

Prefeitura Municipal de Natal do Estado do Rio Grande do Norte

NATAL-RN

Assistente Social

Edital Nº 001/2018 – SEMAD – SMS

FV086-2018

DADOS DA OBRA

Título da obra: Prefeitura Municipal de Natal do Estado do Rio Grande do Norte

Cargo: Assistente Social

(Baseado no Edital Nº 001/2018 – SEMAD – SMS)

- Língua Portuguesa
- Legislação do SUS
- Conhecimentos Específicos

Autora

Ana Maria Barbosa Quiqueto

Gestão de Conteúdos

Emanuela Amaral de Souza

Diagramação/ Editoração Eletrônica

Elaine Cristina
Igor de Oliveira
Camila Lopes
Thais Regis

Produção Editorial

Suelen Domenica Pereira

Capa

Joel Ferreira dos Santos

SUMÁRIO

Língua Portuguesa

1. Organização do texto.....	83
1.1. Propósito comunicativo.....	83
1.2. Tipos de texto (dialogal, descritivo, narrativo, injuntivo, explicativo e argumentativo).....	85
1.3. Gêneros discursivos.....	86
1.4. Mecanismos coesivos.....	86
1.5. Fatores de coerência textual.....	86
1.6. Progressão temática.....	83
1.7. Paragrafação.....	50
1.8. Citação do discurso alheio.....	83
1.9. Informações implícitas.....	83
1.10. Linguagem denotativa e linguagem conotativa.....	76
2. Conhecimento linguístico.....	101
2.1. Variação linguística.....	101
2.2. Classes de palavras: usos e adequações.....	07
2.3. Convenções da norma padrão (no âmbito da concordância, da regência, da ortografia e da acentuação gráfica).....	44
2.4. Organização do período simples e do período composto.....	63
2.5. Pontuação.....	50
2.6. Relações semânticas entre palavras (sinonímia, antonímia, hiponímia e hiperonímia).....	76

Legislação do SUS

1. Políticas de Saúde no Brasil: do Movimento pela Reforma Sanitária aos dias atuais.....	01
2. Sistema Único de Saúde (SUS): princípios doutrinários e organizativos; bases legais e normatização; e financiamento.....	01
3. Política Nacional de Atenção Básica.....	05
4. Política Nacional de Humanização (HumanizaSUS).....	20
5. Redes de Atenção à Saúde (RAS) no âmbito do Sistema Único de Saúde: atributos, elementos, funções e redes prioritárias.....	22
6. Programas de avaliação dos serviços de saúde (Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica - PMAQ; Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde - PNASS).....	22
7. Políticas de provimento de profissionais de saúde no SUS (Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica - PROVAB; Programa Mais Médicos - PMM).....	23
8. Fundamentos de Planejamento, Gestão e Avaliação em Saúde.....	23
9. Vigilância em Saúde.....	27
10. Qualidade em Saúde e Segurança do Paciente.....	35
11. Participação e Controle Social no SUS.....	38

Conhecimentos Específicos

1. Crise do Capital, Questão Social, Estado e Política Social no Brasil.....	01
2. Determinação social do processo saúde-doença; desigualdade social e iniquidade social.....	12
3. Trajetória sócio-histórica da Política de Saúde no contexto da Seguridade Social brasileira.....	17
4. Serviço Social e Política Social: trajetória histórica e intervenção profissional no campo das políticas sociais no contexto das políticas de ajuste neoliberal.....	22
5. Saúde e Serviço Social: fundamentos sócio-históricos e trabalho profissional nos diferentes espaços ocupacionais no âmbito da política de saúde.....	32
6. Trabalho com famílias e suas particularidades no âmbito da política de saúde.....	36
7. Lutas sociais, participação e controle social na saúde e atuação do assistente social.....	46
8. Políticas de saúde e intervenção do assistente social: Política de Saúde Mental; Política de Promoção à Saúde, Política Nacional de Atenção Básica, Política de Humanização.....	54

SUMÁRIO

9. O Serviço Social na contemporaneidade: fundamentos históricos e teórico-metodológicos.....	84
10. Sistema Único de Saúde e Serviço Social.	95
11. Educação em saúde no trabalho do assistente social.....	103
12. Ética Profissional no Serviço Social, Projeto Ético-Político Profissional: particularidades no trabalho do assistente social na saúde.	107
13. A instrumentalidade no trabalho do assistente social: elementos teórico-metodológicos, ético-políticos e técnicooperativos.....	114
14. Dimensão investigativa e interventiva da profissão e o trabalho profissional na saúde.....	124
15. Parâmetros para a atuação de Assistentes Sociais na Saúde.....	130
16. A intersectorialidade na política de saúde e o trabalho do assistente social.	146
17. Processo de trabalho em saúde e serviço social.....	149
18. Saúde Coletiva e trabalho do assistente social na atenção básica.	149
19. Saúde do trabalhador e o trabalho do assistente social.....	160

LÍNGUA PORTUGUESA

Letra e Fonema.....	01
Estrutura das Palavras.....	04
Classes de Palavras e suas Flexões.....	07
Ortografia.....	44
Acentuação.....	47
Pontuação.....	50
Concordância Verbal e Nominal.....	52
Regência Verbal e Nominal.....	58
Frase, oração e período.....	63
Sintaxe da Oração e do Período.....	63
Termos da Oração.....	63
Coordenação e Subordinação.....	63
Crase.....	71
Colocação Pronominal.....	74
Significado das Palavras.....	76
Interpretação Textual.....	83
Tipologia Textual.....	85
Gêneros Textuais.....	86
Coesão e Coerência.....	86
Reescrita de textos/Equivalência de Estruturas.....	88
Estrutura Textual.....	90
Redação Oficial.....	91
Funções do "que" e do "se".....	100
Varição Linguística.....	101
O processo de comunicação e as funções da linguagem.....	103

Na produção de vogais, a boca fica aberta ou entreaberta. As vogais podem ser:

- **Orais:** quando o ar sai apenas pela boca: /a/, /e/, /i/, /o/, /u/.

- **Nasais:** quando o ar sai pela boca e pelas fossas nasais.

/ã/: *fã, canto, tampa*

/ẽ/: *dente, tempero*

/ĩ/: *lindo, mim*

/õ/: *bonde, tombo*

/ũ/: *nunca, algum*

- **Átonas:** pronunciadas com menor intensidade: *até, bola*.

- **Tônicas:** pronunciadas com maior intensidade: *até, bola*.

Quanto ao timbre, as vogais podem ser:

- Abertas: *pé, lata, pó*

- Fechadas: *mês, luta, amor*

- Reduzidas - Aparecem quase sempre no final das palavras: *dedo* ("dedu"), *ave* ("avi"), *gente* ("genti").

2) Semivogais

Os fonemas /i/ e /u/, algumas vezes, não são vogais. Aparecem apoiados em uma vogal, formando com ela uma só emissão de voz (uma sílaba). Neste caso, estes fonemas são chamados de *semivogais*. A diferença fundamental entre vogais e semivogais está no fato de que estas não desempenham o papel de núcleo silábico.

Observe a palavra *papai*. Ela é formada de duas sílabas: *pa - pai*. Na última sílaba, o fonema vocálico que se destaca é o "a". Ele é a vogal. O outro fonema vocálico "i" não é tão forte quanto ele. É a semivogal. Outros exemplos: *saudade, história, série*.

3) Consoantes

Para a produção das consoantes, a corrente de ar expirada pelos pulmões encontra obstáculos ao passar pela cavidade bucal, fazendo com que as consoantes sejam verdadeiros "ruídos", incapazes de atuar como núcleos silábicos. Seu nome provém justamente desse fato, pois, em português, sempre consoam ("soam com") as vogais. Exemplos: /b/, /t/, /d/, /v/, /l/, /m/, etc.

Encontros Vocálicos

Os encontros vocálicos são agrupamentos de vogais e semivogais, sem consoantes intermediárias. É importante reconhecê-los para dividir corretamente os vocábulos em sílabas. Existem três tipos de encontros: o *ditongo*, o *tritongo* e o *hiato*.

1) Ditongo

É o encontro de uma vogal e uma semivogal (ou vice-versa) numa mesma sílaba. Pode ser:

- **Crescente:** quando a semivogal vem antes da vogal: *sé-rie* (i = semivogal, e = vogal)

- **Decrescente:** quando a vogal vem antes da semivogal: *pai* (a = vogal, i = semivogal)

- **Oral:** quando o ar sai apenas pela boca: *pai*

- **Nasal:** quando o ar sai pela boca e pelas fossas nasais: *mãe*

2) Tritongo

É a sequência formada por uma semivogal, uma vogal e uma semivogal, sempre nesta ordem, numa só sílaba. Pode ser oral ou nasal: *Paraguai* - Tritongo oral, *quão* - Tritongo nasal.

3) Hiato

É a sequência de duas vogais numa mesma palavra que pertencem a sílabas diferentes, uma vez que nunca há mais de uma vogal numa mesma sílaba: *saída* (sa-í-da), *poesia* (po-e-si-a).

Encontros Consonantais

O agrupamento de duas ou mais consoantes, sem vogal intermediária, recebe o nome de *encontro consonantal*. Existem basicamente dois tipos:

1-) os que resultam do contato consoante + "l" ou "r" e ocorrem numa mesma sílaba, como em: *pe-dra, pla-no, a-tle-ta, cri-se*.

2-) os que resultam do contato de duas consoantes pertencentes a sílabas diferentes: *por-ta, rit-mo, lis-ta*.

Há ainda grupos consonantais que surgem no início dos vocábulos; são, por isso, inseparáveis: *pneu, gno-mo, psi-có-lo-go*.

Dígrafos

De maneira geral, cada fonema é representado, na escrita, por apenas uma letra: *lixo* - Possui quatro fonemas e quatro letras.

Há, no entanto, fonemas que são representados, na escrita, por duas letras: *bicho* - Possui quatro fonemas e cinco letras.

Na palavra acima, para representar o fonema /xe/ foram utilizadas duas letras: o "c" e o "h".

Assim, o *dígrafo* ocorre quando duas letras são usadas para representar um único fonema (di = dois + grafo = letra). Em nossa língua, há um número razoável de dígrafos que convém conhecer. Podemos agrupá-los em dois tipos: consonantais e vocálicos.

LEGISLAÇÃO DO SUS

1. Políticas de Saúde no Brasil: do Movimento pela Reforma Sanitária aos dias atuais.....	01
2. Sistema Único de Saúde (SUS): princípios doutrinários e organizativos; bases legais e normatização; e financiamento.....	01
3. Política Nacional de Atenção Básica.....	05
4. Política Nacional de Humanização (HumanizaSUS).....	20
5. Redes de Atenção à Saúde (RAS) no âmbito do Sistema Único de Saúde: atributos, elementos, funções e redes prioritárias.....	22
6. Programas de avaliação dos serviços de saúde (Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica - PMAQ; Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde – PNASS).....	22
7. Políticas de provimento de profissionais de saúde no SUS (Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica - PROVAB; Programa Mais Médicos - PMM).....	23
8. Fundamentos de Planejamento, Gestão e Avaliação em Saúde.....	23
9. Vigilância em Saúde.....	27
10. Qualidade em Saúde e Segurança do Paciente.....	35
11. Participação e Controle Social no SUS.....	38

1. POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL: DO MOVIMENTO PELA REFORMA SANITÁRIA AOS DIAS ATUAIS.

O movimento da Reforma Sanitária nasceu no contexto da luta contra a ditadura, no início da década de 1970. A expressão foi usada para se referir ao conjunto de ideias que se tinha em relação às mudanças e transformações necessárias na área da saúde. Essas mudanças não abarcavam apenas o sistema, mas todo o setor saúde, em busca da melhoria das condições de vida da população.

Grupos de médicos e outros profissionais preocupados com a saúde pública desenvolveram teses e integraram discussões políticas. Este processo teve como marco institucional a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986. Entre os políticos que se dedicaram a esta luta está o sanitarista Sergio Arouca.

As propostas da Reforma Sanitária resultaram, finalmente, na universalidade do direito à saúde, oficializado com a Constituição Federal de 1988 e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Fonte: <https://pensesus.fiocruz.br/reforma-sanitaria>

2. SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS): PRINCÍPIOS DOUTRINÁRIOS E ORGANIZATIVOS; BASES LEGAIS E NORMATIZAÇÃO; E FINANCIAMENTO.

Princípios do SUS: São conceitos que orientam o SUS, previstos no artigo 198 da Constituição Federal de 1988 e no artigo 7º do Capítulo II da Lei n.º 8.080/1990. Os principais são:

Universalidade: significa que o SUS deve atender a todos, sem distinções ou restrições, oferecendo toda a atenção necessária, sem qualquer custo;

Integralidade: o SUS deve oferecer a atenção necessária à saúde da população, promovendo ações contínuas de prevenção e tratamento aos indivíduos e às comunidades, em quaisquer níveis de complexidade;

Equidade: o SUS deve disponibilizar recursos e serviços com justiça, de acordo com as necessidades de cada um, canalizando maior atenção aos que mais necessitam;

Participação social: é um direito e um dever da sociedade participar das gestões públicas em geral e da saúde pública em particular; é dever do Poder Público garantir as condições para essa participação, assegurando a gestão comunitária do SUS; e

Descentralização: é o processo de transferência de responsabilidades de gestão para os municípios, atendendo às determinações constitucionais e legais que embasam o SUS, definidor de atribuições comuns e competências específicas à União, aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios.

Principais leis

Constituição Federal de 1988: Estabelece que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. Determina ao Poder Público sua “regulamentação, fiscalização e controle”, que as ações e os serviços da saúde “integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único”; define suas diretrizes, atribuições, fontes de financiamento e, ainda, como deve se dar a participação da iniciativa privada.

Lei Orgânica da Saúde (LOS), Lei n.º 8.080/1990: Regulamenta, em todo o território nacional, as ações do SUS, estabelece as diretrizes para seu gerenciamento e descentralização e detalha as competências de cada esfera governamental. Enfatiza a descentralização político-administrativa, por meio da municipalização dos serviços e das ações de saúde, com redistribuição de poder, competências e recursos, em direção aos municípios. Determina como competência do SUS a definição de critérios, valores e qualidade dos serviços. Trata da gestão financeira; define o Plano Municipal de Saúde como base das atividades e da programação de cada nível de direção do SUS e garante a gratuidade das ações e dos serviços nos atendimentos públicos e privados contratados e conveniados.

Lei n.º 8.142/1990: Dispõe sobre o papel e a participação das comunidades na gestão do SUS, sobre as transferências de recursos financeiros entre União, estados, Distrito Federal e municípios na área da saúde e dá outras providências. Institui as instâncias colegiadas e os instrumentos de participação social em cada esfera de governo.

Responsabilização Sanitária

Desenvolver responsabilização sanitária é estabelecer claramente as atribuições de cada uma das esferas de gestão da saúde pública, assim como dos serviços e das equipes que compõem o SUS, possibilitando melhor planejamento, acompanhamento e complementaridade das ações e dos serviços. Os prefeitos, ao assumir suas responsabilidades, devem estimular a responsabilização junto aos gerentes e equipes, no âmbito municipal, e participar do processo de pactuação, no âmbito regional.

Responsabilização Macro sanitária

O gestor municipal, para assegurar o direito à saúde de seus munícipes, deve assumir a responsabilidade pelos resultados, buscando reduzir os riscos, a mortalidade e as doenças evitáveis, a exemplo da mortalidade materna e infantil, da hanseníase e da tuberculose. Para isso, tem de se responsabilizar pela oferta de ações e serviços que promovam e protejam a saúde das pessoas, previnam as doenças e os agravos e recuperem os doentes. A atenção básica à saúde, por reunir esses três componentes, coloca-se como responsabilidade primeira e intransferível a todos os gestores. O cumprimento dessas responsabilidades exige que assumam as atribuições de gestão, incluindo:

- execução dos serviços públicos de responsabilidade municipal;
- destinação de recursos do orçamento municipal e utilização do conjunto de recursos da saúde, com base em prioridades definidas no Plano Municipal de Saúde;
- planejamento, organização, coordenação, controle e avaliação das ações e dos serviços de saúde sob gestão municipal; e
- participação no processo de integração ao SUS, em âmbito regional e estadual, para assegurar a seus cidadãos o acesso a serviços de maior complexidade, não disponíveis no município.

Responsabilização Micro sanitária

É determinante que cada serviço de saúde conheça o território sob sua responsabilidade. Para isso, as unidades da rede básica devem estabelecer uma relação de compromisso com a população a ela adstrita e cada equipe de referência deve ter sólidos vínculos terapêuticos com os pacientes e seus familiares, proporcionando-lhes abordagem integral e mobilização dos recursos e apoios necessários à recuperação de cada pessoa. A alta só deve ocorrer quando da transferência do paciente a outra equipe (da rede básica ou de outra área especializada) e o tempo de espera para essa transferência não pode representar uma interrupção do atendimento: a equipe de referência deve prosseguir com o projeto terapêutico, interferindo, inclusive, nos critérios de acesso.

Instâncias de Pactuação

São espaços intergovernamentais, políticos e técnicos onde ocorrem o planejamento, a negociação e a implementação das políticas de saúde pública. As decisões se dão por consenso (e não por votação), estimulando o debate e a negociação entre as partes.

Comissão Intergestores Tripartite (CIT): Atua na direção nacional do SUS, formada por composição paritária de 15 membros, sendo cinco indicados pelo Ministério da Saúde, cinco pelo Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (Conass) e cinco pelo Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems). A representação de estados e municípios nessa Comissão é, portanto regional: um representante para cada uma das cinco regiões existentes no País.

Comissões Intergestores Bipartites (CIB): São constituídas paritariamente por representantes do governo estadual, indicados pelo Secretário de Estado da Saúde, e dos secretários municipais de saúde, indicados pelo órgão de representação do conjunto dos municípios do Estado, em geral denominado Conselho de Secretários Municipais de Saúde (Cosems). Os secretários municipais de Saúde costumam debater entre si os temas estratégicos antes de apresentarem suas posições na CIB. Os Cosems são também instâncias de articulação política entre gestores municipais de saúde, sendo de extrema importância a participação dos gestores locais nesse espaço.

Espaços regionais: A implementação de espaços regionais de pactuação, envolvendo os gestores municipais e estaduais, é uma necessidade para o aperfeiçoamento do SUS. Os espaços regionais devem-se organizar a partir das necessidades e das afinidades específicas em saúde existentes nas regiões.

Descentralização

O princípio de descentralização que norteia o SUS se dá, especialmente, pela transferência de responsabilidades e recursos para a esfera municipal, estimulando novas competências e capacidades político-institucionais dos gestores locais, além de meios adequados à gestão de redes assistenciais de caráter regional e macro regional, permitindo o acesso, a integralidade da atenção e a racionalização de recursos. Os estados e a União devem contribuir para a descentralização do SUS, fornecendo cooperação técnica e financeira para o processo de municipalização.

Regionalização: consensos e estratégias - As ações e os serviços de saúde não podem ser estruturados apenas na escala dos municípios. Existem no Brasil milhares de pequenas municipalidades que não possuem em seus territórios condições de oferecer serviços de alta e média complexidade; por outro lado, existem municípios que apresentam serviços de referência, tornando-se polos regionais que garantem o atendimento da sua população e de municípios vizinhos. Em áreas de divisas interestaduais, são frequentes os intercâmbios de serviços entre cidades próximas, mas de estados diferentes. Por isso mesmo, a construção de consensos e estratégias regionais é uma solução fundamental, que permitirá ao SUS superar as restrições de acesso, ampliando a capacidade de atendimento e o processo de descentralização.

O Sistema Hierarquizado e Descentralizado: As ações e serviços de saúde de menor grau de complexidade são colocadas à disposição do usuário em unidades de saúde localizadas próximas de seu domicílio. As ações especializadas ou de maior grau de complexidade são alcançadas por meio de mecanismos de referência, organizados pelos gestores nas três esferas de governo. Por exemplo: O usuário é atendido de forma descentralizada, no âmbito do município ou bairro em que reside. Na hipótese de precisar ser atendido com um problema de saúde mais complexo, ele é referenciado, isto é, encaminhado para o atendimento em uma instância do SUS mais elevada, especializada. Quando o problema é mais simples, o cidadão pode ser contra referenciado, isto é, conduzido para um atendimento em um nível mais primário.

Plano de saúde fixa diretriz e metas à saúde municipal

É responsabilidade do gestor municipal desenvolver o processo de planejamento, programação e avaliação da saúde local, de modo a atender as necessidades da população de seu município com eficiência e efetividade. O Plano Municipal de Saúde (PMS) deve orientar as ações na

CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS

Assistente Social

1. Crise do Capital, Questão Social, Estado e Política Social no Brasil.....	01
2. Determinação social do processo saúde-doença; desigualdade social e iniquidade social.....	12
3. Trajetória sócio-histórica da Política de Saúde no contexto da Seguridade Social brasileira.....	17
4. Serviço Social e Política Social: trajetória histórica e intervenção profissional no campo das políticas sociais no contexto das políticas de ajuste neoliberal.....	22
5. Saúde e Serviço Social: fundamentos sócio-históricos e trabalho profissional nos diferentes espaços ocupacionais no âmbito da política de saúde.....	32
6. Trabalho com famílias e suas particularidades no âmbito da política de saúde.....	36
7. Lutas sociais, participação e controle social na saúde e atuação do assistente social.....	46
8. Políticas de saúde e intervenção do assistente social: Política de Saúde Mental; Política de Promoção à Saúde, Política Nacional de Atenção Básica, Política de Humanização.	54
9. O Serviço Social na contemporaneidade: fundamentos históricos e teórico-metodológicos.....	84
10. Sistema Único de Saúde e Serviço Social.	95
11. Educação em saúde no trabalho do assistente social.....	103
12. Ética Profissional no Serviço Social, Projeto Ético-Político Profissional: particularidades no trabalho do assistente social na saúde.	107
13. A instrumentalidade no trabalho do assistente social: elementos teórico-metodológicos, ético-políticos e técnicooperativos.....	114
14. Dimensão investigativa e interventiva da profissão e o trabalho profissional na saúde.....	124
15. Parâmetros para a atuação de Assistentes Sociais na Saúde.....	130
16. A intersectorialidade na política de saúde e o trabalho do assistente social.	146
17. Processo de trabalho em saúde e serviço social.....	149
18. Saúde Coletiva e trabalho do assistente social na atenção básica.	149
19. Saúde do trabalhador e o trabalho do assistente social.....	160

CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS

Assistente Social

PROF^a. MESTRE ANA MARIA BARBOSA QUIQUETO

Assistente Social, Professora Universitária e Pesquisadora em Assuntos Educacionais. Aluna ouvinte do Programa de Doutorado da Universidade Estadual Paulista - UNESP, Mestre em Educação pela Universidade do Oeste Paulista - UNOESTE e Especialista em Gestão de Políticas Públicas pela Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP). Atua como Assistente Social na Prefeitura Municipal de Arco-Íris, no segmento Gestão de Políticas Públicas Sociais. Professora de Graduação e Pós-Graduação na Universidade Paulista (UNIP). Pesquisadora e Membro do Comitê Científico de Pesquisa da Revista Espanhola Iberoamérica Social: Revista-red de estudos sociais - ISSN 2341-0485. Escritora de assuntos socioassistenciais e educacionais, mais especificamente na área acadêmica e elaboração de materiais para concursos públicos nos diversos tipos de escolaridade

1. CRISE DO CAPITAL, QUESTÃO SOCIAL, ESTADO E POLÍTICA SOCIAL NO BRASIL.

O Serviço Social tem na questão social a base de sua fundação como especialização do trabalho. Questão social apreendida como o conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista madura, que tem uma raiz comum: a produção social é cada vez mais coletiva, o trabalho torna-se mais amplamente social, enquanto a apropriação dos seus frutos mantém-se privada, monopolizada por uma parte da sociedade. A globalização da produção e dos mercados não deixa dúvidas sobre esse aspecto: hoje é possível ter acesso a produtos de várias partes do mundo, cujos componentes são fabricados em países distintos, o que patenteia ser a produção fruto de um trabalho cada vez mais coletivo, contrastando com a desigual distribuição da riqueza entre grupos e classes sociais nos vários países, o que sofre a decisiva interferência da ação do Estado e dos governos.

Essa contradição fundamental da sociedade capitalista entre o trabalho coletivo e a apropriação privada da atividade, das condições e frutos do trabalho - está na origem do fato de que o desenvolvimento nesta sociedade redunde, de um lado, em uma enorme possibilidade de o homem ter acesso à natureza, à cultura, à ciência, enfim, desenvolver as forças produtivas do trabalho social; porém, de outro lado e na sua contraface, faz crescer a distância entre a concentração/acumulação de capital e a produção crescente da miséria, da pauperização que atinge a maioria da população nos vários países, inclusive naqueles considerados "primeiro mundo".

Os assistentes sociais trabalham com a questão social nas suas mais variadas expressões cotidianas, tais como os indivíduos as experimentam no trabalho, na família, na área habitacional, na saúde, na assistência social pública etc. Questão social que, sendo desigualdade é também rebeldia, por envolver sujeitos que vivenciam as desigualdades e a ela resistem e se opõem. É nesta tensão entre produção da desigualdade e produção da rebeldia e da resistência, que trabalham os assistentes sociais, situados nesse terreno movidos por interesses sociais distintos, aos quais não é possível abstrair ou deles fugir porque tecem a vida em sociedade. Exatamente por isso, decifrar as novas mediações por meio das quais se expressa a questão social, hoje, é de fundamental importância

para o Serviço Social em uma dupla perspectiva: para que se possa tanto apreender as várias expressões que assumem, na atualidade, as desigualdades sociais - sua produção e reprodução ampliada - quanto projetar e forjar formas de resistência e de defesa da vida. Formas de resistência já presentes, por vezes de forma parcialmente ocultas, no cotidiano dos segmentos majoritários da população que dependem do trabalho para a sua sobrevivência. Assim, apreender a questão social é também captar as múltiplas formas de pressão social, de invenção e de reinvenção da vida construídas no cotidiano, pois é no presente que estão sendo recriadas formas novas de viver, que apontam um futuro que está sendo germinado.

Dar conta dessa dinâmica supra referida, parece ser um dos grandes desafios do presente, pois permite dar transparência a valores atinentes ao gênero humano, que se tornam cada vez mais opacos no universo da mercantilização universal e do culto do individualismo. Enfim, decifrar as múltiplas expressões da questão social, sua gênese e as novas características que assume na contemporaneidade, atribuindo transparência às iniciativas voltadas à sua reversão e/ou enfrentamento imediato. Outro aspecto a tratar, é o cenário em que se insere o Serviço Social hoje: as novas bases de produção da questão social, cujas múltiplas expressões são o objeto do trabalho cotidiano do assistente social. A profissionalização e o desenvolvimento do Serviço Social são fruto do padrão de desenvolvimento do pós-guerra, sob a hegemonia norte-americana, tencionado pela guerra fria, ante as ameaças comunistas. Esse padrão de desenvolvimento demarca um largo ciclo expansionista da economia internacional, sob a liderança do setor industrial.

É necessário, hoje, repensar a questão social, porque as bases de sua produção sofrem, na atualidade, uma profunda transformação com as inflexões verificadas no padrão de acumulação. Os «30 anos gloriosos» - do pós-guerra até meados dos anos 1970 - marcaram uma ampla expansão da economia capitalista, sob a liderança do capital industrial, apoiada em uma organização da produção de bases tayloristas e fordistas, como estratégias de organização e gestão do processo de trabalho. Redundaram em ganhos de produtividade e um certo reconhecimento do poder sindical da classe operária. A estratégia taylorista/fordista de organização do processo produtivo implicava a produção em série e em massa para o consumo massivo, uma rígida divisão de tarefas entre executores e planejadores, o trabalho parcelar fragmentado e a constituição da figura do «operário massa». Essa base de organização do processo de trabalho, que teve a sua origem com Henry Ford na indústria automobilística, demarca o padrão industrial do pós-guerra, complementado com políticas anticíclicas levadas a efeito pelo Estado, impulsionadoras do crescimento econômico. O Estado buscava canalizar o fundo público, tanto para o financiamento do capital, quanto para a reprodução da força de trabalho, movido pela lógica de que, para impulsionar a produção, há que ampliar mercados e preservar um certo poder aquisitivo da população, capaz de viabilizar o consumo de mercadorias e dinamização da economia. Ora, para atingir tais metas, é necessário uma política voltada para impulsionar a expansão do emprego - daí a meta keynesiana do "pleno emprego" - e manter um certo padrão salarial, negociando com as diversas categorias de trabalhadores, por intermédio de sua representação sindical. Coube ao Estado viabilizar salários indiretos por meio das políticas sociais públicas, operando uma rede de serviços

CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS

Assistente Social

sociais, que permitisse liberar parte da renda monetária da população para o consumo de massa e consequente dinamização da produção econômica. Esse acordo entre Estado, empresariado e sindicatos envolveu uma ampliação das funções do Estado no campo das políticas públicas, que passaram a dispor de ampla abrangência, permitindo que fosse liberada parcela da renda familiar para o consumo. A tais medidas, aliou-se uma rigorosa administração dos gastos governamentais. Assim, a implantação de uma rede pública de serviços sociais é parte da chamada regulação keynesiana da economia, uma das estratégias de reversão das crises cíclicas do capitalismo no pós-guerra.

Esse padrão de desenvolvimento possibilitou o avanço de certas conquistas no campo do bem-estar social, especialmente nos países de primeiro mundo, por meio do conhecido Welfare State. O Brasil, não tendo experimentado um Estado de Bem-Estar, Social na sua completude, viveu o que Oliveira já denominou de Estado do Mal-Estar Social.

O desenvolvimento profissional do Serviço Social e a expansão de seu mercado de trabalho ocorrem nos marcos do padrão tayloristalfordista e da regulação keynesiana da economia; A crise desse padrão de acumulação eclode em meados da década de 1970, quando a economia mundial apresenta claros sinais de estagnação, com altos índices inflacionários e com uma mudança na distribuição do poder no cenário mundial. O Japão e a Alemanha tornam-se países fortes e competitivos, fazendo com que os Estados Unidos deixem de ser a única força econômica no ocidente. Ao mesmo tempo, na década de 1980, com o desmonte do Leste Europeu, há um redimensionamento das relações de poder no mundo. Estabelece-se intensa concorrência por novos mercados, acirrando a competitividade intercapitalista, que passa a exigir mudanças no padrão de produção. A indústria, os serviços bancários, a maior parte das atividades econômicas de ponta vêm alterando suas formas de organizar a produção (no sentido lato) o que alguns qualificam de acumulação flexível, ou do modelo japonês ou toyotismo enfeixadas no mote da flexibilização. Busca-se uma flexibilidade no processo de trabalho, em contrapartida à rigidez da linha de produção, da produção em massa e em série; uma flexibilidade do mercado de trabalho, que vem acompanhada da desregulamentação dos direitos do trabalho, de estratégias de informalização da contratação dos trabalhadores; uma flexibilidade dos produtos, pois as firmas hoje não produzem necessariamente em série, mas buscam atender as particularidades das demandas dos mercados consumidores e uma flexibilidade dos padrões de consumo. Esse processo, impulsionado pela tecnologia de base microeletrônica, pela informática e pela robótica, passa a requerer novas formas de estruturação dos serviços financeiros, inovações comerciais, o que vem gerando e aprofundando uma enorme desigualdade do desenvolvimento entre as regiões, setores etc., além de modificar substancialmente as noções de espaço e tempo.

A competitividade intercapitalista impõe a exigência de qualidade dos produtos para garantir a rentabilidade da produção, em um contexto de globalização da produção e dos mercados. As empresas tornam-se empresas enxutas: cria-se uma "empresa mãe (holding), que reúne em torno de si pequenas e médias empresas que fornecem produtos e serviços, estabelecendo-se a chamada terceirização. E as

terceiras tendem, cada vez mais, precarizar as relações de trabalho, reduzir ou eliminar direitos sociais, rebaixar salários, estabelecer contratos temporários, o que afeta profundamente as bases de defesa do trabalho conquistadas no pós-guerra. Ao mesmo tempo, é estimulada dentro das empresas a preocupação com a qualidade do produto tendo em vista a competitividade, por meio de novas formas de gestão da força de trabalho, novas políticas gerenciais e administrativas. Fala-se cada vez mais em qualidade total, que é apresentada como "qualidade das condições de trabalho e qualidade de vida", mas visa, de fato, a rentabilidade do capital investido, voltada para o trabalhador produzir mais com menor custo, para gerar maior lucratividade. Esse discurso da qualidade vem junto com o fenômeno da terceirização, com o enxugamento do pessoal das empresas, afetando radicalmente as condições de vida e de trabalho do conjunto dos trabalhadores.

As tendências do mercado de trabalho, apontadas por inúmeros estudiosos, indicam uma classe trabalhadora polarizada, com uma pequena parcela com emprego estável, dotada de força de trabalho altamente qualificada e com acesso a direitos trabalhistas e sociais e uma larga parcela da população com trabalhos precários, temporários, subcontratados etc.

Surge, neste contexto, o trabalhador polivalente, aquele que é chamado a exercer várias funções, no mesmo tempo de trabalho e com o mesmo salário, como consequência do enxugamento do quadro de pessoal das empresas. O trabalhador deixa de ser um trabalhador "especializado" - e também o assistente social sendo solicitado a exercer múltiplas tarefas, até então não necessariamente envolvidas em suas tradicionais atribuições.

Esse processo de "modernização da produção" vem redundando, contraditoriamente, na recriação de formas de trabalho antigas, como o trabalho a domicílio, o trabalho familiar, o não reconhecimento de direitos sociais e trabalhistas e, fundamentalmente, um maior índice de desemprego estrutural. Trabalhar com mais eficiência, com moderna tecnologia e alta qualificação da força de trabalho nos setores de ponta da economia, implica uma redução da demanda de trabalhadores e expulsão de mão-de-obra.

Vive-se hoje uma terceira revolução industrial acompanhada de profundas transformações mundiais. Assim como em etapas anteriores do desenvolvimento industrial, radicais mudanças tecnológicas envolveram uma ampla expulsão da população trabalhadora de seus postos de trabalho. Atualmente, segmentos cada vez maiores da população tornam-se sobrantes, desnecessários. Essa é a raiz de uma nova pobreza de amplos segmentos da população, cuja força de trabalho não tem preço, porque não têm mais lugar no mercado de trabalho. Fenômeno que se observa hoje, inclusive, nos países considerados desenvolvidos, cujos índices de desemprego estrutural eram comparativamente baixos. São estoques de força de trabalho "descartáveis" para o mercado de trabalho, colocando em risco para esses segmentos a possibilidade de defesa e reprodução da própria vida. Existe "gente demais" para as necessidades da acumulação capitalista; ao mesmo tempo em que, nas regiões mais pobres, a população tem reduzida sua esperança de vida ao nascer, mantêm-se elevados índices de mortalidade infantil, e contingentes populacionais são dizimados nas guerras.