup>.

De acordo com os resultados da pesquisa realizada por Moraes et al (2018)<sup>12</sup> a natureza não lucrativa das OSs como entidades do “terceiro setor” é questionável, já que os autores rebatem essa classificação justificando o fato de estarmos numa sociedade conduzida pelo mercado. A pergunta que fica latente é o porquê dessas entidades estarem motivadas tão somente por valores da filantropia, da solidariedade social ou do interesse público?

Assim, o papel conferido à sociedade civil toma forma cada vez mais em iniciativas privadas que se colocam como complementares ao papel do Estado, mas de um modo em

<sup>11</sup> RAICHELIS, R. Serviço Social: trabalho e profissão na trama do capitalismo contemporâneo. In: RAICHELIS, R.; VICENTE, D.; ALBUQUERQUE, V. (Org.). A nova morfologia do trabalho no Serviço Social. São Paulo: Cortez, p. 25-65, 2018b.

<sup>12</sup> MORAIS, H. M. M. de et al. Organizações Sociais da Saúde: uma expressão fenomênica da privatização da saúde no Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 34, n. 1, e00194916, 2018. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2018000105017&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2018000105017&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 13 dez. 2018. Epub Feb 05, 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00194916>.

que a provisão e a gestão de serviços ocorrem sob nítida dependência da esfera governamental. Nessa direção, foi possível observar que as organizações privadas ditas de interesse público – neste caso, as OSs – carecem de expressivas e permanentes transferências do fundo público para seu financiamento, expansão e consolidação. Em um sistema público de saúde como o SUS, no qual há um déficit de investimento quase incomensurável e cuja sobrevivência técnica e política permanece altamente dependente do setor privado, dá-se que as trocas mercantis estão imbricadas em todas as relações mantidas entre seus componentes público e privado (Morais et al, 2018).

Essa lógica progressiva que vem abarcando o setor da saúde expressa a intensiva mercantilização do SUS, impulsionada contraditoriamente na década de 1990, justamente no período de propagação de um sistema de saúde público, gratuito e de dever do Estado. Isso tem gerado muitas dificuldades e desafios profissionais. Todas as assistentes sociais entrevistadas fizeram menção às metas e ao desgaste provocado por esse recurso de intensificação e controle do trabalho.

Eu trabalho com Atenção Domiciliar há bastante tempo, é algo que eu me identifico e gosto do que faço, mas eu acho que para o Serviço Social as metas incomodam muito. Não resumir o seu trabalho a procedimentos. Mostrar que você faz parte da equipe, que o seu trabalho traz uma resposta para a melhora do quadro de saúde. No trabalho interdisciplinar funciona muito bem porque a equipe reconhece a importância do Serviço Social. É um desafio continuar fazendo o trabalho com qualidade, mediante a redução do quadro de profissionais, que sobrecarrega os outros profissionais, que não conseguem dar tantas respostas, porque você tem que se dividir, tem que passar em todos os pacientes, se dividindo em bases, continuar fazendo o melhor, que seja um trabalho eficiente, e antes já havia a necessidade muito grande do Serviço Social, só que agora com essas mudanças isso se pode se perder. Antes o desafio era o Serviço Social ser visto como mais um profissional de saúde, que contribui na assistência e hoje o desafio é continuar dando respostas e se dividir (Assistente Social 01).

(...) é um serviço desgastante e precisava ter mais respeito pelos profissionais. É a gente que vai para a rua, para as casas com péssimas condições de higiene, péssimas condições de vida, lugares insalubres, um calor danado, com jaleco, quente, cansa e estressa. As pessoas não veem, não se importam com isso, não dão um fresco e pensam “ah, já alcançamos nossa meta, vamos dar uma diminuída?” Não, quanto mais tem, mais quer. Se tiver que fazer 200 visitas domiciliares vai ser feito (Assistente Social 03).

A lógica quantitativa de cumprimento de metas se sobressai diante de um trabalho de qualidade. O trabalho fica resumido ao cumprimento dessas metas e para o Serviço Social, a visita domiciliar é o que quantifica o produto do trabalho. O que as entrevistadas relatam acima são os reflexos da falta de investimentos públicos nas políticas sociais, bem como, o sucateamento da política de saúde, que vem causando danos tanto para os profissionais, como para os usuários. A falta de condições de trabalho e a precarização dos vínculos contratuais expressam algumas das consequências do projeto neoliberal.

## Considerações Finais

A conjuntura política e econômica atual do município do Rio de Janeiro é caótica, especialmente no que diz respeito ao provimento da saúde pública. Inúmeros cortes de recursos voltados para serviços essenciais para a população, que são considerados gastos e não investimentos, atingem violentamente os que mais precisam e usurpam não só os direitos sociais, como também o principal direito previsto na Constituição Federal de 1988: o direito à vida. As estratégias de diminuição dos ditos gastos públicos expressam os avanços das políticas neoliberais, que preconizam a lógica de privatização dos serviços de saúde, com intenso desmonte da política pública, universal e de responsabilidade do Estado.

Com base nos dados coletados, observa-se que os rebatimentos da precarização da política de saúde pública podem ser expressos no PADI, tanto pela redução de investimentos do Estado - para aquisição e melhoria de recursos materiais e humanos – como também na adoção de métodos de gerenciamento do trabalho e dos trabalhadores pautado por uma lógica produtivista e intensificadora – prioridade da gestão privada das OSs. Esse cenário reforça a política de saúde na perspectiva de mercado, onde o Estado se isenta e transfere a responsabilidade do cuidado para a família. Embora não seja o foco deste trabalho, a apropriação do tempo de trabalho não remunerado das famílias, sobretudo, o tempo das mulheres, é preocupante no contexto da Atenção Domiciliar e identificamos essa questão como um ponto chave para o trabalho dos assistentes sociais.

Para as famílias, a decisão de ir para casa e assumir a responsabilidade dos cuidados parece o caminho mais natural, e observamos uma contradição nesse sentido, por um lado, não há dúvidas da importância do retorno ao lar, mas por outro, a sobrecarga de cuidados é intensa. As famílias coparticipam e são sobrecarregadas ao mesmo tempo, mas considerando toda a conjuntura exposta na dissertação, a sobrecarga tem destaque e prejudica a vida da população usuária do serviço analisado.

Pensar na consolidação de programas e serviços de Atenção Domiciliar que não sobrecarreguem as famílias significa pensar em equipes capacitadas, que entendam a realidade social do usuário e sua família como produto das relações contraditórias da sociedade capitalista, e não com visões de cunho moralista e conservador. Além da necessidade de articulação entre as políticas públicas (saúde, assistência social, habitação, educação, etc) que consigam garantir a integralidade de atenção ao usuário e sua família.