



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
INSTITUTO DE FILOSOFIA, CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL E
SUSTENTABILIDADE NA AMAZÔNIA**

KAROLINE DE MORAES PEREIRA

TICS E SAÚDE PÚBLICA:

Análise da produção de conhecimento e implicações ao trabalho de assistentes sociais

MANAUS
2025

KAROLINE DE MORAES PEREIRA

TICS E SAÚDE PÚBLICA:

Análise da produção de conhecimento e implicações ao trabalho de assistentes sociais

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Sustentabilidade na Amazônia da Universidade Federal do Amazonas, como requisito para obtenção do grau de mestre(a) em Serviço Social e Sustentabilidade na Amazônia.

Orientadora: Hamida Assunção Pinheiro

Linha de pesquisa: Serviço Social, trabalho e políticas públicas

MANAUS
2025

Ficha Catalográfica

Elaborada automaticamente de acordo com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

P436t Pereira, Karoline de Moraes
 TICs e saúde pública: análise da produção de conhecimento e
 implicações ao trabalho de assistentes sociais / Karoline de Moraes Pereira.
 - 2025.
 155 f. : il., color. ; 31 cm.

 Orientador(a): Hamida Assunção Pinheiro.
 Dissertação (mestrado) - Universidade Federal do Amazonas, Programa
 de Pós-Graduação em Serviço Social, Manaus, 2025.

 1. Tecnologias de informação e comunicação. 2. Saúde pública. 3.
 Serviço social. 4. Trabalho profissional. 5. Saúde digital. I. Pinheiro,
 Hamida Assunção. II. Universidade Federal do Amazonas. Programa de
 Pós-Graduação em Serviço Social. III. Título

KAROLINE DE MORAES PEREIRA

TICS E SAÚDE PÚBLICA:

Análise da produção de conhecimento e implicações ao trabalho de assistentes sociais

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Sustentabilidade na Amazônia da Universidade Federal do Amazonas, sob a orientação da professora Dra. Hamida Assunção Pinheiro como requisito para obtenção do grau de mestra em Serviço Social e Sustentabilidade na Amazônia.

Aprovada em 19 de dezembro de 2025.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Hamida Assunção Pinheiro

Universidade Federal do Amazonas – UFAM
Presidente

Profa. Dra. Marinez Gil Nogueira

Universidade Federal do Amazonas – UFAM
Membro Interno

Profa. Dra. Yolanda Aparecida Demetrio Guerra

Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ
Membro Externo

Aos meus pais, Osvaldo e Tereza, que mesmo distantes sempre estiveram próximos a mim em amor, cuidado e ensinamentos. Em meio à proteção silenciosa de suas orações encontrei forças diante dos desafios de viver longe de casa. Com todo o carinho do meu coração, dedico esta conquista a vocês.

AGRADECIMENTOS

Ninguém chega a lugar algum sozinho, acredito que inúmeras forças convergem para que coisas boas aconteçam em nossas vidas. Por isso, minha gratidão a todos/as que, com gestos, palavras, ensinamentos e presença, contribuíram para este percurso, cada apoio, por menor que parecesse, foi essencial para que eu chegasse até aqui.

A Deus, por ser presença constante em minha vida, por me conceder sabedoria, coragem e perseverança para seguir mesmo diante dos desafios, gratidão por guiar meus passos e pelo amparo que me manteve firme neste percurso.

À minha família, pois chegar até este momento representa a materialização de uma realização coletiva, fruto da resistência daqueles que me antecederam e contribuíram para que eu pudesse trilhar esse caminho.

Aos meus pais, Osvaldo e Tereza, por serem minha base de amor, aconchego e exemplo de vida, mesmo distantes fisicamente, estiveram sempre presentes em amor, cuidado e orações.

Aos meus nove irmãos, Karine, Andreza, Brena, Tiago, Diego, Kilcimara, Jackson, Sinara e Igor (*in memoriam*), por tudo que somos juntos e por tudo que construímos como família. Obrigada por serem meu alicerce e minha alegria.

Aos meus tios, Paulo e Íris, que me acolheram com generosidade em sua casa e me ofereceram as condições materiais e afetivas necessárias para que eu pudesse concluir esta etapa da minha formação.

Às minhas amigas Sara Evelyn, Gabrielle, Isabelle, Ane Karolyne e Ana Regina, pelo apoio, afeto e palavras de encorajamento nos momentos difíceis desta caminhada que por vezes parecia longa demais, obrigada por me lembrarem que não caminho sozinha.

À minha orientadora, professora Hamida Assunção Pinheiro, minha profunda gratidão pela escuta generosa e sensível e pela confiança depositada em mim. Obrigada por me ensinar que rigor teórico e sensibilidade caminham juntos.

À minha querida professora Sandra Helena da Silva, por me incentivar a trilhar o caminho da pesquisa desde a graduação e por acreditar em mim desde o início.

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Amazonas (FAPEAM), pelo apoio financeiro concedido para o desenvolvimento desta pesquisa.

Aos colegas e professores do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Sustentabilidade na Amazônia (PPGSS/UFAM), agradeço pela vivência, trocas e

ensinamentos. Cada diálogo contribuiu para o amadurecimento desta pesquisa e para minha formação como pesquisadora.

RESUMO

A presente dissertação se propõe a analisar a produção de conhecimento da área de Serviço Social brasileira sobre as Tecnologias de Informação e Comunicação (TICs) na saúde pública e os desdobramentos desta inserção no cotidiano de trabalho dos/as assistentes sociais, especificamente no que se refere às demandas e requisições institucionais. Para isso, a pesquisa teve como objeto de estudo o conhecimento científico produzido no âmbito dos 38 Programas de Pós-graduação Stricto Sensu da área 32 (Serviço Social) da Capes, na última década (2015-2024). Nesse contexto, esta dissertação orientou-se a partir do seguinte objetivo geral: analisar o uso das TICs na saúde pública e suas implicações ao trabalho dos/as assistentes sociais, a partir da produção de conhecimento da área de Serviço Social brasileira da última década (2015-2024), com vistas a fomentar subsídios à qualificação do trabalho profissional do/a assistente social na área da saúde. Quanto aos objetivos específicos, a pesquisa se propôs a: refletir acerca das determinações sócio-históricas da relação entre tecnologia, trabalho e política de saúde e suas implicações ao trabalho dos/as assistentes sociais; caracterizar os principais aspectos da produção de conhecimento da área de serviço social que relacionam as TICs com o trabalho de assistentes sociais na saúde pública; desvelar, na produção científica da área, a interface entre as TICs e o cotidiano de trabalho, considerando as requisições institucionais e as demandas dos usuários frente aos desafios encontrados na saúde pública brasileira. A investigação, de natureza quantitativa e qualitativa, orienta-se pelo materialismo histórico-dialético, articulando pesquisa bibliográfica e documental. Para tanto, foram analisadas 21 produções acadêmicas (19 dissertações e 2 teses) selecionadas no Portal de Teses e Dissertações da CAPES, com base em um roteiro de coleta organizado a partir de 4 categorias analíticas: Trabalho, Saúde, Tecnologia e Estado, conduzidas por meio da técnica de Análise de Conteúdo. Os resultados revelam que, embora haja crescente incidência do tema na área de Serviço Social mais recentemente, ainda é incipiente e transversal a produção que relaciona TICs e o trabalho profissional na saúde pública. As análises das teses e dissertações apontam para o fato de que a crescente transformação das requisições e demandas sócio-institucionais também tem se dado pela via da inserção e do avanço no uso das TICs na saúde pública. Outro importante achado da pesquisa é o aprofundamento das contradições entre a ampliação dos serviços e o uso mais frequente das TICs por profissionais e usuários, e, na outra ponta, a continuidade de indicadores de exclusão digital da população usuária do SUS. Os dados são inquietantes e demonstram a necessidade de adensamento das pesquisas nesse campo.

Palavras-chave: Tecnologias de Informação e Comunicação. Saúde Pública. Serviço Social. Trabalho profissional. Saúde digital.

ABSTRACT

This dissertation aims to analyze the production of knowledge in the Brazilian Social Work field regarding Information and Communication Technologies (ICTs) in public health and the unfolding of this insertion in the daily work of social workers, specifically in relation to institutional demands and requirements. To this end, the research focused on the scientific knowledge produced within the 38 Stricto Sensu Postgraduate Programs in area 32 (Social Work) of CAPES (Brazilian Federal Agency for Support and Evaluation of Graduate Education), in the last decade (2015-2024). In this context, this dissertation was guided by the following general objective: to analyze the use of ICTs in public health and their implications for the work of social workers, based on the production of knowledge in the Brazilian Social Work field over the last decade (2015-2024), with a view to fostering support for the professional qualification of social workers in the health field. Regarding the specific objectives, the research aimed to: reflect on the socio-historical determinants of the relationship between technology, work, and health policy and their implications for the work of social workers; characterize the main aspects of knowledge production in the field of social work that relate ICTs to the work of social workers in public health; unveil, in the scientific production of the area, the interface between ICTs and daily work, considering institutional requirements and user demands in the face of the challenges encountered in Brazilian public health. The investigation, of a quantitative and qualitative nature, is guided by historical-dialectical materialism, articulating bibliographic and documentary research. To this end, 21 academic productions (19 dissertations and 2 theses) selected from the CAPES Theses and Dissertations Portal were analyzed, based on a data collection guide organized from 4 analytical categories: Work, Health, Technology, and State, conducted using the Content Analysis technique. The results reveal that, although there has been a growing incidence of the topic in the field of Social Work more recently, the production relating ICTs and professional work in public health is still incipient and transversal. Analyses of theses and dissertations point to the fact that the increasing transformation of socio-institutional requirements and demands has also occurred through the insertion and advancement in the use of ICTs in public health. Another important finding of the research is the deepening of the contradictions between the expansion of services and the more frequent use of ICTs by professionals and users, and, on the other hand, the continued indicators of digital exclusion among the population using the Brazilian Unified Health System (SUS). The data are unsettling and demonstrate the need for intensified research in this field.

Keywords: Information and Communication Technologies. Public Health. Social Service. Professional Work. Digital Health.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Eixos temáticos de discussão sobre as TICs na área de Serviço Social.....	70
Figura 2. Percentual de teses e dissertações por região brasileira	75
Figura 3. Setores econômicos que compõem o Complexo Industrial da Saúde.....	79
Figura 4. Categorias centrais presentes nas Teses e Dissertações analisadas	95
Figura 5. Mapa de conectividade entre estados brasileiros	121
Figura 6. Municípios brasileiros com maior índice de conectividade	122
Figura 7. Municípios brasileiros com menor índice de conectividade	123

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Principais políticas de fomento à Saúde Digital no Brasil entre 1991-2021	63
Quadro 2. Produções científicas presentes no catálogo de teses e dissertações da capes e nos repositórios institucionais dos programas de pós-graduação da área de serviço social (2015-2024).....	68
Quadro 3. Programas de Pós-Graduação da Área 32 - Serviço Social.....	69
Quadro 4. Sistemas de Informação em Saúde no Brasil.....	82
Quadro 5. Critérios de inclusão e de exclusão da produção de conhecimento analisada.....	87
Quadro 6. Teses e Dissertações selecionadas para análise.....	88
Quadro 7. Teses e Dissertações que abordam diretamente o tema.....	92
Quadro 8. Teses e Dissertações que abordam indiretamente o tema.....	92
Quadro 9. Categorias, temas e conceitos presentes na análise dos trabalhos selecionados	96
Quadro 10. Crise na saúde pública brasileira e o cenário de pandemia da COVID-9.....	107
Quadro 11. Síntese das análises sobre o cotidiano de trabalho dos/as assistentes sociais e a presença das TICs na saúde	112
Quadro 12. Requisições e demandas sócio-institucionais no trabalho do/a assistente social na saúde identificadas nas Teses e Dissertações analisadas (2015-2024).....	115
Quadro 13. Projetos e políticas de saúde digital e suas implicações ao trabalho de assistentes sociais na saúde	126

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Incidência da produção de conhecimento sobre as TICs no Serviço Social brasileiro (2015-2024)	73
Gráfico 2. Distribuição geral do quantitativo de Teses e Dissertações sobre as TICs na área de Serviço Social por região brasileira.....	74
Gráfico 3. Número de produções que relaciona saúde pública e TICs por região brasileira ...	90
Gráfico 4. Número de produções distribuídas entre os Programas de Pós-graduação da área de Serviço Social	91

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEPSS	Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social
ANATEL	Agência Nacional de Telecomunicações
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CAPs	Caixas de Aposentadoria e Pensões
CBAS	Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais
CBCISS	Centro Brasileiro de Cooperação e Intercambio em Serviços Sociais
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CFESS	Conselho Federal de Serviço Social
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COFIS	Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social
CONITEC	Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologia no SUS
ESD28	Estratégia de Saúde Digital para o Brasil
FMI	Fundo Monetário Internacional
IAPs	Institutos de Aposentadoria e Pensões
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IES	Instituições de Ensino Superior
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
MS	Ministério da Saúde
NOBs	Normas Operacionais Básicas
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
OSs	Organizações Sociais
PEC	Proposta de Emendas Constitucionais
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio
PNCTIS	Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde

PNIS	Política Nacional de Informação e Informática em Saúde
PNS	Política Nacional de Saúde
PPGSS	Programa de Pós-graduação em Serviço Social e Sustentabilidade na Amazônia
PSF	Programa de Saúde da Família
RNDS	Rede Nacional de Dados em Saúde
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SIH	Sistemas de Informações Hospitalares
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SINASC	Sistema de Informações de Nascidos Vivos
SIS	Sistemas de Informação em Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TICs	Tecnologias de Informação e Comunicação
UFAM	Universidade Federal do Amazonas
UIT	União Internacional de Telecomunicações

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	15
CAPÍTULO 1 – TECNOLOGIA, TRABALHO E POLÍTICA DE SAÚDE NO CONTEXTO CAPITALISTA.....	22
1.1 A centralidade da categoria trabalho: do sentido ontológico à alienação e assalariamento dos trabalhadores	22
1.2 Elementos teóricos e históricos acerca do desenvolvimento tecnológico no capitalismo .	24
1.3 Revolução tecnológica como expansão global do capital e os desdobramentos ao mundo do trabalho	32
1.4 A relação entre saúde pública e o trabalho de assistentes sociais no contexto de precarização estrutural do trabalho no Brasil contemporâneo	45
CAPÍTULO 2 - A PRODUÇÃO DE CONHECIMENTO NO SERVIÇO SOCIAL: TICs, POLÍTICA DE SAÚDE E TRABALHO PROFISSIONAL.....	65
2.1 Panorama acerca da produção de conhecimento sobre as TICs no Serviço Social.....	65
2.2 Aproximações às particularidades da inserção tecnológica no contexto da saúde pública e as implicações ao trabalho de assistentes sociais	77
CAPÍTULO 3 - AS TICs E O COTIDIANO DE TRABALHO PROFISSIONAL NA SAÚDE: LIMITES E POSSIBILIDADES.....	87
3.1 Trabalho, tecnologia e política de saúde à luz da produção de conhecimento da área: os achados da pesquisa	87
3.2 TICs e saúde pública: ênfase na produção de conhecimento acerca da relação entre Estado e a inserção tecnológica no âmbito do Sistema Único de Saúde brasileiro	96
3.3 Reflexões sobre o cotidiano de trabalho em saúde: ênfase na discussão sobre as demandas e requisições institucionais e as implicações ao trabalho de assistentes sociais	109
3.4 Limites e possibilidades de inserção das TICs na saúde pública e perspectivas de um SUS digitalizado	119
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	129
REFERÊNCIAS	136
APÊNDICE I.....	148
APÊNDICE II	150

INTRODUÇÃO

A partir de meados do século XVIII, a sociedade experimentou significativas transformações engendradas pelo desenvolvimento do modo de produção capitalista, repercutindo em diversas esferas da vida social. Intensificadas pelas revoluções industriais e pelo progresso técnico-científico, essas mudanças desempenharam papel fundamental no reordenamento das forças produtivas do capital e no processo de trabalho.

As transformações no mundo do trabalho, ocorridas a partir de meados dos anos de 1970, evidenciam o contexto de superacumulação e crise do regime fordista-keynesiano, o que exigiu maior flexibilidade na economia e na organização do trabalho. A reestruturação produtiva capitalista marca a transição do modelo fordista-keynesiano para formas mais flexíveis e globalizadas de acumulação de capital. Essas transformações reorganizaram cadeias produtivas, mercados de trabalho e regimes de regulação econômica em escala mundial.

Observa-se, nesse quadro, a crescente subordinação das relações sociais de produção às exigências da acumulação capitalista. O avanço do capitalismo industrial e, posteriormente, do capitalismo financeirizado, redimensionou as fronteiras entre tempo de trabalho e vida privada, intensificando o processo de exploração da força de trabalho, contribuindo, assim, para sua precarização.

Nessa perspectiva, as tecnologias são apreendidas, contraditoriamente, como resultado do trabalho humano e como expressão do processo de desenvolvimento das forças produtivas do capital e de sua contínua expansão. Atualmente, essa dinâmica apresenta-se conformada sob uma nova racionalidade atribuída à intensificação do uso de tecnologias digitais, plataformas e sistemas de dados, possibilitados pela chamada Quarta Revolução Industrial¹.

Englobadas a esse processo, estão as chamadas Tecnologias de Informação e Comunicação (TICs). À luz de Antunes (2020) as TICs compreendem um conjunto de dispositivos, serviços e conhecimentos, possibilitados pelo uso de computadores, softwares, sistemas de redes, dados e metadados, plataformas e aplicativos de internet, com a capacidade de processar, armazenar e distribuir informações.

No Brasil, especialmente a partir do desmonte estrutural das políticas sociais com o golpe de 2016 e a aprovação da Emenda Constitucional nº 95/2016, observa-se a ampliação

¹ Esta é caracterizada pela ampliação do uso de inovações tecnológicas, pelo uso de inteligência artificial, dados e algoritmos. Esse progressivo desenvolvimento tecnológico em pleno século XXI possibilitou o aumento do capital constante e a diminuição do capital variável, provocando uma tendência de maior especialização da força de trabalho (Antunes, 2009).

significativa do trabalho mediado pelo uso das TICs. Além disso, no Brasil, a aprovação da Reforma Trabalhista em 2017 (Lei nº 13.467/2017) já apontava para a automatização de diferentes formas de trabalho, inclusive com a legalização do teletrabalho mediado pelo uso das TICs. Este fenômeno condicionou o mercado de trabalho brasileiro a uma tendência internacional, provocada pela intensificação de formas subsumidas de captura da força de trabalho.

Dados estatísticos levantados pela Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD), realizada entre 2020 e 2022, sobre o trabalho mediado por tecnologias e plataformas digitais durante a Pandemia de Covid-19, revelaram que das 96,7 milhões de pessoas que se mantiveram trabalhando nesse período, cerca de 9,5 milhões destes a realizaram por meio de trabalho remoto, e 7,4 milhões compunham o subgrupo de teletrabalhadores ou fizeram uso de equipamentos mediado pelas TICs.

Com efeito, a adoção desses sistemas nos serviços públicos, em especial nas políticas que compõem a Seguridade Social, vem imprimindo significativas mudanças no cotidiano de trabalho dos/as assistentes sociais. A precarização das condições de trabalho incidiu diretamente nas condições objetivas e subjetivas de sua realização. Fato este que tem revelado diversas implicações nas possibilidades de acesso às políticas sociais, nas requisições institucionais e nas relações de trabalho.

As primeiras discussões sobre as TICs no âmbito do Serviço Social datam de meados dos anos 1990. Destaca-se, nesse período, a publicação de Lutero Rosa, intitulada "Informação Tecnológica e Serviço Social" publicada na Revista Serviço Social e Sociedade, n.º 49, no ano de 1995. Outro nome de grande relevância é o do professor Perci Coelho de Souza, com publicações sobre a apropriação das tecnologias de informação pelo Serviço Social e a sociedade da informação. Na contemporaneidade, as principais referências acerca desse debate são os estudos de Renato Veloso (2006; 2011), Jaime Hillesheim (2024), Yolanda Guerra (2022; 2023) e Raquel Raichelis (2018; 2020; 2022), que partem da problematização sobre o potencial estratégico das TICs no trabalho profissional de assistentes sociais e a intensificação da sua incidência no cotidiano de trabalho, nas políticas sociais e na nova morfologia do trabalho profissional.

A inserção das TICs no trabalho de assistentes sociais tem evidenciado cada vez mais novas e velhas requisições institucionais em seus espaços de trabalho, gerando efeitos que necessitam ser desvelados. Assim, o debate acerca da relação entre trabalho profissional e TICs é de grande importância no atual estágio de desenvolvimento e acumulação capitalista,

assentado na intensificação dos processos de plataformização e digitalização do mundo do trabalho, gerando consequências como a precarização das condições de vida e de trabalho da classe trabalhadora, na qual estão inseridos os/as assistentes sociais.

Na saúde pública, esses rebatimentos impõem uma nova dinâmica ao trabalho profissional, visto que adquirem relevância particular diante da complexidade da saúde pública brasileira, marcadas por processos de desmonte e desfinanciamento do Sistema Único de Saúde (SUS) e pela demanda crescente no acesso aos serviços. Percebe-se, ao longo das últimas décadas, que a saúde pública tem sido atravessada pela intensificação da digitalização e inserção das TICs, especialmente sob o argumento de fortalecimento e ampliação do acesso à saúde como direito universal.

Entretanto, esse movimento acompanha uma tendência global capitalista de transformação digital dos serviços públicos. O uso de sistemas informacionais e demais tecnologias digitais implementadas no âmbito do SUS tem sido estruturado por meio de um arcabouço regulatório, com orientações e normativas de organizações multilaterais, como a Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS).

A saúde digital emerge como tendência de incorporação tecnológica na saúde pública, por meio da proposta gerencial de um Estado eficiente, que reduz custos e soluciona as necessidades em saúde da população. Todavia é necessário considerar que “trata-se de um contexto que demanda a compreensão das funções de patrocínio e regulação do complexo industrial da saúde em meio a uma arena política de tensões e disputas” e ainda “o reconhecimento da roupagem do Estado industrial capitalista na figura estatal que provê saúde como direito” (Rachid *et.al*, 2023, p. 2147).

Diante desse cenário, a presente Dissertação intitulada “TICs e saúde pública: análise da produção de conhecimento e implicações ao trabalho de assistentes sociais” tem como objetivo analisar o uso das Tecnologias de Informação e Comunicação (TICs) na saúde pública e suas implicações ao trabalho dos/as assistentes sociais, a partir da produção de conhecimento da área de Serviço Social brasileira da última década (2015-2024), com vistas a fomentar subsídios à qualificação do trabalho profissional do/a assistente social na área da saúde.

Quanto aos objetivos específicos, a pesquisa se propôs a: refletir acerca das determinações sócio-históricas da relação entre tecnologia, trabalho e política de saúde e suas implicações ao trabalho dos/as assistentes sociais; caracterizar os principais aspectos da produção de conhecimento da área de serviço social que relacionam as TICs com o trabalho de assistentes sociais na saúde pública; desvelar, na produção científica da área, a interface entre

as TICs e o cotidiano de trabalho, considerando as requisições institucionais e as demandas dos usuários frente aos desafios encontrados na saúde pública brasileira.

O Serviço Social, enquanto profissão situada na divisão sociotécnica do trabalho e dotada de reconhecimento institucional, encontra-se diretamente afetado pelas reconfigurações impulsionadas pelo sistema capitalista de produção. Essas transformações operam por meio de mecanismos como a precarização do trabalho e a mercantilização dos serviços e das políticas públicas, repercutindo sobre as formas de intervenção profissional no campo da saúde pública.

A produção e sistematização de conhecimentos sobre esses processos são necessárias para se pensar a intervenção profissional crítica e reflexiva, de forma a criar subsídios à formulação de alternativas políticas e emancipatórias. Nessa via, a análise da produção de conhecimento permitiu identificar como a área de Serviço Social vem percebendo e discutindo a política de saúde, em especial a saúde pública, e sua relação com a inserção tecnológica que opera nas instituições de saúde, bem como o desvelamento dos determinantes históricos-sociais envolvidos.

O vínculo com o referido objeto de pesquisa, que agora resulta nesta dissertação, é reflexo da trajetória percorrida desde a graduação em Serviço Social, pelo contato e experiências no desenvolvimento de pesquisas no âmbito da Iniciação Científica, que culminaram no interesse em dar continuidade à formação acadêmica, com o ingresso no curso de Mestrado, no Programa de Pós-graduação em Serviço Social e Sustentabilidade na Amazônia (PPGSS), da Universidade Federal do Amazonas (UFAM).

Soma-se a isso, a vinculação enquanto pesquisadora a dois projetos de pesquisa, institucionalizados pela Universidade Federal do Amazonas (UFAM), sendo eles: 1) “Saúde em tempos de crise: os rumos do SUS e as implicações para o trabalho dos assistentes sociais”. O referido projeto é incentivado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), via bolsa produtividade em pesquisa, sob a responsabilidade da orientadora desta dissertação, projeto este com o qual a dissertação também dialoga grandemente; 2) “As TICs e suas refrações na formação e no trabalho de professores de Serviço Social no Brasil e em Portugal”, fomentado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). Tais projetos possibilitaram maior aproximação com o tema e foram fundamentais para o amadurecimento do objeto investigado.

Esta pesquisa, de natureza quantitativa e qualitativa, foi orientada pelo materialismo histórico e dialético, considerando a totalidade e historicidade dos processos sociais e as contradições presentes na produção dos fenômenos observados. Ressalta-se que o referido

método parte do pressuposto de que a realidade social existe objetivamente, independentemente da consciência dos indivíduos. A sociedade não é entendida como um dado natural ou imutável, e sim como o resultado da práxis social, mediada pelas condições materiais de produção e reprodução da vida. Logo, o ponto de partida do método é o concreto real, tal como ele se apresenta na experiência cotidiana (Netto, 2011).

No entanto, esse real não se apresenta prontamente de forma inteligível, ou seja, a realidade não se revela de forma transparente e não expressa de imediato as determinações fundamentais que explicam o seu funcionamento. O método exige, portanto, mover-se do real concreto às abstrações e, em seguida, retornar ao concreto pensado, recompondo a totalidade com as mediações descobertas. Abstrair não significa afastar-se da realidade, mas isolar analiticamente determinadas relações e categorias para compreendê-las em profundidade. Nessa via, o movimento de abstração torna-se mediação indispensável para que se transcenda à realidade concreta, agora compreendida em sua essência dialética e contraditória (Ibidem, 2011).

A partir dessas considerações, é importante ressaltar que o método exige ainda a apreensão das mediações que conectam o particular ao universal e ao singular. Para Marx (2013), estas categorias correspondem a determinações reais do movimento da sociedade e só podem ser compreendidas em sua unidade dialética. Trata-se de categorias ontológicas, isto é, formas objetivas de existência da realidade social, que o pensamento deve apreender de modo articulado para reproduzir teoricamente a totalidade concreta. Logo, o conhecimento científico só se realiza plenamente quando o pensamento é capaz de apreender essa articulação dinâmica, reproduzindo teoricamente o movimento real da sociedade. Nesse sentido, o objetivo do pesquisador, ao utilizar-se do método em Marx, é transcender à imediatez que lhe é apresentada pela aparência do objeto pesquisado, compreendendo-o em suas múltiplas determinações.

Para tanto, esta investigação, apoiou-se em pesquisa bibliográfica e documental e foi dividida em fases, a saber: 1) delimitação do objeto de pesquisa, início da pesquisa bibliográfica e documental, seguidas de ajustes na proposta de projeto submetido à banca de qualificação; 2) realização de levantamento de dados e informações no Portal de Teses e Dissertações da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), a partir de um roteiro de pesquisa previamente elaborado, situando as principais categorias de busca, com análise primária do material encontrado; 3) definição dos trabalhos que atendem aos objetivos da pesquisa e análise secundária para extração de informações pertinentes; 4) sistematização e

análise de dados, a partir da técnica de Análise de Conteúdo (Bardin, 1977), seguida de pré-análise, exploração do material selecionado, tratamento dos dados, categorização e inferência, a partir dos objetivos da pesquisa.

A pesquisa bibliográfica dedicou-se ao levantamento de textos, livros e artigos científicos, de autores clássicos e contemporâneos, acerca das categorias estruturantes da pesquisa, que contribuem com o debate sobre trabalho, trabalho profissional, política de saúde, serviço social, tecnologia, TICs. No que tange à pesquisa documental, esta teve como objetivo o levantamento de fontes documentais secundárias, como Teses e Dissertações, leis, relatórios, orientações técnicas, resoluções e demais materiais de acesso público, dispostos em meios digitais, como os sites oficiais do Ministério da Saúde (MS), do Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS) e do Portal de periódicos da CAPES. Em relação à discussão sobre a inserção das TICs na saúde pública, foi dado ênfase aos relatórios, publicações e demais materiais de análises referentes ao programa Estratégia de Saúde Digital para o Brasil (ESD28).

Para o desenvolvimento da pesquisa, foi realizado um levantamento no Portal de Teses e Dissertações da CAPES, a partir dos seguintes termos/descriptores: Tecnologias de Informação e Comunicação, TICs, Saúde Pública, Trabalho, Política de Saúde e Serviço Social, acrescidas do operador booleano *AND*. Ao todo, foram selecionadas 21 produções, sendo 19 Dissertações e 2 Teses, correspondentes ao período entre 2015 a 2024 (10 anos). Foram estabelecidas, também, categorias analíticas e subcategorias (Apêndice I), derivadas tanto da leitura e escrita do referencial teórico quanto das discussões presentes na leitura das produções selecionadas, sendo elas: Trabalho, Saúde, Tecnologia e Estado. As produções selecionadas foram organizadas com a ajuda do aplicativo *Microsoft Excel*, etapa que incluiu a extração de metadados (autor, ano, programa, orientador, resumo, palavras-chave, etc.), seguidas de análises qualitativas, com a codificação de trechos relevantes à discussão proposta. A sistematização dos achados compõe a dissertação de mestrado, organizada em três capítulos.

O Capítulo 1 discute acerca da relação entre trabalho, tecnologia e saúde, sob a perspectiva marxista da economia política, centrando-se na categoria trabalho e nas contradições postas pela lógica do capital. Evidencia, também, o desenvolvimento histórico das forças produtivas, sob o signo das revoluções industriais, relacionando esse quadro às mudanças ocorridas no mundo do trabalho. Analisa, ainda, a transição entre os regimes de acumulação e suas consequências para a classe trabalhadora, situando as TICs e a plataformização do trabalho no âmbito dos processos de precarização e flexibilização do trabalho. Além disso, o texto

aborda historicamente o Serviço Social e o trabalho do/a assistente social, mostrando como as transformações engendradas pelo desenvolvimento capitalista reconfiguram o Estado, as políticas sociais, e nesse bojo, as demandas e requisições profissionais na saúde pública.

Já o Capítulo 2 apresenta de forma sistematizada a produção do conhecimento da área de Serviço Social acerca das TICs, trazendo um panorama dos trabalhos defendidos e as discussões recorrentes nas teses e dissertações produzidas no âmbito dos 38 Programas de Pós-graduação da área. Discute ainda as lacunas existentes na produção de conhecimento da área na relação entre saúde, TICs e trabalho profissional, desvelando a necessidade de aprofundamento dessa interface a partir da presença digital no SUS, com respaldo na análise dos sistemas de informação em saúde e do arcabouço regulatório da ESD28.

No Capítulo 3, evidencia-se os principais desdobramentos engendrados pela inserção das TICs na organização, gestão e condições de trabalho nos níveis de atenção primária, secundária e terciária de saúde. Analisa também o papel do Estado na promoção da saúde digital, elencando as principais estratégias, ações e serviços desenvolvidos no país, além das tensões presentes na dinâmica de governança do SUS digital. Discute, ainda, as implicações concretas para o trabalho do/a assistente social, com ênfase nas demandas e requisições profissionais, ao mesmo tempo em que aponta as possibilidades, desafios e estratégias de intervenção frente o contexto de saúde digital e suas repercussões ético-políticas à profissão.

As considerações finais apontam reflexões e encaminhamentos para o adensamento em torno da discussão do tema na área de Serviço Social, oferecendo subsídios e aproximações relevantes ao trabalho dos/as assistentes sociais na saúde, bem como revelam lacunas que precisam ser pesquisadas em torno da temática central desta dissertação.

CAPÍTULO 1 – TECNOLOGIA, TRABALHO E POLÍTICA DE SAÚDE NO CONTEXTO CAPITALISTA

1.1 A centralidade da categoria trabalho: do sentido ontológico à alienação e assalariamento dos trabalhadores

O trabalho enquanto categoria ontológica está presente na estrutura das relações sociais e atividades humano-genéricas em diferentes momentos históricos. Este tem por objetivo a satisfação das necessidades humanas e, portanto, se direciona a um fim. Trata-se, pois, de uma categoria central na sociabilidade humana, a partir da qual os homens se constituem ontologicamente enquanto ser, ou seja, é a categoria fundante do ser social (Marx, 2013).

O trabalho é, por sua vez, o processo fundante das relações estabelecidas entre homem e natureza, que possibilita, por meio de sua ação, que o homem modifique, regule e controle o meio em que habita. Conforme asseveram Netto e Braz (2006), enquanto atividade essencialmente humana, o trabalho possibilitou com que homens e mulheres se distinguissem das demais formas de vida dos animais. Foi através do trabalho que a história humana teve um salto qualitativo no que tange às transformações societárias, perpassando desde o desenvolvimento das primeiras sociedades primitivas até a organização de sociedades mais complexas, como a sociedade capitalista.

Nesse sentido, continuam os autores, trata-se de uma categoria que, além de contribuir na compreensão das formas de organização econômica das sociedades, faz referência também ao próprio modo de ser da vida humana. Logo, podemos dizer que o trabalho é uma atividade orientada teleologicamente e que necessita do dispêndio de energia física e mental para a transformação da natureza em produto da satisfação das necessidades dos indivíduos de uma determinada sociedade (Marx, 2013). É esta mediação fundamental entre homem e natureza que resulta da capacidade das mãos em reproduzir o que foi projetado na consciência.

A centralidade da categoria trabalho diante o processo de humanização do homem é indispensável na compreensão das formações sociais. Somente por meio do trabalho “o ser social cria e recria as próprias condições da sua reprodução” (Antunes, 2009, p. 136), ou seja, este, por meio do trabalho, empreende a construção prática de um mundo objetivo, ao mesmo tempo em que desenvolve a si mesmo enquanto indivíduo, de tal modo que produz e reproduz sua existência material, vital e espiritual, o que dá início às formas mais desenvolvidas de práxis social.

Essa relação metabólica entre homem e natureza faz com que o trabalho se realize no interior e por meio de uma forma social e historicamente determinada. Os indivíduos vão adquirindo e socializando conhecimentos e habilidades, e nessa interação acabam por complexificar suas necessidades, implicando no surgimento e na ampliação de novas objetivações (Marx, 2013). Assim, o trabalho está presente em todas as formas de sociabilidade e é por meio deste que se organizam as formas de produção e distribuição da riqueza social.

Considera-se, para isso, a existência de três componentes essenciais no processo de trabalho, sendo eles: “a atividade adequada a um fim, isto é o próprio trabalho; a matéria a que se aplica o trabalho, o objeto de trabalho; e os meios de trabalho, instrumentos e ferramentas” (Marx, 2013, p. 202). O conjunto das forças produtivas (o trabalho, o objeto e os meios) não é apenas medidor do grau de desenvolvimento da produção de valor, mas também indicador das condições sociais nas quais este se reproduz. A partir da ampliação e do acúmulo de conhecimento alcançado pela humanidade, as forças produtivas sofreram diversas alterações e ganharam dimensões mais complexas (Mészáros, 2009).

Dito isto, ao longo da história, e em todos os modos de produção que antecederam o capitalismo, o trabalho constituiu-se como elemento vital na organização dos grupos humanos. Com o desenvolvimento da agricultura e da pecuária, as sociedades humanas puderam produzir não mais apenas para sua subsistência, surgindo assim a produção excedente que caracteriza o início da exploração do homem pelo próprio homem, pela acumulação de bens, a exemplo das sociedades escravistas e feudais. Com a ultrapassagem dos modelos de organização escravista e feudal, o trabalho assume particularidades que potencializam a alienação do trabalhador (Ibidem, 2009).

Isto ocorre, pois, no modo de produção capitalista o fundamento desta relação é o antagonismo entre capital e trabalho. Sua base de sustentação está na exploração do trabalho assalariado e na expansão e acumulação de mais valor. Assim, é no modo de produção capitalista que o trabalho assume o caráter alienante, no qual o trabalhador é expropriado dos meios de trabalho e não se reconhece enquanto produtor de riquezas. Marx (2013) pontua que, nesse cenário, o trabalhador se torna cada vez mais pobre na medida em que mais riquezas produz, e, ao considerar essa produção apenas uma mercadoria destinada aos donos dos meios de produção, permanece alheio aos frutos de seu trabalho.

Desse modo, as relações sociais tornam-se cada vez mais coisificadas, alcançando todas as esferas da vida em sociedade (Mészáros, 2009). Assim, o sentido ontológico do trabalho se perde, sua interligação com o ato criativo e de realização do ser social é esvaziado, no momento

em que esse passa a se configurar apenas como um meio de subsistência, e não a primeira necessidade de realização humana.

Capturada a essência ontológica do trabalho, o trabalhador passa a exercer atividades produtivas que visam à obtenção de lucros para os donos dos meios de produção, que acabam por se apropriar do valor extraído na exploração da força de trabalho, o valor excedente a que Marx (2013) atribui o nome de mais-valia. Nessa forma social, resta ao trabalhador a venda de sua força de trabalho em troca de um salário.

Nessa via, compreender as marcas históricas de configuração do trabalho no marco da sociabilidade burguesa, ainda que em contextos históricos diferentes, possibilitam enxergar como o processo de trabalho desenvolvido dentro do modo de produção capitalista se distanciou de seu sentido ontológico.

1.2 Elementos teóricos e históricos acerca do desenvolvimento tecnológico no capitalismo

O sistema de produção capitalista, de sua gênese à sua expansão, impactou profundamente a dinâmica das relações sociais, promovendo mudanças que reverberaram em todas as esferas da vida humana, dentre elas os processos de trabalho. O desenvolvimento das forças produtivas, aliadas à exploração da força de trabalho, permitiram com que, em diferentes estágios de formação das sociedades, fossem configuradas formas mais sólidas de produção da vida material e das relações sociais (Marx, 2013). Essas forças produtivas alcançaram níveis altíssimos de transformação, principalmente a partir do avanço técnico-científico e do desenvolvimento industrial.

Nesse processo, conforme asseguram Netto e Braz (2006), os seres humanos desenvolveram novas objetivações que ampliaram e complexificaram os significados do trabalho ao longo das formas históricas socialmente construídas. Não cabe aqui detalhar minuciosamente o processo de criação de valor por meio do trabalho, ou ainda exemplificar como este se desenvolveu nas sociedades que precederam a forma capitalista de se produzir. Nos interessa, tão somente, compreender de que forma o incremento da tecnologia no processo de produção capitalista implicou em alterações na organização do trabalho, na ampliação da acumulação de capital e, consequentemente, na exploração da força de trabalho.

Partindo desse pressuposto, entendemos que a produção de objetos necessários à reprodução humana, ou ainda, o fazer teleológico guiado a um fim, incide diretamente na transformação da natureza e na construção de sociabilidades. Isto posto, ao desenvolverem

habilidades, os seres humanos potencializam sua capacidade de produzir meios para sua subsistência, o que explica o avanço das forças produtivas ao longo da história. Netto e Braz (2006, p. 70), destacam que, nesse quadro “[...] a força de trabalho [...] é a mais preciosa das forças produtivas: afinal, são os homens que, através do acúmulo de gerações, aperfeiçoam e inventam instrumentos de trabalho, adquirindo conhecimentos”.

Neste percurso, as relações sociais implicaram um modo de cooperação, que inicialmente se deram de forma natural, por meio da convivência em grupos e na realização de atividades voltadas à subsistência, como a criação de instrumentos rudimentares, abrigos contra as intempéries da natureza e estratégias de caça. Porém, com a maior organização dessas atividades, estas começaram a ser repartidas entre homens e mulheres, ocorrendo a chamada divisão sexual do trabalho (Netto; Braz, 2006).

A partir da divisão sexual do trabalho, observou-se o aumento da produtividade do trabalho e o surgimento de um excedente econômico, que começa a ultrapassar as necessidades imediatas de sobrevivência dos indivíduos, gerando o acúmulo de produtos do trabalho. Essas relações se aprofundaram na medida em que foram instituídas a propriedade privada, as primeiras trocas comerciais, e consequentemente, a divisão da sociedade em classes, a exemplo das sociedades escravistas e feudal (Ibidem, 2006).

Contudo, para uma compreensão mais consistente da relação entre o processo histórico de transformações das forças produtivas e o desenvolvimento tecnológico, cabe observar atentamente, e dentro de um salto cronológico necessário, as condições estruturais de estabelecimento do modo de produção capitalista. Com o início da decadência do regime feudal no século XIV, marcado pelo esgotamento dos recursos de sua base econômica (o cultivo da terra, a exploração de metais e a pecuária), foram potenciadas as experiências de trocas comerciais e a consolidação de uma economia de base mercantil (Ibidem, 2006).

Concomitante a isso, a instauração do Estado absolutista moderno adicionou novos elementos à correlação de forças entre as classes instituídas. A constituição de um Estado absolutista atuou como instrumento repressivo em favor dos interesses da nobreza fundiária. Entretanto, devido à concentração do poder político, diminuiu-se drasticamente o poder dos senhores feudais, e consequentemente, estabeleceu-se um forte grupo social, os comerciantes, que passou a financiar o Estado e garantir significativa influência nas decisões políticas e econômicas (Ibidem, 2006).

Nesse cenário de consolidação do desenvolvimento comercial os interesses divergentes se confrontavam entre o Estado e a burguesia nascente, resultando numa ruptura. Fato que

insurgiu em uma revolução burguesa, diga-se de passagem, onde as forças produtivas já não podiam mais se desenvolver na estrutura arcaica da monarquia, exigindo sua substituição. Este cenário constituiu-se como o marco da passagem para um novo regime econômico e social, onde a burguesia firmou-se como classe entre os séculos XVI a XVIII, e legitimou-se como classe dominante no século XIX (Ibidem, 2006).

Criadas as condições necessárias para o desenvolvimento produtivo, a burguesia iniciou um longo e expansivo processo de revolução no modo de reprodução das relações sociais. A produção mercantil, que supõe a divisão social do trabalho e a propriedade privada dos meios de produção, despontou com as trocas comerciais que ultrapassaram continentes (Ibidem, 2006).

Com o advento da manufatura, a divisão do trabalho alcançou um elevado grau de amadurecimento, processo este que intensificou a produção de mercadorias, principalmente com o uso de máquinas e ferramentas simples. Embora as máquinas estivessem presentes, elas ainda necessitavam ser operadas manualmente por trabalhadores qualificados. Contudo, as atividades se tornaram padronizadas, principalmente na montagem por etapas, de acordo com as habilidades e especializações dos trabalhadores, fazendo com que este não fosse mais responsável por todo o processo de produção. Nas palavras de Marx (2013, p. 544):

A divisão manufatureira do trabalho cria, por meio da análise da atividade artesanal, da especificação dos instrumentos de trabalho, da formação dos trabalhadores parciais, de seu agrupamento e combinação num mecanismo total, a articulação qualitativa e a proporcionalidade quantitativa dos processos sociais de produção – portanto, uma determinada organização do trabalho social, desenvolvendo, assim, ao mesmo tempo, uma nova força produtiva social do trabalho.

Para Netto e Braz (2006) o período manufatureiro iniciou um processo de desobstrução da via de acesso para que o capital comandasse inteiramente o ordenamento da produção industrial que estava sendo gestada. As trocas de mercadoria de forma simples foram substituídas pela produção mercantil capitalista, onde a propriedade dos meios de produção e os produtos do trabalho não mais estavam nas mãos do trabalhador, e sim do dono dos meios de produção.

As principais classes instituídas nesse contexto foram formadas, respectivamente, por aqueles que possuíam os meios de produção (capitalistas burgueses) e aqueles que apenas possuíam sua força de trabalho para vender (produtor direto ou trabalhador). Essa relação se estabeleceu por meio do assalariamento, ou seja, pela compra e a venda da força de trabalho em troca de um salário. Neste processo, a força de trabalho e o período de tempo vendido não

mais pertenciam ao trabalhador, e sim ao seu comprador, podendo este usar da forma que lhe fosse útil (Marx, 2013).

Cabe retomar, dentro dessa relação, os conceitos de valor de uso e valor de troca. O valor de uso está embutido à sua utilidade, ao atendimento de uma necessidade específica, que somente irá se realizar no momento em que a mercadoria atingir a esfera do consumo. No entanto, para que o valor de uso seja efetivado, e o produto seja consumido, é fundamental que antes este se realize enquanto valor de troca, ou seja, que a mercadoria seja trocada na esfera da circulação (mercado). Assim, o valor de troca de uma mercadoria está intimamente ligado ao tempo médio socialmente necessário para que esta seja produzida (Ibidem, 2013).

O tempo de trabalho socialmente necessário é o período de tempo requerido para a produção de um valor de uso qualquer, tendo como base condições de produção normais, e utilizando-se das habilidades e da intensidade da força de trabalho em uma jornada qualquer. No entanto, ao utilizar-se da força de trabalho como mercadoria, o capitalista a contrata sabendo que esta produz não apenas o trabalho necessário à sua reprodução, pois esta produz também o trabalho excedente, responsável por criar mais valor do que o empregado na sua reprodução. Todavia, a fim de obter maior acumulação do capital, o capitalista tende a diminuir o tempo de trabalho necessário, aumentando, assim, o tempo de trabalho excedente e, conseqüentemente, aumentando a produção de mais-valia (Netto; Braz, 2006).

A mercadoria específica, força de trabalho, produz tanto valor de uso quanto valor de troca, mas ela própria, na condição de mercadoria, também possui valor de uso e valor de troca (Marx, 2013). Desse modo, o valor da mercadoria força de trabalho possui duas grandezas. A primeira é aquela indispensável para manter o trabalhador vivo, que se desenvolve numa parte específica da jornada de trabalho, denominada tempo de trabalho necessário, de onde é extraído o seu salário. A outra parte da jornada de trabalho é denominada tempo de trabalho excedente, na qual o trabalhador produz mais valor do que o próprio valor de sua reprodução, ou seja, a mais-valia. A valorização no processo de produção ocorre na jornada de trabalho excedente, pois é na criação do valor de troca que ocorre o processo de criação de valor (Netto; Braz, 2006).

É indispensável recuperar também a distinção marxiana de trabalho concreto e trabalho abstrato. Todo trabalho humano é por um lado o dispêndio de força humana, seja ela física ou intelectual, sob forma especial, específica, direcionada a um determinado fim, guiada teleologicamente, e que por isso assume a qualidade de trabalho útil concreto, que produz valores de uso. Contudo, sabe-se que na sociedade produtora de mercadorias, cuja finalidade

do processo produtivo é a criação de valores de troca, o valor de uso das coisas é reduzido e subsumido à sua dimensão abstrata (Ibidem, 2006).

Na medida em que todo trabalho é, de um lado, o dispêndio de energia humana física e mental, realiza-se, por outro lado, a eliminação das propriedades individuais de diferentes formas de trabalho, resumindo-a enquanto trabalho humano igual ou geral. Assim, em sua forma abstrata, este deixa de lado o seu caráter de produção de coisas úteis, ou seja, de valores de uso, e reduz-se a uma homogeneização de diferentes formas de trabalho, produtora de valores de troca (Marx, 2013).

O processo de formação de mais-valia é resultado de um excedente quantitativo de trabalho, ou seja, a valorização do capital ocorre no tempo de trabalho excedente. A força de trabalho empenhada no processo produtivo acrescenta mais valor ao objeto de trabalho por meio da adição de uma quantidade determinada de trabalho. Dessa forma, a força de trabalho, ao mesmo tempo em que transfere valor dos meios de produção para o objeto de trabalho, cria novo valor. É por meio do caráter qualitativo do trabalho que os valores incorporados nos meios de produção são transferidos para o objeto e conservados no produto de sua criação (Ibidem, 2013).

Dito isto, a parte do capital investido que se converte em meios de produção e não altera sua grandeza de valor no processo de produção é denominada capital constante (trabalho morto). Este é condição necessária na produção de mais valia, porém não é condição suficiente. A outra parte que o capital investe em força de trabalho é denominada de capital variável, e é esse componente o principal responsável na geração da mais-valia, visto que a força de trabalho (trabalho vivo) cria mais valor do que o seu próprio valor (Ibidem, 2013).

Logo, é necessário destacar que o processo onde ocorre a valorização do capital é composto tanto pelo capital constante, quanto pelo capital variável. Segundo Netto e Braz (2006), o capitalismo não explora trabalho morto, ou seja, os meios de produção são incapazes de gerar sozinho o lucro obtido no processo de produção de mercadorias, a exploração ocorre justamente em sua parte variável, representada pela força de trabalho vivo.

O modelo de desenvolvimento econômico que perdurou a partir da segunda metade do século XVIII e que se estendeu até a primeira metade do século XIX, configura-se como a fase concorrencial do capitalismo. Esta se referiu a um conjunto de mudanças políticas, deflagradas pela Revolução Burguesa, e de mudanças técnicas na produção, quando se irrompeu a primeira Revolução Industrial na Inglaterra. Nesta fase ocorreu a consolidação do modo de produção capitalista nos países da Europa Ocidental tendo como base econômica a grande indústria. Este

momento fora marcado pelo acelerado processo de urbanização e pela criação de um mercado mundial, liderado pela hegemonia econômica da Inglaterra, onde pequenos e médios capitalistas disputavam em “livre iniciativa” (Ibidem, 2006).

A primeira Revolução Industrial introduz o uso de máquinas movidas por energia não humana ao processo produtivo. Essa revolução estendeu-se a diferentes tipos de indústrias, universalizando principalmente o uso de máquinas a vapor. A transformação das ferramentas, antes operadas manualmente por trabalhadores, em instrumentos instalados em uma máquina reduziu o trabalhador a uma simples fonte de energia, e com a constante expansão da produção, a força de trabalho humana fora cada vez mais sendo substituída pela força motriz mecânica. Ou como nas palavras de Marx (2013):

Em muitas ferramentas manuais, a diferença entre o homem como mera força motriz e como trabalhador ou operador propriamente dito manifesta uma existência corpórea à parte. Na roda de fiar, por exemplo, o pé atua apenas como força motriz, enquanto a mão, que trabalha no fuso, puxa e torce, executando a operação de fiar propriamente dita. É exatamente dessa última parte do instrumento artesanal que a Revolução Industrial se apropria em primeiro lugar, deixando para o homem, além do novo trabalho de vigiar a máquina com os olhos e corrigir os erros dela com as mãos, o papel puramente mecânico de força motriz (Marx, 2013, p. 552).

Embora um determinado grupo de indivíduos executassem simultânea e conjuntamente o mesmo tipo de tarefa, o trabalho individual, como parte do trabalho total, representou, na fase industrial, diferentes momentos do processo produtivo. É característico da grande indústria a constituição do que Marx (2013) denominou de trabalhador coletivo, cuja designação envolve um conjunto de indivíduos organizados sistematicamente em torno do processo produtivo. Não se trata mais de um operário singular, e sim de um conjunto de trabalhadores convertidos em capacidade socialmente combinada, o agente real do processo de trabalho em seu conjunto. Onde seu produto:

Transforma-se num produto social, no produto comum de um trabalhador coletivo, isto é, de um pessoal combinado de trabalho, cujos membros se encontram a uma distância maior ou menor do manuseio do objeto de trabalho. Desse modo, a ampliação do caráter cooperativo do próprio processo de trabalho é necessariamente acompanhada da ampliação do conceito de trabalho produtivo e de seu portador, o trabalhador produtivo. Para trabalhar produtivamente, já não é mais necessário fazê-lo com suas próprias mãos; basta, agora, ser um órgão do trabalhador coletivo, executar qualquer uma de suas subfunções (Marx, 2013, p. 705-706).

Porém, essa capacidade de trabalho socialmente combinada, se complexifica na medida em que se desenvolve o sistema produtor de mercadorias. Quanto mais este se amplia, mais se

expandem as fronteiras do trabalhador coletivo. Já não são apenas os trabalhadores manuais diretos que compreendem esse conjunto, engloba-se junto a estes trabalhadores intelectuais, como engenheiros, pesquisadores, projetistas, etc. O trabalhador coletivo deixa de se situar apenas nos limites físicos da grande indústria, e passam a estar inseridos em diferentes espaços sócio-ocupacionais, como laboratórios, gabinetes, escritórios administrativos, dentre outros. (Netto; Braz, 2006).

Essa expansão do trabalhador coletivo coloca em questão a natureza produtiva (ou não) do trabalho. Abre-se aqui um parêntese à explicação das categorias de trabalho produtivo e trabalho improdutivo. Dada a expansão capitalista, o conceito de trabalhador produtivo se estreita, pois não basta que esse produza de uma forma geral, este deve produzir mais-valor através da produção de mercadorias, deve servir à autovalorização do capital. No entanto, Marx (2013) nos adverte que a produção de valor nesse sistema, alcançado alto grau de desenvolvimento, transcende largamente a produção material, podendo ser cada vez mais indireta, por meio de atividades que não estão imediatamente ligadas à transformação em mercadorias.

O trabalho improdutivo, nessa lógica, é entendido como um tipo de trabalho que permite a um capitalista apropriar-se de parte do valor criado na esfera da produção material, que, porém, não acrescenta em nada a massa global de mais-valia. Contudo, em relação a essa dimensão, o próprio autor chega a considerá-la uma concepção fetichista da materialidade do trabalho, visto que o sistema apenas considera produtivo o resultado concreto fruto do processo produtivo, ocultando as demais atividades que participam indiretamente do processo de criação de valor (Ibidem, 2013).

Marx (2013) pondera ainda acerca do processo de valorização do capital, onde a reprodução engendra-se tão somente como um meio de reproduzir como capital o valor que se valoriza. O processo de reprodução simples do capital configurou-se como a repetição periódica do processo de produção e circulação de mercadorias, na qual a mais-valia gerada não era investida em meios de produção. É somente no processo de reprodução ampliada do capital, que parte da mais-valia obtida na produção será convertida em capital. É esta conversão de mais-valia acumulada no processo produtivo convertida em capital que caracteriza a sua forma ampliada.

A reprodução ampliada do capital ocorreu fundamentalmente a partir da consolidação dos processos de produção inaugurados pela Revolução Industrial. É somente quando o trabalho fica totalmente subsumido formal e realmente ao comando do capital, isto é, quando além da

separação dos trabalhadores dos meios de produção e da perda de sua capacidade de controle sobre o processo de trabalho, este também tem de submeter-se a determinação e ao comando do incremento da maquinaria. Já não é mais o trabalhador quem dita o tempo de realização do seu trabalho, e sim as máquinas, tornando-os alheios aos produtos de sua própria criação (Netto; Braz, 2006).

O aumento da produtividade do trabalho não implicou na ampliação do número de empregos ou melhoria das condições de vida dos trabalhadores. Pelo contrário, este processo gerou intensas desigualdades sociais, alargando o contingente de trabalhadores pauperizados e formando uma população trabalhadora excedente, também chamada de exército industrial de reserva. Além disso, o acelerado processo de urbanização e o aumento dessas desigualdades reverberaram em diversos conflitos entre os trabalhadores. Como resultado, emergiram intensas mobilizações operárias em meio a condições precárias no interior das fábricas, caracterizadas pela baixa salarial, longas jornadas de trabalho e nenhuma regulamentação trabalhista (Antunes, 2009).

Netto e Braz (2006) salientam que as lutas de classe ilustraram as inúmeras discordâncias entre os interesses dos detentores dos meios de produção, voltados à maximização dos lucros, e os trabalhadores, que requeriam melhoria nas condições de trabalho e uma distribuição mais equitativa da riqueza gerada por sua atividade. Outros agravantes nesse cenário, como ressalta Antunes (2009), foram as sucessivas crises econômicas e de redimensionamento organizacional do trabalho. Estas se mostraram profundamente instáveis, circunscritas por períodos de expansão, estagnação, depressões, falências e recuperação do ciclo produtivo do capital.

Observa-se, ao longo dos séculos, um salto qualitativo nos processos de trabalho e de produção do valor. Isso ocorre a partir da diversificação e aprimoramento dos instrumentos e meios de trabalho, reverberando em um processo de controle real do capital sobre as forças produtivas e, conseqüentemente, sobre a força de trabalho (Antunes, 2018). Em sua essência, o objetivo determinante do processo de criação de riqueza no capitalismo é produção de mais valia, não em sua forma absoluta, mas em sua forma relativa.

A soma do trabalho socialmente necessário e do trabalho excedente, em outras palavras, o período em que o trabalhador produz o valor de reposição de sua força de trabalho e a mais-valia, conformam a grandeza absoluta de seu tempo de trabalho, ou seja, a jornada de trabalho. Contudo, para o capitalista, o essencial seria a redução do tempo necessário à reprodução dos meios de subsistência do trabalhador, e o alongamento do tempo de trabalhado onde é gerado

o excedente apropriado por este, alterando todo o processo de trabalho. A esta redução e mudança na proporção da jornada de trabalho dá-se o nome de mais valia relativa (Marx, 2013).

Com isso, para produzir mais e em menos tempo, ocorre a ampliação de sua força produtiva, marcada pela alteração significativa dos meios de trabalho atrelada ao incremento de inovações tecnológicas. Nessa perspectiva, o conceito de mais-valia relativa nos oferece um importante ponto de partida à compreensão e análise da relação entre trabalho e desenvolvimento tecnológico, tendo em vista que “é somente sob o regime capitalista que encontramos uma força sistemática e poderosa impulsionando o dinamismo tecnológico e organizacional, com efeitos duradouros e acumulativos. [...] Ela é moldada pela busca perpétua, sob o capitalismo, por mais valor relativo” (Harvey, 2018, p.111-112).

A revolução tecnológica atrelada ao desenvolvimento produtivo capitalista tem a sua máxima alcançada com a explosão das chamadas revoluções industriais, conformando um período de grandes transformações nas relações de produção a partir da segunda metade do século XVIII. Entende-se que “a burguesia não pode existir sem revolucionar incessantemente os instrumentos de produção, por conseguinte, as relações de produção, e com isso, todas as relações sociais” (Marx; Engels, 2010, p. 43). Portanto, é a partir desse processo que o trabalho se subordina formal e realmente ao comando do capital.

1.3 Revolução tecnológica como expansão global do capital e os desdobramentos ao mundo do trabalho

A consolidação da burguesia enquanto classe dominante fora componente fundamental à manutenção das relações sociais assentadas na propriedade privada e na acumulação de capital. Na segunda metade do século XIX, além das mudanças de cunho sociopolítico, houve também diversos avanços técnico-científicos e econômicos significativos. A exemplo, encontrava-se em pleno desenvolvimento as inovações tecnológicas fortemente estimuladas pela indústria (Netto; Braz, 2006).

O contexto na qual ocorre a Segunda Revolução Industrial, datada do último quartel do século XIX, marcou um período de intensas transformações no cenário econômico e político mundial. Experimentaram-se significativas transformações no ordenamento e na dinâmica capitalista, com incidências na estrutura social e nas relações de produção e reprodução da sociedade.

Apesar da continuidade dos avanços obtidos no estágio industrial anterior, esta fase destacou-se pela invenção da eletricidade, do motor a combustão, da descoberta do petróleo, de produtos químicos, pelo incremento do aço na produção, bem como pela difusão do telégrafo e da telefonia. O progresso do conhecimento técnico e científico e a expansão dos meios de comunicação foram estimuladas pelas mudanças nos padrões de produção que se expandiram por diversos setores, como a indústria siderúrgica, química, elétrica e automobilística (Antunes, 2018).

No plano econômico, engendram-se dois processos fundamentais à compreensão desta fase do capitalismo: o surgimento dos monopólios industriais e o redimensionamento do papel dos bancos. Os monopólios industriais emergem imediatamente após a crise de 1873, caracterizados pelas tendências de concentração e centralização de capital, articulando formas específicas de controle econômico (*pool*, *cartel*, *truste*, etc.) ao aumento da competitividade entre pequenos e médios capitalistas (Netto, 2007). Conforme afirma Netto (2007):

Esbatendo-se no mercado mundial – no qual a monopolização rearranja inteiramente a divisão internacional capitalista do trabalho, dando curso a renovadas políticas neocolonialistas -, o capitalismo monopolista conduz ao ápice a contradição elementar entre a socialização da produção e a apropriação privada: internacionalizada a produção, grupos de monopólios controlam-na por cima de povos e Estados. E no âmbito emoldurado pelo monopólio, a dialética forças produtivas/relações de produção é tencionada adicionalmente pelos condicionantes específicos que a organização monopólica impõe especialmente ao desenvolvimento e à inovação tecnológica (Netto, 2007, p. 23-24)

Simultaneamente, ocorreram importantes mudanças no papel dos bancos e nos sistemas de créditos financeiros. Estes passaram a controlar gigantescas massas monetárias e capitais inativos de pessoas e empresas. Se, anteriormente funcionavam apenas como intermediários de pagamentos, mais tarde assumiram o protagonismo no financiamento creditício, disponibilizando empréstimos e investimentos bancários a empresas, dando início ao processo de centralização de capital (Netto; Braz, 2006).

Entrelaçados, o desenvolvimento da monopolização pela fusão do capital industrial e o capital financeiro, bem como o surgimento de oligarquias financeiras nacionais e internacionais, conformaram uma nova fase da acumulação capitalista: o seu estágio imperialista, que se gesta nas últimas décadas do século XIX e percorre todo o século XX, se mantendo em plena vigência ainda no início do século XXI. O estágio imperialista do capitalismo pode ser compreendido em três fases: a fase “clássica”, que vai do período de 1890 a 1940; os “anos dourados” que se inicia com o fim da Segunda Guerra Mundial até princípios

da década de 1970; e a fase contemporânea, que vai de meados dos anos setenta aos dias atuais (Ibidem, 2006).

Diversas transformações se sucederam ao longo do século XX, dentre elas a preponderância de conflitos e crises de magnitude global, a exemplo da Primeira e Segunda Guerra Mundial, da Grande Depressão de 1929 e da Guerra Fria. Apesar do contexto de instabilidade política e econômica, esse período também significou uma progressiva revolução das forças produtivas e expansão capitalista a níveis internacionais, com destaque para a expansão colonial na busca por mercados, matérias-primas e domínio territorial, ocorrido principalmente em parte dos territórios da África, Ásia e América Latina (Ibidem, 2006).

Uma vez exercido o controle sob os mercados internos, o capital imperialista empreendeu a necessidade de alcançar um mercado consumidor externo, realizando o que Netto e Braz (2006) denominaram de “partilha econômica do mundo”, dividindo entre si diversas regiões e subordinando-as aos seus interesses. E quando não mais podiam adentrar territórios para colonizá-los e dominá-los, iniciaram progressivas disputas e conflitos, das quais a eclosão da Primeira Guerra Mundial (1914-1918) e Segunda Guerra Mundial (1939-1945) são sua visível expressão.

Harvey (2008) argumenta que se instituiu, como parte integrante do funcionamento do sistema capitalista imperialista mundializado, uma nova divisão internacional do trabalho. Esta não se restringiu apenas a atividades produtivas em unidades fabris concentradas a uma única região, e sim a uma crescente especialização e hierarquização de espaços nacionais em determinados tipos de produção, sob o comando do capital internacional.

Trata-se, segundo Netto (2007) de um desenvolvimento desigual e combinado. Desigual em função das razões histórico-sociais em que se gestou a dinâmica capitalista mundial. Combinado, pois, houve intensa pressão dos países mais desenvolvidos sobre os menos desenvolvidos, onde nestes últimos ocorreram a assimilação de componentes modernos entrelaçados a relações arcaicas, de expropriação e subalternidade.

Um outro ponto fundamental à compreensão da lógica de desenvolvimento capitalista é o papel assumido pelo Estado burguês. Sua funcionalidade, na dinâmica de produção capitalista, caracterizou-se pela ampliação e manutenção do antagonismo entre os interesses das classes fundamentais. É justamente essa dinâmica que funda o Estado moderno no período de acumulação primitiva do capital, onde este, por meio da violência e da coerção, desempenhou papel crucial na consolidação desse sistema produtivo. Enquanto um conjunto de instituições e aparelhos, o Estado burguês manteve certa neutralidade em relação à luta de

classes, principalmente ao utilizar-se de determinadas estruturas de conformação, como o caso das políticas sociais (Ibidem, 2007).

Essa afirmação pode ser exemplificada pela refuncionalização estatal voltada à contensão dos efeitos da crise econômica capitalista de 1929. Nesse contexto, fez-se imperativo o realinhamento das condições gerais de reprodução do capital em seus diferentes níveis, onde a ação interventora tornou evidente o caráter mediador e protetor exercido pelo Estado, principalmente em relação à manutenção dos interesses da classe dominante e na proteção da propriedade privada (Netto; Braz, 2006).

Nessa lógica, a contradição principal na dinâmica de funcionamento do Estado no capitalismo ocorre à medida em que este serve amplamente ao atendimento dos interesses da classe dominante, no entanto, essa mesma dinâmica requer a incorporação de parte significativa das reivindicações da classe trabalhadora para seu pleno funcionamento, dado a ampla organização e combatividade da classe operária nesse período² (Netto, 2007).

O Estado burguês atuou em função de dois grandes períodos, em que pode ser observado a ampla expansão capitalista de hegemonia produtiva-comercial, atrelada a períodos de crise e grave recessão econômica. Harvey (2008), ao tratar desses períodos em seus estudos, desenvolveu o conceito de Regime de Acumulação, conceituando-o como um “conjunto total de relações e arranjos que contribuem na estabilização do crescimento produtivo e da distribuição agregada de renda e de consumo num período histórico e num lugar particulares” (Harvey, 2008, p.118).

O autor caracterizou a fase monopolista do capitalismo em dois Regimes de Acumulação: o Regime de Acumulação Fordista/Keynesiano, que compreende o período do segundo pós-guerra (1945) até a nova crise capitalista (1973-1974); e o Regime de Acumulação Flexível (Toyotismo) que se inicia a partir da crise capitalista (1973-1974) até os dias atuais. Considerando, neste período, a transição da hegemonia mundial Inglesa para a hegemonia imperialista Norte Americana.

A intervenção estatal se deu em dois níveis. O primeiro consistiu no investimento e estímulo direto da produção, na qual o Estado operou como empresário capitalista em setores

²Evidencia-se nessa época intensa organização dos partidos políticos representantes das demandas dos trabalhadores industriais. Há que se mencionar ainda a Revolução Russa de 1917, e a ameaça de tomada de poder do Estado pelos trabalhadores, adensando as reivindicações requeridas desde a última década do século XIX e atemorizando a burguesia do Ocidente com a ameaça do contágio da experiência socialista ao restante do globo. Assim, tem-se a neutralização e isolamento dessas experiências, principalmente com a instauração de regimes políticos ditatoriais, como o fascismo, o nazismo, etc.

econômicos fundamentais. O segundo consistiu na desoneração do capital de parte de suas despesas no tocante a reprodução da força de trabalho, por meio de programas sociais gerenciados pelo Estado. No contexto de acumulação Fordista/Keynesiano, o modelo de Estado de Bem-Estar Social³ a serviço dos monopólios legitimou-se pelo “reconhecimento” dos direitos sociais, atrelados aos direitos civis e políticos, que constituíram a cidadania moderna. Engendrando-se, assim, as primeiras formulações de políticas sociais (Netto, 2007).

É precisamente nesse cenário que a economia imperialista registrou importantes transformações na organização da produção e do trabalho industrial. Para Netto e Braz (2006), nesta etapa do capitalismo, o progresso técnico-científico foi o responsável por redimensionar os processos de organização do trabalho, corporificando a ele inovações tecnológicas na base técnica da produção, a partir da automação eletromecânica das fábricas, aprofundando a subsunção real do trabalho ao capital.

Amparados pelo binômio fordista-taylorista, enquanto modelo de produção homogeneizada e verticalizada, e seu processo altamente mecanizado e compartimentado, desenvolveu-se uma produção em massa aliada a práticas de controle e gerenciamento do trabalho, a separação entre concepção e execução do trabalho por meio da divisão de tarefas e o detalhamento das atividades em cada fase do processo produtivo. Houve ainda uma progressiva inserção de grandes maquinários no universo fabril, esteiras móveis e fontes de energia como o carvão mineral e o petróleo, maximizando a produtividade e a capacidade de fabricação em curtos espaços de tempo (Antunes, 2010).

No entanto, a extensão universal do modelo fordista aos demais países capitalistas centrais e/ou em processo de industrialização, engendrou um estilo de vida consumista (*american way of life*), dotado de incentivo midiático no estabelecimento de um padrão de vida a ser seguido. Esse processo desencadeou uma nova crise econômica provocada pelo aumento de crédito e, conseqüentemente, endividamento dos consumidores, dado o forte incentivo do capital financeiro no enfrentamento a tendência de subconsumo. Houve aumento da taxa de inflação, o que resultou na elevação do preço das mercadorias e na penalização dos trabalhadores (Behring, 2008).

Além disso, houve o crescimento de um novo setor produtivo, o setor de serviços, que incluiu diversas atividades, tornando-se progressivamente o setor com a maior taxa de ocupação de trabalhadores. Neste âmbito, expressou-se uma típica tendência do capitalismo imperialista:

³Sob a inspiração teórica do inglês John Maynard Keynes (1883-1946), por isso o termo Keynesianismo.

a mercantilização de diversas atividades humanas à lógica do capital. Com isso, serviços ligados à saúde, educação, lazer, cuidados pessoais, tomaram o caráter de mercadoria, tornando-se suscetíveis à comercialização/troca (Netto; Braz, 2006).

O capitalismo imperialista ingressou na década de 1960 com expressivo crescimento econômico e taxas de lucro elevadas, apesar das muitas contradições e questionamentos evidenciados nessa fase. Apesar dos altos índices de desigualdades sociais, prometia-se certo amparo aos trabalhadores por meio da proteção social assegurada pelo intervencionismo estatal. Já nos países de capitalismo periférico, a via do desenvolvimento econômico era enxergada no horizonte dos projetos industrializantes empenhados na superação do “atraso” econômico-social (Netto, 2007).

O cenário de longa onda expansiva esgotou-se, dando espaço a um quadro de grave recessão econômica generalizada, que pôs fim a ilusão do modelo “capitalista democrático”. Este se deu a um reduzido crescimento econômico e fortes mobilizações anticapitalistas dos trabalhadores, entre os anos de 1971 e 1973, acirradas pelo colapso do ordenamento financeiro mundial, com o rompimento do acordo de Bretton Woods, e com a crise do petróleo, provocada pela alta dos preços dos barris (Mandel, 1985).

Em resposta à crise, o capital implementou um processo de reordenamento produtivo em escala global, sintetizado pela tríade reestruturação produtiva/financeirização⁴/neoliberalismo⁵. Primeiramente, ocorreu o ataque à organização política e sindical dos trabalhadores e a culpabilização do Estado no aumento dos gastos públicos destinados às políticas sociais, realizando para isso contrarreformas em diversos setores. Seguidas de alterações nos circuitos produtivos e do esgotamento do padrão dominante, com a substituição da rigidez fordista pela acumulação flexível, bem como pelo fortalecimento do capital financeiro a partir da especulação rentista. Entrelaçado a isto, o neoliberalismo se consolidou como um sistema normativo de cunho político, ideológico e econômico, que estendeu sua lógica à todas as relações sociais (Dardot; Laval, 2016).

⁴A financeirização do capital é representada por uma mudança no sistema econômico mundial, onde o setor financeiro assume um papel dominante, influenciando não apenas a economia, mas também a política e a sociedade como um todo. O objetivo principal do mercado financeiro é a geração de lucros por meio de transações como investimentos, empréstimos e especulação financeira. Dessa forma, cria uma série de consequências negativas, que incluem a instabilidade econômica, a desigualdade social e a precarização das condições de trabalho.

⁵O neoliberalismo, antes de ser considerado uma ideologia ou uma política econômica, é fundamentalmente uma racionalidade. Esta racionalidade é considerada a nova razão do capitalismo contemporâneo, que pode ser definida como o conjunto de discursos, práticas e dispositivos que determinam um novo modo de governo dos homens segundo o princípio universal da concorrência (Casara, 2021).

Harvey (2008) denominou o movimento de expressivas mudanças no sistema econômico capitalista mundial nos anos de 1970 como “acumulação flexível do capital”. Essa fase se desenvolveu por meio das grandes transformações tecnológicas e novos modelos de produção e gestão do trabalho, a partir da flexibilidade dos processos, dos mercados e dos padrões de consumo, caracterizando-se pela emergência de novos setores produtivos e de fornecimento de serviços financeiros, tecnológicos e organizacionais. Seus traços constitutivos básicos podem ser assim resumidos:

Ao contrário do fordismo, a produção sob o toyotismo é voltada e conduzida diretamente pela demanda. A produção é variada, diversificada e pronta para suprir o consumo. É este quem determina o que será produzido, e não o contrário, como se percebe na produção em série e de massa do fordismo. [...] outro ponto essencial do toyotismo é que, para a efetiva flexibilização do aparato produtivo, é também imprescindível a flexibilização dos trabalhadores. Direitos flexíveis, de modo a dispor desta força de trabalho em função direta das necessidades do mercado consumidor. O toyotismo estrutura-se a partir de um número mínimo de trabalhadores, ampliando-os, através de horas extras, trabalhadores temporários ou subcontratação, dependendo das condições do mercado (Antunes, 2010, p. 32-34).

Nesse cenário, várias mudanças foram gestadas no mundo do trabalho, onde as mais expressivas foram a diminuição do operariado fabril, a expansão do trabalho assalariado, a subproletarização, o aumento do desemprego e do subemprego, a crescente incorporação e exploração do trabalho feminino e a ampliação das condições de trabalho precário, parcial, temporário e terceirizado (Antunes, 2009). A acumulação flexível, na medida em que condensou uma forma própria do capitalismo, manteve suas características fundamentais enquanto modo de produção. Essa está e sempre esteve voltada ao crescimento e acumulação de valores, apoiando-se na exploração do trabalho vivo dentro do universo produtivo.

Esse modelo produtivo gerou intensas repercussões ao mundo do trabalho, visto que impôs à classe trabalhadora novas formas de exploração da força de trabalho e de extração de valor. Estas mudanças foram evidenciadas principalmente a partir dos altos níveis de desemprego estrutural, na intensificação dos processos de automatização, flexibilização, terceirização e subcontratação da força de trabalho, por meio da especialização flexível⁶ e diversificados padrões de produtividade (Antunes, 2010).

⁶A especialização flexível expressa a forma produtiva empregada na era flexibilizada, que articula um significativo desenvolvimento tecnológico atrelado à uma descentralização produtiva, que reparte o processo de produção entre pequenas e médias empresas. Nesta, a produção em série é substituída por uma produção segmentada e regionalizada, conforme as demandas do mercado. Isto acarreta a intensificação e desqualificação da força de trabalho, ao passo em que demanda a polivalência do trabalhador no desenvolvimento de diversas funções (Antunes, 2018).

O autor aponta ainda a ocorrência de um movimento pendular na caracterização morfológica da classe trabalhadora, uma polissemia que alterou sua forma de ser. Essa nova morfologia incorporou, além do operariado industrial e rural clássicos, os novos assalariados do setor de serviços, ou seja, novos contingentes de homens e mulheres terceirizados, subcontratados e temporários, que se ampliaram à medida em que se retraiu o operariado de base taylorista-fordista.

Nesse sentido, essa noção de classe trabalhadora incorporou o proletariado precarizado, o subproletariado moderno, *part in time*, trabalhadores terceirizados e da economia informal, caracterizados pela ausência de vínculo empregatício ou registro formalizado, além dos trabalhadores desempregados excluídos do processo produtivo e do mercado de trabalho pela reestruturação produtiva do capital. Desse modo, é nítida a presença de outras modalidades de trabalho, mais desregulamentadas e burladoras da legislação trabalhista (Antunes, 2018).

Cabe destacar que o fenômeno da terceirização do trabalho assumiu cada vez mais relevo, tanto no processo de corrosão do trabalho e, conseqüentemente de seus direitos, como na ampliação de novas formas de trabalho produtivo gerador de valor (Antunes, 2018). Desse processo, surgiram novas modalidades de contratação da força de trabalho que arrastavam cada vez mais o trabalhador a vivenciar formas precarizadas e desumanas de exploração. Essas novas formas de contratação e de organização do trabalho abriram espaço ao desmonte e flexibilização da legislação protetora do trabalho. Disso derivou um aumento significativo nos mecanismos e instrumentos de extração de sobretrabalho.

Na contemporaneidade, a *classe-que-vive-do-trabalho*, abarca a totalidade dos trabalhadores que vendem sua força de trabalho. Este contingente não se restringe apenas ao trabalhador produtivo direto, mas incorpora também a totalidade do trabalho social, do trabalho coletivo assalariado. Não se trata apenas daquele trabalhador que produz diretamente a mais-valia, onde o núcleo principal concentra o proletariado industrial. Este contingente é alargado, abrangendo os chamados trabalhadores improdutivos. Ou seja, “aqueles cujas formas de trabalho são utilizadas como serviço, seja para uso público ou para o capitalista, e que não se constituem como elemento diretamente produtivo, como elemento vivo do processo de valorização do capital e de criação de mais-valia” (Antunes, 2009, p. 102).

A instabilidade e a insegurança apresentam-se como traços constitutivos dessas novas modalidades de trabalho. Isso porque ao mesmo tempo em que foram ampliadas as formas de inserção desses trabalhadores no mercado de trabalho, especialmente por meio do setor de serviços, houve, paralelamente, uma significativa retração do operariado industrial e dos postos

de trabalho, dado a orientação flexibilizadora imposta por essa nova lógica. No interior da classe trabalhadora, ao mesmo tempo em que se observou uma redução quantitativa do operariado industrial do chão de fábrica, houve também uma alteração qualitativa na forma de ser do trabalho, que ora impulsionava para uma qualificação da força de trabalho, ora empurrava para sua desqualificação (Antunes, 2010).

Inúmeros teóricos anunciavam o fim do trabalho e a perda de sua centralidade no interior do processo produtivo, entretanto, sabe-se que estas teses esbarravam em limitações fundamentais presentes no modo de produção capitalista (Antunes, 2009). Marx (2013) aponta um argumento claro e contundente quanto aos limites de substituição do trabalho vivo pelo incremento tecnológico no modo de produção capitalista. Este afirma que, enquanto perdurar a dinâmica de reprodução do sistema capitalista, não poderá se concretizar a efetiva eliminação do trabalho vivo como fonte criadora de valor.

Concomitante a esse processo, a desqualificação e a desespecialização da força de trabalho foram intensificadas em diferentes ramos. Antunes (2010) destaca que:

Evidencia-se, portanto, que ao mesmo tempo em que se visualiza uma tendência para a qualificação do trabalho, desenvolve-se também intensamente um nítido processo de desqualificação dos trabalhadores, que acaba configurando um processo contraditório que superqualifica em vários ramos produtivos e desqualifica em outros [...] há, isto sim, uma processualidade contraditória e multiforme. Complexificou-se, fragmentou-se e heterogeneizou-se ainda mais a *classe-que-vive-do-trabalho*. Pode-se constatar, portanto, de um lado, um efetivo processo de intelectualização do trabalho manual. De outro, e em sentido radicalmente inverso, uma desqualificação e mesmo subproletarização intensificadas, presentes no trabalho precário, informal, temporário, parcial, subcontratado, etc. (Antunes, 2010, p. 58-59).

Para o autor, a nova morfologia da classe trabalhadora faz emergir um novo tipo de proletariado, os chamados “infoproletários” (Antunes, 2009). Estes surgem no contexto da era informacional do capitalismo, onde há uma retração do operariado industrial de base fordista-taylorista e uma ampliação, segundo a lógica da flexibilidade Toyotista, de novas modalidades precarizadas de trabalho. Como exemplo, o autor cita a emergência das trabalhadoras de telemarketing, *call's centers*, trabalhadores de aplicativos ou também chamados de “uberizados”, digitalizadores e trabalhadores bancários, os assalariados de *fast-food*, trabalhadores de hipermercados, etc.

A redução do proletariado industrial, através da substituição das atividades tradicionais por ferramentas automatizadas e robotizadas sob o comando informacional-digital, reverberou

fortemente sobre a força de trabalho vivo, empurrando-a para atividades cada vez mais precarizadas. O desenvolvimento das forças produtivas, impulsionado pelo avanço tecnológico, demandou a substituição em escala crescente do capital variável pelo capital constante. Dessa forma, a exploração da força de trabalho vivo é intensificada, mediante a padronização e rotinização do trabalho, na exigência da polivalência do trabalhador e no estabelecimento de metas de produtividade (Antunes, 2018).

Nessa conjuntura, evidenciam-se processos em que velhas e novas formas de trabalho coexistem, de forma combinada e desigual, onde, ao mesmo tempo, se redefinem e se metamorfoseiam. Trata-se da precarização do trabalho como elemento central da nova dinâmica de desenvolvimento capitalista, que desencadeia um processo social de modificação das condições do assalariamento “estável”, substituindo-o por formas de trabalho subcontratado, desprotegido e precarizado (Druck; Franco, 2011).

Com o advento recente da Indústria 4.0, processo dimensionado por sua amplitude global e pelo avanço tecnológico, houve diversas alterações nas formas de produção e nas relações de trabalho, tanto no interior do setor industrial, quanto na agricultura e, principalmente, no setor de serviços. As repercussões nas relações sociais, econômicas e de trabalho a partir do desenvolvimento tecnológico das forças produtivas apresentaram-se como um fator característico dessa nova fase da acumulação capitalista (Antunes, 2020).

A Indústria 4.0 ou também denominada quarta revolução industrial, caracteriza-se pela ampliação de inovações tecnológicas, pelo uso de inteligência artificial, dados e algoritmos. A automatização total das fábricas, especialmente pela velocidade, pelo alcance e pelos impactos na cadeia produtiva, é considerada um novo patamar do desenvolvimento do sistema de produção capitalista. Para Antunes (2018, p. 38), “a indústria 4.0 conforma uma nova fase da automação industrial, que se diferencia da terceira Revolução Industrial e do salto dado pela reestruturação produtiva que se desenvolveu a partir da década de 1970”.

Partimos da compreensão marxista de que a criação de mais valia na sociedade capitalista ocorre por meio da exploração do trabalho e subsunção das relações sociais ao seu ditame, onde a produção e o consumo tornam-se cada vez mais ampliados. Com isso, o incremento tecnológico corroborou para a intensificação do processo de exploração do trabalho humano (Harvey, 2018). Nessa lógica, cuja lei absoluta é a produção de mais-valia, estas características tendem a se acentuar na medida em que se intensificam os processos de automação e inserção tecnológica nos processos produtivos.

Entende-se, aqui, que as revoluções tecnológicas se constituíram como elemento fundamental da dinâmica de acumulação capitalista em todas as suas fases. As constantes revoluções das forças produtivas foram a condição básica do progresso capitalista, acentuando cada vez mais sua produtividade e lucros obtidos pela exploração do trabalho no comando dos meios de produção. Esse processo provocou alterações significativas na estrutura, divisão, e organização do trabalho. Logo, o desenvolvimento tecnológico contribuiu significativamente para o aumento da composição orgânica do capital, ao baratear os custos da produção e reduzir o trabalho vivo (Mandel, 1985).

Com isso, abre-se espaço para a discussão contemporânea acerca do uso das Tecnologias de Informação e Comunicação (TICs) e sua incidência no âmbito dos processos de trabalho. O uso das TICs, na medida em que participa da tendência mais geral de subsunção real do trabalho ao capital, reafirmou formas de autonomização dos instrumentos de trabalho ante o trabalhador, levando a perda da direção e do sentido dessa atividade vital que é o trabalho (Antunes, 2018).

Ao adentrarmos o século XXI, observamos o acelerado desenvolvimento das tecnologias informacionais e digitais, impulsionadas pelo uso da internet das coisas (IoT), modificando as fronteiras entre a vida privada e o trabalho, imbricando-os e correlacionando-os como processos inseparáveis (Grohmann, 2020). Nesse contexto, o trabalho passou a ser mediado pelo uso intensivo das Tecnologias da Informação e Comunicação (TICs), assumindo uma variedade de termos, dispositivos e processos, difundidos por meio de conceitos e terminologias, tais como “*gig economy*”, “*platform economy*”, “*crowdwork*”, “*sharing economy*”, “*crowdsourcing*”, “*on-demand economy*”, uberização, plataformização, trabalho digital, dentre tantos “novos” termos (Filgueiras; Antunes, 2020).

O trabalho mediado pelas TICs compreende aquelas atividades orientadas por um conjunto de dispositivos e serviços a partir do uso de computadores, softwares, sistemas, plataformas e aplicativos de internet, interligados a grandes conglomerados do ramo das tecnologias, as *Big Techs* como a Apple, a Amazon, o Google (Alphabet), a Meta e a Microsoft. Para Grohmann (2021), as implicações da inserção da tecnologia nos espaços de trabalho provocaram mudanças diretas no processo de produção e reprodução capitalista, impondo aos trabalhadores a requisição de novas habilidades e técnicas organizacionais de gerenciamento do trabalho.

Na contemporaneidade, o fenômeno da plataformização do trabalho, ou seja, a realização de atividades laborais intermediadas por plataformas digitais ou aplicativos, invadem

a esfera do trabalho e, conseqüentemente, a esfera da prestação de serviços. As TICs expressam essa nova base técnica da ofensiva capitalista sobre o mundo do trabalho, dando ênfase ao processo de subsunção real do trabalho ao capital, especialmente em países de capitalismo tardio como o Brasil. Além disso, são criadas novas modalidades de contratação da força de trabalho e de prestação de serviços, gerando rotinas operacionais controladas por sistemas que passam a comandar os processos de gestão do trabalho (Antunes, 2018).

Dentre as principais características da realização do trabalho nesse contexto estão a ausência ou fragilização dos vínculos empregatícios e contratos de trabalho, a flexibilidade do tempo e espaço, a redução da capacidade protetiva do trabalho, bem como a falta de autonomia e controle sobre o próprio processo de trabalho. Nessa lógica, percebe-se que esse processo tem impactado profundamente os diversos níveis de ocupações, desde os entregadores de aplicativos até os trabalhadores formais de instituições públicas e privadas.

A partir dessas considerações, podemos situar historicamente o Serviço Social, e conseqüentemente o trabalho de assistentes sociais, na divisão sócio-técnica do trabalho, estando este sujeito às imposições, necessidades e demandas ligadas a lógica de reprodução capitalista, cuja máxima assenta-se no crescimento exponencial de riqueza tendo como polo oposto a ampliação da pobreza e das desigualdades sociais (Iamamoto, 2010).

A chamada “questão social”, datada da terceira metade do século XIX, emerge trazendo em seu bojo as contradições postas pelo próprio sistema capitalista. Por “questão social” entende-se que “[...] não é senão as expressões do processo de formação e desenvolvimento da classe operária e do seu ingresso no cenário político da sociedade, exigindo seu reconhecimento como classe por parte do empresariado e do Estado [...]” (Iamamoto; Carvalho, 2009, p.77). Logo, trata-se do conjunto de conseqüências das lutas entre classes sociais antagônicas na sociedade capitalista de produção.

Nesse cenário, o Serviço Social surge como uma especialização do trabalho coletivo, vinculada ao Estado, e requisitada a atuar nas diversas expressões da “questão social”, na qual os/as assistentes sociais, por meio das políticas sociais, intervêm na realidade social. Inicialmente, os profissionais possuíam atividades voltadas à filantropia e à caridade, com a realização de ações organizadas pela igreja católica. Porém, com a ultrapassagem do capitalismo industrial para o monopolista, houve a necessidade de institucionalização da profissão, em articulação com os interesses do Estado (Iamamoto, 2010).

O Estado burguês assumiu a função de assegurar as condições necessárias à reprodução do capital, utilizando-se das políticas sociais enquanto estratégia de enfrentamento à pobreza.

Com isso, nota-se a ampliação dos espaços de trabalho de assistentes sociais, chamados a intervir e prestar assistência à classe trabalhadora. Entretanto, a institucionalização do Serviço Social está organicamente vinculada às demandas e reivindicações das lutas da classe trabalhadora por melhores condições de vida e de trabalho (Ibidem, 2010).

Enquanto trabalhadores assalariados, os/as assistentes sociais estão diretamente vinculados/as às demandas e contradições geradas pelo conflito entre capital e trabalho, nas quais este é chamado a intervir, trabalhando no enfrentamento às múltiplas expressões da questão social. Este, como qualquer outro trabalhador, vende sua força de trabalho ao seu empregador em troca de um salário, estando submetido aos impasses e constrangimentos igualmente vivenciados por todos os trabalhadores assalariados (Raichelis, 2017).

Os/as assistentes sociais vivenciam em seu cotidiano de trabalho um processo tensionado pela sua condição de trabalhador assalariado. Estas condições, em seus diferentes espaços de trabalho, definem limites e possibilidades de sua realização, incidindo sobre sua autonomia profissional. E ainda, esbarram nas requisições profissionais, delimitando as condições materiais, humanas e institucionais para o exercício de suas funções. Isso ocorre tanto no âmbito das instituições públicas quanto nos espaços empresariais e privados (Ibidem, 2017).

Sob a lógica capitalista contemporânea, o trabalho de assistentes sociais, assim como dos demais trabalhadores, orienta-se a partir de novas configurações. O avanço científico e tecnológico introduziu novas mediações na intervenção e no enfrentamento da “questão social”, afetando o mercado de trabalho, as políticas sociais, e de forma particular, o Serviço Social (Iamamoto, 2010).

Para Raichelis e Arregui (2021), a inserção de um conjunto novo de técnicas e instrumentos estabeleceu o alcance de metas cada vez mais amplas e o aumento significativo da produtividade do trabalho no âmbito dos espaços sócio ocupacionais. Este fato não apenas incorporou novas técnicas de organização e processamento orientadas por uma racionalidade gerencialista/produtivista, como também redimensionou o trabalho de assistentes sociais. Nesta perspectiva, as autoras convocam a reflexão acerca do incremento das TICs no trabalho de assistentes sociais, tendo em vista seu caráter contraditório e ampliado dentro da nova morfologia do trabalho e no cotidiano dos espaços sócio ocupacionais em que se materializa a intervenção profissional.

1.4 A relação entre saúde pública e o trabalho de assistentes sociais no contexto de precarização estrutural do trabalho no Brasil contemporâneo

A preocupação com a questão da saúde na sociabilidade capitalista surgiu inicialmente através de medidas empreendidas pela chamada medicina social, verificada especialmente em países da Europa, tais como a Inglaterra, a França e a Alemanha. Estas práticas tiveram sua gênese a partir da intensificação do processo de industrialização ocorrido nesses países, bem como por meio das diversas reivindicações dos trabalhadores no âmbito das fábricas, que requeriam melhores condições de trabalho e de salário. Este processo teve diversos desdobramentos a nível mundial ao longo dos séculos XVIII e XIX, porém esta reflexão manterá seu foco nos fundamentos da emergência da questão da saúde em solo brasileiro (Bravo, 2013).

No Brasil, somente no decorrer do século XX as questões relacionadas à saúde passaram a ser pauta das reivindicações operárias. Os elementos para compreender o contexto histórico do surgimento das mobilizações por amparo à saúde na cena brasileira possuem relação com as ingerências sofridas pelo acelerado processo de industrialização, capitaneado no país a partir de meados da década de 1930. Este processo, além de representar a ampliação do contingente de trabalhadores, resultou no rápido crescimento das cidades, ocasionando grandes conglomerados urbanos deficitários em condições de higiene, saúde e habitação. O que provocou o início de reivindicações da classe trabalhadora por melhores condições de vida e de trabalho, suscitando do Estado a elaboração de estratégias que abordassem a questão da saúde dentro dessas novas particularidades (Bravo; Matos, 2009).

Nesta época, o país enfrentava intensas transformações no cenário político e econômico. A crise do sistema cafeeiro no país, os reflexos da conjuntura internacional com a quebra da bolsa de valores de 1929 e a disputa pelo poder político entre as oligarquias nacionais do setor agroexportador são alguns dos elementos presentes nesse contexto. Para Bravo (2009), os antecedentes da intervenção estatal revelam que ainda nos anos de 1920, a Saúde como “questão social” esteve presente no bojo da economia cafeeira, sendo colocadas em pauta as questões de higiene e saúde do trabalhador, porém reservada a uma perspectiva higienista. As principais medidas adotadas nesta época pela União, empresas e empregados surgem com as iniciativas propostas na Reforma Carlos Chagas e pela criação das Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs), conhecida como Lei Elói Chaves, ambas em 1923.

Essas modificações ampliaram-se a partir do momento em que as questões de saúde dos trabalhadores começam a sofrer intervenções estatais, com o início da formulação das primeiras políticas sociais, fruto das reivindicações dos trabalhadores da indústria. A “questão social”, e em particular as questões de saúde, necessitavam de um enfrentamento mais sistematizado, transformando-se em questão política, com forte intervenção estatal e amparada por aparelhos institucionais. Nesse sentido, na era Vargas, as medidas iniciais de assistência médica oriundas da Primeira República, são estendidas no intuito de atender às crescentes demandas do movimento operário, com o aumento da oferta de serviços médicos aos trabalhadores urbanos, e as medidas sanitaristas para a população em geral, apesar do caráter enviesado do Estado na realização destas (Escorel; Teixeira, 2012).

Nesse quadro, a profissionalização do Serviço Social ao longo da década de 1930 a 1945 esteve atrelada a expansão da produção e das relações sociais capitalistas, impulsionadas pelo acelerado processo de industrialização e urbanização do país. O Estado ampliou suas funcionalidades no enfrentamento a questão social, engendrando o processo de qualificação e tecnificação da profissão para atuar no enfrentamento das mazelas sociais e dos conflitos do trabalho. Conforme aponta Iamamoto (2009):

O Estado e os estratos burgueses tornam-se uma das molas propulsoras dessa qualificação profissional, legitimada pelo poder. O Serviço Social deixa de ser um mecanismo da distribuição da caridade privada das classes dominantes – rompendo com a tradicional filantropia – para transformar-se em uma das engrenagens da execução das políticas públicas e de setores empresariais, seus maiores empregadores (Iamamoto, 2009, p.172).

Observa-se a forte presença da perspectiva conservadora sob o ideário franco-belga, com o aprofundamento da sistematização teórica e técnica do Serviço Social. O tratamento das mazelas sociais volta-se a ações psicologizantes e imediatas no enfrentamento dos “problemas” e “desajustamentos” sociais dos indivíduos. Um dos principais determinantes da absorção profissional de assistentes sociais na saúde foi a ampliação do conceito de saúde, a partir do enfoque dado aos aspectos biopsicossociais no trato com a “clientela”, necessitando a intervenção de uma equipe de profissionais para atuar na abordagem preventivista e higienista das questões de saúde. Desta forma, coube aos assistentes sociais consolidar uma tarefa educativa com intervenção normativa, atuando em programas prioritários estabelecidos pela política de saúde (Bravo; Matos, 2009).

Para Bravo (2013), a política de saúde formulada no período de 1930 a 1964 esteve organizada a partir de dois subsetores: o de saúde pública (predominante até meados de 1960)

e o de medicina previdenciária (que irá sobressair o de saúde pública a partir de 1966). O subsetor de saúde pública centralizou-se na criação de condições sanitárias mínimas para as populações urbanas e do campo, porém de forma muito restrita, com ênfase em campanhas sanitárias e de combate a endemias. Já o subsetor de medicina previdenciária, possibilitou estender os atendimentos e amparo à saúde para um número maior de categorias de assalariados urbanos, de forma a se “antecipar” as reivindicações destas categorias, especialmente por meio dos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs). Estes dois setores marcam a Política de Saúde até meados do início da década de 1960.

Até a década de 1960, o trabalho dos assistentes sociais na saúde esteve condicionado a ação em hospitais e ambulatórios, conformando o chamado Serviço Social Médico, em virtude da ampliação da assistência médico-hospitalar garantida pela contribuição à previdência social a que os trabalhadores assalariados estavam submetidos. A profissão não teve polêmica de relevo na ameaça ao bloco hegemônico conservador, apesar de existir alguns poucos profissionais inclinados a posições progressistas, que, porém, não tiveram predominância nem fôlego para alterar o direcionamento da profissão (Bravo; Matos, 2009).

Os autores apontam que, no decorrer da trajetória da política de saúde no país, houve ainda inflexões postas pelo contexto ditatorial no período de 1964 a 1985, com o aumento da formação de grandes empresas do complexo médico-industrial, responsáveis pelas elevadas taxas de acumulação de capital internacional na área de produção de insumos médicos e hospitalares. Estas corporações médicas atuavam em função do produtor privado, e pressionavam para que o financiamento dos serviços de saúde alargasse o espaço da privatização ligada aos interesses capitalistas. Cada vez mais, o setor de saúde assumia características privatistas, de medicalização da vida social, com a incorporação de modificações tecnológicas características do sistema capitalista que davam margem para a expansão do complexo médico-industrial, via capital internacional no país.

Este período representou para o Serviço Social o início do seu processo de reformulação global, sugerindo um amadurecimento e redimensionamento da profissão. Nessa época, estava em andamento na América Latina o Movimento de Reconceituação, sendo considerado um marco decisivo para a revisão crítica do Serviço Social, com a recusa e ruptura com o conservadorismo tradicional (Iamamoto, 2010). As discussões em recusa ao conservadorismo não surgem de forma isolada, e sim alavancadas pelos pressupostos questionadores da temática em torno do “desenvolvimento” e de suas repercussões na América Latina, proporcionadas

pelas Ciências Sociais e Humanas, que, porém, são abortadas pelo golpe civil militar em 1964 (Bravo; Matos, 2009).

Nos anos de 1964 a 1974, o Estado resgatou sua postura intervencionista por meio do binômio repressão-assistência, através de formas burocratizadas de regulação da sociedade pela máquina estatal. Durante a primeira década do regime autocrático, configurou-se um sistema de atenção estatal à saúde, caracterizado pela preponderância do modelo previdenciário em sobreposição ao do Ministério da Saúde. Segundo Escorel (2012), ocorreu no ano de 1966 a unificação da Previdência Social, por meio da junção dos IAPs, configurando o surgimento do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Este implementou medidas racionalizadoras no fornecimento de serviços de assistência médica e de cobertura previdenciária. A saúde pública, nesse contexto, teve um declínio no atendimento à massa de trabalhadores que não possuíam a cobertura previdenciária.

Para Bravo e Matos (2009), o Serviço Social na conjuntura pós-64 sofreu profundas transformações que tiveram rebatimentos significativos no trabalho do assistente social na área da saúde. O projeto de modernização conservadora implantado no período autocrático burguês exigiu a renovação da profissão face às estratégias de controle e repressão dos trabalhadores. Essa renovação deveria alinhar-se aos interesses do Estado e do capital, submetidas a sua racionalidade burocrática, adequando a profissão as novas exigências e demandas postas pelo cenário sociopolítico instaurado, tendo como principal veículo de elaboração teórica o Centro Brasileiro de Cooperação e Intercambio em Serviços Sociais (CBCISS). Sob a perspectiva estrutural-funcionalista norte americana, o Serviço Social operou no âmbito das políticas sociais sedimentando sua ação na prática curativa, com técnicas de intervenção burocratizantes na concessão de benefícios, acrítico a ordem sociopolítica.

Entre 1974 a 1979 a política social do Estado brasileiro teve como principal objetivo dar maior efetividade ao enfrentamento da “questão social”, de forma a conter as reivindicações populares afloradas nesse período. As políticas de saúde tiveram grande relevância nessa conjuntura, principalmente devido à crise sanitária evidenciada pela epidemia de meningite, o aumento dos casos de mortalidade infantil, os índices elevados de acidentes de trabalho e o ressurgimento de antigos problemas de saúde pública (Bravo, 2009).

A Política Nacional de Saúde (PNS) esteve no centro das discussões, entre tensões que iam desde a ampliação dos serviços de saúde frente o contexto vivenciado e a disponibilidade de recursos, até os principais interesses em jogo, seja de setores do Estado, do empresariado médico e de sanitaristas em torno do movimento pela reforma sanitária. Na distensão política

desse período, o Serviço Social na saúde não teve alterações significativas, apesar do processo organizativo iniciado por uma parte da categoria profissional e do surgimento de outras direções para a profissão (Bravo; Matos, 2009).

Na década de 1980, com o fim da ditadura civil-militar-empresarial, a sociedade brasileira vivenciou um processo contraditório onde, ao mesmo tempo em que vislumbrava uma abertura democrática e de conquista de direitos, experimentava uma profunda crise econômica e política. A efervescência democrática não se traduziu em ganhos materiais para a população, abrindo discussões em torno das condições de vida cada vez mais desiguais. Fato este que possibilitou a ênfase no debate travado na esfera da sociedade civil, acerca da ampliação da oferta de serviços de saúde pública em face à crescente ampliação de serviços médicos privados no país (Bravo, 2009).

Houve, nesse contexto, um movimento significativo no âmbito da saúde coletiva, na ampliação em torno do debate teórico acerca das responsabilidades do Estado no tocante as políticas sociais, principalmente em relação à oferta de serviços de saúde e fortalecimento do setor público, em oposição ao modelo privatista⁷. Desse debate saem vitoriosas as proposições pelo Projeto de Reforma Sanitária, que tinha como base o Estado democrático de direito, responsável pela formulação e implementação de políticas sociais e, conseqüentemente, pela saúde. O Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) atuou como o principal veículo de difusão e ampliação desse debate em torno da Saúde Pública atrelada à democracia. A principal proposta pela Reforma Sanitária defendia a universalização das políticas sociais e a garantia dos direitos sociais, e indiscutivelmente o direito à saúde. Estas discussões culminaram em propostas formuladas por vários setores da sociedade, envolvendo profissionais e entidades representativas da população, na realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em março de 1986, em Brasília (Ibidem, 2009).

A relação entre o Serviço Social e a saúde pública esteve entrelaçada pela construção do projeto ético-político profissional concomitante a discussão pela aprovação do projeto de reforma sanitária, que conformou processos simultâneos, porém não necessariamente interligados. O Serviço Social recebeu influência direta da conjuntura vivenciada no país a partir da abertura do processo de redemocratização. No entanto, o projeto de renovação da profissão se caracterizou como um movimento interno, sem relação direta com o movimento

⁷A polarização em torno da discussão sobre a reforma no setor saúde foi dividida em dois blocos antagônicos: um formado pelo modelo privatista de saúde, representado pela Federação Brasileira de Hospitais e pela Associação das Indústrias Farmacêuticas, e o outro denominado Plenária Nacional de Saúde pela Reforma Sanitária, que envolvia médicos sanitaristas, movimento popular em saúde, partidos de esquerda, dentre outros atores sociais.

pela reforma sanitária, deixando lacunas que refletiram posteriormente na intervenção profissional, pois pouco do que se discutiu nas alterações presentes no movimento de intenção de ruptura do Serviço Social conseguiu espalhar-se no cotidiano da intervenção nos serviços (Bravo; Matos, 2009).

Nesse quadro, percebe-se que o direito à saúde pública no país advém de um amplo e histórico processo de lutas e reivindicações empenhadas pelos trabalhadores, fruto das relações antagônicas entre capital e trabalho. Estas aspirações ganharam maior fôlego quando da mobilização pela Reforma Sanitária, alcançando expressivamente suas conquistas a partir da promulgação da Constituição Federal de 1988. Nessa via, o trabalho de assistentes sociais, como profissional inserido na área da saúde, foi reconhecido a partir da promulgação da Resolução nº210/1997 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e da Resolução nº 383/99 do CFESS (Bravo, 2009).

O texto constitucional propôs avanços significativos no campo da Seguridade Social, sobretudo no que se referia à sua estrutura, financiamento e controle social. Conforme título VIII do texto constitucional, que dispõe sobre a Seguridade Social, se estabelece a saúde como um direito de todos e dever do Estado através de financiamento público, garantido mediante políticas sociais e econômicas que promovam à redução do risco de doença e outros agravos. E ainda, propõe o acesso universal e igualitário aos cidadãos, priorizando atividades de promoção, proteção e recuperação à saúde (BRASIL, 2016).

O Sistema Único de Saúde (SUS) consolidou o modelo público de ações e serviços de saúde no Brasil. Este é orientado por um conjunto de princípios e diretrizes estendidos para todo o território nacional. A proposta parte de uma concepção ampla do direito à saúde e do papel do Estado na garantia desse direito, incorporando, em sua estrutura político-institucional, espaços e instrumentos para democratização do acesso por meio da participação social dos usuários e de uma gestão descentralizada do sistema de saúde (Paim, 2008).

A implantação do SUS ocorreu na década de 1990, tendo como marco regulatório a promulgação da Lei Orgânica da Saúde (lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, complementada pela lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990). Para dar materialidade à política de saúde, a Constituição Federal instituiu o SUS como o conjunto de ações e serviços públicos de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas nos três níveis de governo, seja da administração direta ou indireta, bem como por fundações mantidas pelo poder público (Ibidem, 2008).

Entretanto, o quadro estrutural que se desenhou no país, especialmente a partir da década de 1990, em meio às profundas alterações impulsionadas pela nova divisão internacional do trabalho, redimensionou a morfologia do trabalho no Brasil. Sob a égide neoliberal e a simbiótica relação entre elementos típicos da herança fordista e das novas formas de acumulação flexível, esse contexto fora marcado pela intensificação da reestruturação produtiva do capital, pela imposição da redução salarial, pela destituição de direitos, associada a ritmos intensificados de superexploração do trabalho (Antunes, 2018).

Este processo resultou na adoção de padrões organizacionais e tecnológicos diferenciados, incorporados às novas formas de organização social do trabalho, a partir da combinação entre avanço técnico-científico, (des)qualificação da força de trabalho e a intensificação de sua exploração. Como consequência direta, a flexibilização, a informalidade, a terceirização e a precarização caracterizaram o que Antunes (2018) denominou de nova morfologia do trabalho. As mudanças estruturais, as desregulamentações, as formas de gestão e as novas modalidades de exploração da força de trabalho pelo capital, tudo isso combinado a um relativo avanço tecnológico, tornou-se traço distintivo do capitalismo brasileiro dependente na contemporaneidade. Segundo o autor:

É a lógica do curto prazo, que incentiva a “permanente inovação” no campo da tecnologia, dos novos produtos financeiros e da força de trabalho, tornando obsoletos e descartáveis os homens e mulheres que trabalham. São tempos de desemprego estrutural, de trabalhadores e trabalhadoras empregáveis no curto prazo, por meio das (novas e) precárias formas de contrato, em que terceirização, informalidade, precarização, materialidade e imaterialidade são mecanismos vitais, tanto para a preservação quanto para a ampliação da sua lógica (Antunes, 2018, p. 174).

Nesse cenário, as relações sociais e de trabalho se interligam cada vez mais à dinâmica do capital, evidenciadas pelo padrão gerencialista e pela estratégia corporativista da gestão por metas. A gestão por metas passou a ser disseminada nos mais diversos espaços e ambientes de trabalho, obedecendo a uma racionalidade econômica global. Este tipo de gerenciamento da força de trabalho ao mesmo tempo em que atua como um mecanismo “disciplinador”, constitui também formas de aumento da extração de valor por meio da produtividade e polivalência dos trabalhadores em suas mais diversas ocupações (Ibidem, 2018).

Um outro fenômeno que se converteu em instrumento central das estratégias de gestão corporativa foi a terceirização do trabalho (Druck; Franco, 2011). Ao dissimular as relações sociais estabelecidas entre capital e trabalho, a terceirização possibilitou a maior flexibilidade nas relações de trabalho. São diferenças que se acentuam desde o estabelecimento dos níveis salariais até a definição das jornadas, funções e intensidade de realização do trabalho.

Corroborando a isso, Antunes (2018) compreende que este processo culminou em uma maior rotatividade, insegurança e insalubridade nas condições de trabalho, aumentando a fragmentação, a heterogeneização e a divisão existente no interior da classe trabalhadora.

Desse modo, as formas de terceirização e flexibilização do trabalho ampliaram exponencialmente a extração de sobretrabalho no interior dos serviços públicos e privados. O que pode ser evidenciado por meio da contratação de empresas terceirizadas e seus assalariados terceirizados no interior do setor de serviços, indispensavelmente em atividades cuja finalidade está designada à produção de valores socialmente úteis, como nas políticas de saúde, assistência, previdência, etc. Nessa lógica, diferentes dimensões e modalidades de precarização das relações de trabalho encontram-se sob uma condição de heterogeneidade e segmentação (Druck; Franco, 2011).

A Política de Saúde que se desenhou a partir da década de 1990 não incorporou de forma concreta os ganhos obtidos com a Constituição Federal de 1988. Apesar do texto constitucional inspirar-se nas proposições defendidas pelo movimento de reforma sanitária, as demandas postas se confrontaram diretamente com os interesses empresariais do mercado. As alianças políticas formadas no curso da transição democrática que possibilitaram o encaminhamento do projeto reformista ao Estado sofreram recomposições que modificaram o andamento dos processos instituídos ao projeto inscrito na CF de 1988, passando por uma série de entraves políticos, jurídicos, institucionais e de interesses divergentes (Bravo, 2009).

A desresponsabilização do Estado diante da efetivação dos direitos sociais ocorreu sob profunda relação com as medidas de cunho neoliberal, privatistas e gerencialistas, ligadas ao processo de globalização subalternizada e desigual. A ascensão neoliberal na cena brasileira, com seu plano econômico privatista, foi a grande responsável pela redução dos direitos sociais, pelo desemprego estrutural e pela precarização das condições de vida e de trabalho da classe trabalhadora. O Estado foi apontado como o grande deflagrador da crise econômica que se instaurava, havendo certa urgência na contenção e enxugamento dos gastos sociais e da realização de reformas estruturantes no aparelho do Estado (Behring; Boschetti, 2011).

O projeto político econômico de orientação neoliberal consolidado no país confrontou-se diretamente com o projeto profissional hegemônico no Serviço Social. Conjuntura que impôs desafios e limites a intervenção profissional e a formulação de políticas sociais, visto a consolidação do projeto de saúde articulado ao modelo privatista de mercado deflagrado principalmente nos governos de Fernando Collor e Fernando Henrique Cardoso, instaurando um cenário de retrocessos e perdas de direitos no campo da saúde pública (Bravo; Matos, 2009).

O governo Fernando Collor (1990-1992) iniciou os ajustes estruturais na esfera estatal, ao promover medidas de contrarreforma que impactaram duramente o recém instituído Sistema Único de Saúde (SUS). Nesse cenário, a saúde enfrentou diversos obstáculos manifestos pela tentativa de desfigurar os princípios balizadores do SUS como previsto na CF de 1988, como a não efetivação da descentralização, a diminuição dos recursos destinados à saúde, a desmobilização e enfraquecimento da participação social, o adiamento sucessivo da 9ª Conferência Nacional de Saúde e a adoção de políticas de racionalização e contenção, focadas em ações isoladas na saúde pública, favorecendo o setor privado (Paim, 2008; Escorel, 2012; Soares, 2020).

No governo de Itamar Franco (1992-1994), que se seguiu ao *impeachment* de Fernando Collor, observa-se mudanças importantes na política de saúde brasileira, especialmente em relação à continuidade do SUS. Embora o período não tenha sido livre de contradições, durante este governo houve certa estabilização política com o restabelecimento de algumas bases institucionais e de fortalecimento do SUS, à exemplo da descentralização. Observa-se, também, uma recuperação parcial da política de saúde, porém com a presença de alguns entraves, como a continuidade dos ajustes fiscais, aumento nos cortes com gastos sociais, priorização da estabilização econômica com prejuízos à ampliação dos investimentos em áreas essenciais como saúde, fragilizando o financiamento do SUS (Paim, 2008).

De acordo com Soares (2020), esse processo tem continuidade e se aprofunda durante o governo de Fernando Henrique Cardoso (1995-2002), com a consolidação das políticas neoliberais no país a partir da redefinição do papel do Estado e da ênfase à privatização, desregulamentação e focalização das políticas sociais. Apesar desse período representar na saúde pública o processo de consolidação das Normas Operacionais Básicas (NOBs), da criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), e da expansão do Programa de Saúde da Família (PSF), durante o governo FHC, o quadro de ajuste estrutural realizou-se de maneira ainda mais ofensiva.

A incompatibilidade entre o discurso de defesa do SUS e a reforma gerencial na saúde, a partir da proposta de flexibilização do SUS e de seu subfinanciamento crônico, minaram qualquer possibilidade de expansão da saúde pública, além de aumentar os conflitos com os princípios constitucionais estabelecidos pela CF de 1988. Um aspecto relevante deste período foi a introdução da lógica gerencialista da administração empresarial, como metas de produtividade, flexibilização e terceirizações de serviços (Escorel, 2012; Soares, 2020).

Paim (2008) destaca que, embora sustentada pelo discurso de modernização do serviço público, essas medidas tiveram como efeito prático a precarização das relações de trabalho, a fragmentação dos serviços e a fragilização da participação social. Na saúde, houve o favorecimento da expansão dos planos e seguros de saúde privados por meio de políticas que canalizavam recursos estatais para o setor suplementar. Tal dinâmica contribuiu para o processo de mercantilização da saúde, distanciando-se do projeto constitucional de um sistema público e universal.

A eleição à presidência da república de Luiz Inácio Lula da Silva (2003-2010), gerou grandes expectativas em relação à reconstrução e à valorização das políticas sociais públicas, especialmente no campo da saúde. Apesar de avanços significativos, esse período foi marcado por contradições profundas entre o discurso de defesa do SUS, com a retomada da proposta de Reforma Sanitária, e a manutenção de práticas de favorecimento à lógica neoliberal e à mercantilização da saúde (Soares, 2020).

Quanto aos aspectos positivos para o campo da saúde, é notável nesse período a retomada pela valorização do SUS enquanto política pública universal. Além disso, houve a ampliação de Programas estratégicos, como: o Saúde da Família, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), a Farmácia Popular e o Brasil Sorridente. Observa-se ainda, neste quadro, a criação de ações específicas voltadas à saúde da mulher, da criança e de populações vulneráveis. Tal expansão foi acompanhada por um discurso governamental que reafirmava o caráter universal e público da saúde, em consonância com os princípios estabelecidos na CF de 1988 (Ibidem, 2020).

Entretanto, houve a continuidade nas práticas adotadas pelo modelo neoliberal, como a manutenção de aspectos estruturais da contrarreforma do Estado, especialmente no que diz respeito à racionalidade fiscal e o incentivo da participação do setor privado na saúde. A não ruptura com o tripé da austeridade fiscal, flexibilização do trabalho e mercantilização dos direitos sociais, traduziu-se na persistência de problemas históricos como o subfinanciamento, a dualidade público-privada e a crescente terceirização da gestão e da prestação de serviços de saúde (Paim, 2008; Silva, 2024).

Soares (2020) e Silva (2024) apontam que o avanço do setor privado e suplementar não foi interrompido, ao contrário, foi estimulado, inclusive com incentivos fiscais indiretos e políticas que favoreciam a expansão dos planos de saúde e de parcerias público-privadas (PPPs), a exemplo da participação de Organizações Sociais (OSs) e Fundações Estatais de Direito Privado. Essas formas de gestão dos serviços de saúde e da força de trabalho empregada

neste setor minaram a construção de um SUS plenamente estatal, público e democrático, ao mesmo tempo em que fragilizaram os vínculos trabalhistas, precarizaram as condições laborais e esvaziaram os mecanismos de controle social e participação popular.

Silva (2024), ao analisar a produção bibliográfica da área de Serviço Social, destaca que no conjunto das PPPs, especialmente após a década de 1990, coexistem duas modalidades de privatização: a privatização clássica e a não clássica. A privatização clássica ocorre a partir do repasse direto do patrimônio público para o setor privado. Já a privatização não clássica ocorre via terceirização da gestão e da prestação de serviços, por meio da criação de novas personalidades jurídicas, tais como as OSs, OSCIPs, fundações públicas de direito privado, e outras formas associadas ao setor público não estatal.

Segundo a autora, o SUS tem sido afetado principalmente pela modalidade de privatização não clássica, contextualizada no âmbito das reformas incentivadas por organismos internacionais e por políticas de corte neoliberal. As PPPs passam a ser justificadas por discursos de eficiência e modernização administrativa, deslocando o papel do Estado de executor para regulador da política de saúde. Tal processo tem ocorrido de modo velado, como estratégia de um projeto mais amplo de mercantilização da saúde pública.

Todas essas mudanças impactaram sobremaneira a força de trabalho empregada pelo setor saúde. Paim (2008) destaca que o setor de saúde brasileira detém significativa parcela da população economicamente ativa, considerando os recursos humanos empregados neste setor como força de trabalho em saúde. Subentendendo este conceito a partir da valorização do componente trabalho, e, conseqüentemente, toda a reflexão atinente ao mundo do trabalho, bem como o caráter assumido por este na dinâmica específica da divisão do trabalho.

Esse panorama contribuiu para a incorporação do uso de sistemas e novos recursos tecnológicos como forma de otimizar os processos de trabalho e enxugar custos na oferta de serviços. Num contexto de intenso desenvolvimento tecnológico, observou-se um aumento considerável do tempo de trabalho excedente e, conseqüentemente, maior extração de mais-valia, resultando na intensificação da exploração dos trabalhadores. A incorporação da exigência de metas, indicadores de qualidade, critérios de eficiência e eficácia, bem como as contratações terceirizadas, numa perspectiva aliada ao novo modelo de gestão do trabalho imposto pelas políticas neoliberais, ganharam cada vez mais espaço no setor público (Alves, 2011).

O capital financeiro exerceu grande pressão junto à seguridade social brasileira, afetando, particularmente, as políticas de saúde e de previdência social, entendidas como

setores bastante lucrativos para o mercado, o que implicou na transferência acentuada dos custos desses serviços, remanejando-os do Estado para o mercado. Nessa conjuntura, as políticas sociais e a proteção dos direitos do trabalho foram constantemente atacados e restringidos, principalmente em decorrência do desmonte e desfinanciamento agravados pelo quadro político-econômico instaurado com a crise de 2008, que segundo Alves (2016, p. 38), “como todas as crises já ocorridas no capitalismo, esta constitui-se como um movimento complexo de tendências e contra tendências intrinsecamente contraditórias, que dilaceram as possibilidades concretas de desenvolvimento do capitalismo como processo civilizatório”.

Nas últimas décadas, o mercado financeiro vem se constituindo como a estratosfera do capital global, configurando um circuito integrado na mundialização da produção e reprodução do capital fictício, operando acima de estados e nações. Em decorrência disso, o Estado de orientação neoliberal vem atuando como instrumento estratégico na abertura de novos mercados e espaços para expansão do capital mundializado, estabelecendo relações baseadas na desregulamentação financeira, privatização de empresas estatais e intensa flexibilização do trabalho, marcadas pela precarização salarial e contratual e pela destituição de direitos (Ibidem, 2016).

A mercantilização e a financeirização dos serviços públicos, bem como a transformação das políticas sociais em nichos de rentabilidade ao capital, têm modificando profundamente o trabalho de assistentes sociais na cena contemporânea (Iamamoto, 2017). Reitera-se, aqui, que a análise do Serviço Social, nesse contexto, é compreendida enquanto expressão do trabalho coletivo no âmbito das políticas sociais, como mediação privilegiada de intervenção frente às expressões da questão social.

Enquanto profissão, esta passa a ser recrutada por um mercado de trabalho específico, de forma a responder as requisições e demandas postas pela dinâmica da luta de classes e dessas com o Estado. Nessa ótica, o trabalho de assistentes sociais tem se tornando cada vez mais rotineiro, dada a ocorrência de processos de subcontratação de serviços, terceirização, recrutamento por empresas de assessoria privada, de organizações não governamentais, de falsas cooperativas de trabalhadores, por meio de empresas ou instituições intermediadoras, entre outras (Raichelis, 2018).

Nas instituições do aparelho de Estado há o avanço de parcerias público-privadas em diferentes modalidades e áreas das políticas sociais. Essa conjuntura atravessa o cotidiano profissional de assistentes sociais que ocupam empregos no âmbito de instituições públicas, sejam eles por meio de vínculos estáveis ou não, uma vez que estes se deparam com o

estabelecimento de exigências e padrões de produtividade cada vez maiores, que imprimem a necessidade constante do cumprimento de metas de produtividade e desempenho (Silva, 2024).

Observa-se, nesse campo, a ampliação de estratégias racionalizadoras do trabalho profissional, com a crescente rotinização das atividades e do fortalecimento de mecanismos de controle do trabalho. Para a autora supracitada, a nova morfologia do trabalho de assistentes sociais é marcada pela individualização do trabalho, pela intensificação da exploração, pela baixa remuneração, por vínculos contratuais precários e direitos trabalhistas infringidos, como no caso da lei das 30 horas semanais, que na maioria das vezes é descumprida. Essas disparidades contribuem para a fragmentação e desmobilização da categoria profissional, evidenciando uma crescente insegurança no âmbito dos espaços sócio-ocupacionais.

Este panorama alude aspectos fundamentais à compreensão dos contornos assumidos pela saúde pública brasileira com o avanço das políticas neoliberais e com a hegemonia do capital financeiro, bem como os principais rebatimentos ao trabalho de assistentes sociais inseridos nesse contexto. A literatura referente à área evidencia um movimento de crescente privatização da saúde, operada por meio de três vias principais: 1) o acesso pela via de consultas/convênios médicos privados, como os planos de saúde; 2) a compra/investimento feito por parte do Estado em serviços e procedimentos de mercado, por meio da complementariedade entre setor público e setor privado; 3) e, mais recentemente, por meio da privatização dos serviços de saúde através de repasse financeiro a “entidades parceiras”, na disponibilização de estrutura física e deslocamento de recursos humanos custeados com recursos públicos (Bravo, 2013; Matos, 2017; Lourenço, 2016, 2017).

Ná área da saúde, as disputas entre o projeto privatista e o projeto de reforma sanitária foram confrontadas por uma terceira via de projeto, denominado reforma sanitária flexibilizada. Nas palavras de Bravo (2013), a reforma sanitária flexibilizada adquiriu contornos específicos em meio às contradições postas pela reconfiguração do Estado brasileiro e do progressivo desmonte e subfinanciamento das políticas públicas. Este movimento funcionou como uma alternativa às exigências postas pela política macroeconômica adotada no país.

Com a eleição de Dilma Rousseff a Presidência do país, as promessas de continuidade do governo de Lula se intensificaram. Seu primeiro mandato perdurou de 2011 a 2014, quando foi reeleita para um segundo mandato, de 2015 a 2016, inconcluso após sofrer um golpe de Estado, por meio da instauração do *impeachment*, quando foi acusada por crimes de responsabilidade fiscal, que ficaram conhecidas como as “pedaladas fiscais”. Em seus mandatos, registrou-se na saúde diversos avanços relacionados à atenção básica, como a criação

de programas voltados ao atendimento da população, além da valorização dos profissionais de saúde (Ibidem, 2013).

Entretanto, destacam-se também medidas de austeridade fiscal com a Proposta de Emendas Constitucionais (PEC), como a 358/2013 que tratava do orçamento impositivo e a medida 451/2014 que tratava dos planos de saúde privados (Reis; Paim, 2021). Essas ações demarcavam a diminuição do orçamento fiscal direcionado ao SUS e sua consequente mercantilização através da abertura ao capital estrangeiro. Esse quadro, somado a efervescência dos protestos iniciados em junho de 2013, à desaceleração econômica seguida do aumento do desemprego e da inflação, além dos escândalos de corrupção em que o governo esteve no centro das discussões, agravou ainda mais a crise política no país.

Esse cenário se intensificou com a conjuntura político-econômica formada a partir do ano de 2016. A ofensiva ultraneoliberal, representada pela ascensão ilegítima de Michel Temer ao poder (Presidência da República), significou o retrocesso e o solapamento dos direitos sociais. Principalmente com a aprovação de propostas como: a Emenda Constitucional nº 95, de 2016, referente ao congelamento dos gastos públicos na área social; a Lei nº 13.429, que permitia a terceirização irrestrita do trabalho e da produção; e a Lei nº 13.467, que promoveu diversas mudanças na Consolidação das Leis do Trabalho - CLT (Lourenço, 2017).

No governo Temer, a política de saúde sofreu os impactos decorrentes do processo de contrarreforma do Estado, evidentes na continuidade do processo de privatização e terceirização dos serviços públicos, dos cortes orçamentários nas políticas de saúde, na imposição de proposições como os planos de saúde “acessíveis” para a população, os retrocessos na política de saúde mental com a ameaça dos ganhos obtidos pela Reforma Psiquiátrica e na revisão da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), e a abdicação do recolhimento de recursos da Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social (COFIS), com impacto direto para o financiamento do SUS (Bravo; Pelaez; Menezes, 2020).

Com a eleição de Jair Bolsonaro para presidência da República em 2019, o que parecia um quadro bastante delicado se aprofunda, principalmente com a intensa polarização política e ideológica instaurada no país. A política de saúde do governo Bolsonaro⁸ deu continuidade às

⁸ O governo de Jair Messias Bolsonaro (2019-2022) expôs o recrudescimento do ultraneoliberalismo e o desmonte de direitos sociais, nitidamente evidenciados pelos ataques à política de Seguridade Social. Seu governo caracterizou-se por uma agenda econômica que privilegiava o capital financeiro internacional em detrimento dos interesses nacionais. Além disso, manteve um viés protofascista que incentivava ataques à democracia, naturalizava e legitimava a violência, o racismo, o extermínio de povos indígenas, ribeirinhos, quilombolas, atentando contra os direitos e a vida da classe trabalhadora.

contrarreformas orquestradas pelo governo anterior. Segundo Bravo, Pelaez e Menezes (2020), a semelhança da política de saúde nesses governos se deu pela atualização do projeto privatista de saúde, configurando-se como um projeto de defesa do SUS completamente subordinado aos interesses do mercado privado.

A concepção mercantilizada de saúde esteve visivelmente presente no governo Bolsonaro, em seu programa de governo intitulado “O caminho da prosperidade. Brasil acima de tudo. Deus acima de todos”, evidenciando certa omissão e despreocupação quanto à gestão, financiamento e efetividade da política de saúde. Houve a ampliação da relação entre política de saúde e setor privado, ancoradas na flexibilização e desconstrução do SUS e nas alianças com organismos multilaterais e setores empresariais, que visava a “eficiência” dos gastos públicos com a saúde, com destaque para o documento do Banco Mundial denominado “Propostas de Reformas do Sistema Único de Saúde Brasileiro”. O governo modificou toda a estrutura do Ministério da Saúde, criando e extinguindo secretarias, reformulando propostas já consolidadas e retrocedendo no tocante a conquistas e ganhos obtidos desde a Reforma Sanitária (Ibidem, 2020).

A conjuntura da Pandemia de Covid-19 agravou o contexto das relações econômicas, políticas e sociais vivenciadas no país. A doença causada pelo SARS-coV-2, um vírus altamente contagioso pertencente à família dos coronavírus, teve suas primeiras manifestações em dezembro de 2019, em Wuhan, na China, posteriormente se alastrando a nível mundial devido sua alta transmissibilidade. Nesse quadro, medidas de controle da doença começaram a ser amplamente divulgadas pela OMS, tais como a adoção de cuidados com a higiene das mãos, o uso de álcool em gel, o uso de máscaras, o distanciamento social e a restrição de circulação de pessoas sem locais públicos (Calil, 2021).

O primeiro registro da doença no Brasil foi identificado no dia 25 de fevereiro de 2020, e, dada a velocidade de transmissão e letalidade do vírus, logo se espalhou pelo restante do país, sendo o primeiro caso de óbito ocorrido no dia 17 de março de 2020. Em meio à emergência sanitária e de calamidade pública, tensões políticas acirravam as discussões em torno das deliberações para refreamento da doença. As divergências na condução das medidas, a falta de padronização, a descentralização e o relaxamento das ações entre o Governo Federal, Ministérios, Estados e Municípios na contenção do vírus, levou a uma série de desdobramentos que impactaram negativamente as ações de enfrentamento à pandemia de COVID-19 (Soares; Correia; Santos, 2021).

Calil (2021) pondera que ao contrário do que se imaginava ser falta de estratégia por parte do governo Bolsonaro, a situação vivida em todo o país foi resultante justamente de um movimento orquestrado pelo próprio governo. Nas palavras do autor, a estratégia bolsonarista foi definida, coerente e sistematicamente aplicada, e orientou-se na perspectiva da imunização coletiva (ou “imunidade de rebanho”), por meio de distintos instrumentos. Dentre as principais estratégias estava a desqualificação da gravidade da doença (ao considerá-la apenas uma gripezinha), a disseminação de dados incorretos, a propagação de *fake news*, a incitação de comportamentos propícios à contaminação, tais como a abertura de comércios (“a economia não pode parar”), o não uso de máscaras e o uso de medicamentos sem eficácia comprovada.

Com isso, o processo de privatização do SUS continuou em curso em plena pandemia de Covid-19, por meio do repasse e terceirização da gestão de hospitais e serviços de saúde firmadas por contratos com o setor privado, especialmente através de parcerias público-privadas (Silva, 2024). No que tange as ações do Ministério da Saúde, o principal conflito se deu pelas sucessivas trocas de ministros no comando da pasta. Fato ocorrido pela falta de alinhamento das ações do ministério com as posições negacionistas do presidente Bolsonaro, cuja pretensão era desestruturar as medidas de contingenciamento da doença e restringir o acesso a informações sobre a pandemia e a gestão da saúde, criando mal-estar e pressão sobre os ministros (Soares; Correia; Santos, 2021).

Entretanto, tais medidas não passaram despercebidas entre diversos setores da sociedade, como pesquisadores, profissionais da saúde, membros de conselhos e movimentos sociais, que mostraram resistência frente a esses ataques. Dentre esses movimentos, destacam-se os fóruns e frentes nacionais, como a Frente pela Vida e a Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde, além disso, o CNS também se constituiu como um importante espaço de resistência em torno do movimento em defesa dos princípios do SUS. Os trabalhadores da saúde, dentre eles as/os assistentes sociais, estiveram diuturnamente na linha de frente do enfrentamento da pandemia, sofrendo os rebatimentos e as inflexões desta conjuntura, tanto devido sua condição de trabalhador assalariado, quanto no que diz respeito às requisições institucionais impostas, principalmente em relação a suas atribuições e competências profissionais (Ibidem, 2021).

Enquanto trabalhador da saúde, as/os assistentes sociais exerceram a profissão sob condições precárias, dado a falta de EPI's disponíveis e a expansão das contratações via terceirização e/ou desenvolvimento de atividades temporárias. Ademais, houve ainda um aprofundamento da plantonização da organização do trabalho profissional, intensificando a

precarização das condições de trabalho e de riscos e agravos à saúde. De início, a ausência na demarcação das atribuições e competências profissionais nessa conjuntura repercutiu significativamente no retorno de velhas práticas (Calil, 2021).

Como por exemplo, a comunicação de óbitos e boletins médicos, recomendada pelo Ministério da Saúde através do documento “Manejo de corpos no contexto do novo coronavírus covid-19”, explicitando-a como requisição profissional de assistentes sociais. Tal orientação reiterava práticas tecnicistas, conservadoras e voluntaristas, não condizentes com o trabalho de assistentes sociais, acionando o conjunto CFESS/CRESS, a elaborar uma Orientação Normativa (nº 03/2020), que enfatizava que, tanto a comunicação de óbito, quanto ao repasse de informações de âmbito clínico não são atribuições de assistentes sociais (Matos, 2020).

Na área da saúde, o objetivo do trabalho de assistentes sociais é a identificação de aspectos econômicos, políticos, culturais e sociais cujo atravessamento impacta diretamente no processo saúde-doença, para assim mobilizar recursos para o seu enfrentamento, adotando, dessa forma, uma concepção ampliada de saúde (Ibidem, 2020). Mesmo em uma conjuntura adversa, como a pandemia de Covid-19, o trabalho de assistentes sociais deve se limitar a suas atribuições e competências profissionais, resguardando o agir profissional e a não descaracterização da profissão.

Todavia, o artigo 3, inciso d, do Código de Ética do/a Assistente Social, orienta quanto à participação deste profissional em programas de socorro à população em situação de calamidade pública, essencialmente no que tange ao atendimento e defesa dos interesses e necessidades da população. Dessa forma, a intervenção profissional deve-se nortear a partir dos instrumentos normativos da profissão, como o Código de Ética, a Lei de Regulamentação da Profissão e as Resoluções do CFESS, e especialmente, os Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde, enquanto referência intrínseca ao trabalho profissional na saúde (CFESS, 2010).

No contexto da Pandemia de Covid-19, novos elementos incidiram sobre as requisições institucionais demandadas ao trabalho de assistentes sociais. Trata-se da forma contemporânea de degradação e superexploração do trabalho, evidenciadas pela intensa incorporação das TICs nos serviços de saúde. Para Raichelis e Arregui (2021, p. 145) “o que era residual e embrionário, como o trabalho remoto ou o teletrabalho, generalizou-se [...] exigindo acompanhamento crítico, pois certamente muitas dessas modalidades de trabalho, adotadas na situação de excepcionalidade, tendem a permanecer mesmo após a pandemia”.

Tal argumento tem se concretizado em face da crescente intensificação do uso das TICs no âmbito das políticas sociais, principalmente dada a digitalização e informatização destas, na conjuntura aprofundada pela degradação do trabalho e pela ofensiva neoliberal do capital financeirizado. Guerra (2022) salienta que não se trata de um tema novo, embora nele se apresentem novidades intrínsecas à conjuntura em que ocorrem, especialmente a partir das mudanças oriundas do período pandêmico. Nessa via, são provocadas mudanças consubstanciais que impactam a profissão e que repercutem nos diversos espaços sócio-ocupacionais.

Dentre as principais formas de digitalização e informatização do trabalho de assistentes sociais estão o trabalho remoto, o teletrabalho ou *home office*, o teleatendimento e o uso de sistemas de dados, em sua grande maioria mediados por TICs (Guerra, 2023). Porém, essas mudanças já se faziam presentes muito antes da pandemia de Covid-19, a exemplo do teletrabalho no âmbito do sócio jurídico e do uso de sistemas como o DATAPREV, DATASUS e INSS DIGITAL (Santos, 2019). A introdução de instrumentos informatizados, regidos por critérios de aumento da produtividade e otimização de serviços, alterou não apenas a dinâmica e o ritmo de trabalho, mas também seu conteúdo e forma.

Guerra (2023) salienta que o uso de sistemas na mediação do trabalho profissional tende a ser previamente programado a partir de uma racionalidade corporativa em benefício do capital. Seria ingenuidade tomar o uso de sistemas informacionais, procedimentos, instrumentos, técnicas, cadastros e diversas outras formas de registro em seu estado puro, isentos da racionalidade e da lógica gerencialista. Dessa forma, as alterações nas requisições e demandas profissionais a partir da inserção das TICs, estabeleceram um certo controle sobre o trabalho de assistentes sociais, extraíndo-lhes sobretrabalho e conduzindo suas ações a resultados pré-determinados. Exigindo-lhes, nesse contexto, propriedade quanto à instrumentalidade de seu trabalho e o pleno conhecimento de suas atribuições e competências profissionais para não sucumbir ao tecnicismo.

Na saúde, observa-se que muito antes da Pandemia de Covid-19 as TICs vinham sendo implementadas no SUS a partir da recomendação de organizações multilaterais, como a OMS, e pela estratégia gerencialista de otimização das ações de gestão e administração de serviços no âmbito do Governo Federal, por meio da Governança de Dados (*e-Gov*). Este contexto corroborou para a incorporação de processos de Saúde Digital (*e-health*) na saúde pública brasileira.

A OMS caracteriza a Saúde Digital (SD) a partir do desenvolvimento e aplicação de tecnologias digitais, como dados de saúde, sistemas de informações de saúde, inteligência artificial (IA), *big data* e diversos outros dispositivos fundamentais ao gerenciamento e operacionalização de dados e informações em saúde, bem como na organização e oferta desses serviços (Geraldi, 2023). O autor evidencia em suas análises um vasto arcabouço regulatório direcionado ao uso de tecnologias na saúde no país, fundamentado pela elaboração de orientações federais que sustentam o processo de progressiva implementação dessas tecnologias no âmbito do SUS. O quadro abaixo traz uma síntese dessas regulamentações:

Quadro 1. Principais políticas de fomento à Saúde Digital no Brasil entre 1991-2021

Período	Resolução ou Documento Norteador	Resultado
1991	Decreto nº100, de 16 de abril de 1991	Datasus
2009	Portaria nº2.690, de 05 de novembro de 2009	Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde
2012/2013	Portaria nº 1.412, de 10 de julho de 2013	e-SUS
2015	Portaria nº 589, de 20 de maio de 2015	PNIS
2016	Decreto nº 8638, de 15 de janeiro de 2016	Política de Governança Digital no âmbito dos órgãos e das entidades da administração pública federal direta, autárquica e fundacional
2016	Resolução nº5, de 25 de agosto de 2016	Comitê Gestor da Estratégia e-Saúde
2017	Resolução nº 19, de 22 de junho de 2017	Estratégia e-Saúde para o Brasil
2019	Decreto nº 13.787, de 27 de dezembro de 2018	Dispõe sobre a digitalização e a utilização de sistemas informatizados para a guarda, o armazenamento e o manuseio de prontuário de paciente
2019	Portaria Ministério da Saúde nº 676, de 17 de julho de 2019	Plano Diretor de Tecnologia da Informação e Comunicação 2019-2021 (PDTIC)
2019	Portaria nº 2.983, de 11 de novembro de 2019	Informatiza APS - Programa de Apoio à Informatização e Qualificação dos Dados da Atenção Primária à Saúde
2019	Ad Referendum na CIT, em 30 de março de 2020	Plano de Ação, Monitoramento e Avaliação da Estratégia de Saúde Digital para o Brasil 2019-2023
2020	Portaria nº 1.434, de 28 de maio de 2020	Rede Nacional de Dados em Saúde - RNDS
2020	Portaria nº 1.434, de 28 de maio de 2020	Conecte SUS
2020	Portaria nº 3.632, de 21 de dezembro de 2020	Estratégia de Saúde Digital para o Brasil 2020-2028 (ESD 28)
2021	Portaria nº 1.768, de 30 de julho de 2021	Nova versão da Política Nacional de Informação e Informática em Saúde

Fonte: Geraldi (adaptado) 2023, p. 21-22.

Com a Pandemia de Covid-19, os efeitos resultantes do desmonte e da mercantilização dos sistemas de saúde em diversas partes do mundo, e especificamente do SUS no contexto de saúde brasileiro, evidenciaram insuficiências de instalações hospitalares e de recursos humanos

capazes de enfrentar a crise sanitária que se alastrava pelo globo. Entretanto, observou-se também um significativo crescimento dos investimentos em equipamentos e insumos de tecnologia, com impactos diretos ao trabalho, gestão e à assistência à saúde da população usuária do SUS.

Nos dias atuais, as requisições e demandas postas ao trabalho de assistentes sociais na saúde confluem e se interpõem diretamente com a crise estrutural do capital que vem se arrastando nas últimas décadas. Com o desencadeamento dessa crise, deflagra-se um quadro caótico desenhado pelo metabolismo antissocial e perverso do capital, articulando em uma totalidade contraditória as suas dimensões econômica, política, social e sanitária. As diversas formas de precarização do trabalho atingem o cerne da classe trabalhadora, e não se originam com a Pandemia de Covid-19, e sim com o padrão de acumulação capitalista mundializado. Para Raichelis e Arregui (2021, p. 143):

As metamorfoses no “mundo” do trabalho [...] incidem no mercado de trabalho do Serviço Social e no exercício profissional de assistentes sociais e demais profissionais, em uma contextualização de degradação do trabalho e precarização das condições em que ele é exercido, impactando não apenas as condições materiais dos sujeitos que vivem do trabalho, mas também suas sociabilidades individual e coletiva, considerando ainda a erosão dos sistemas públicos de proteção social, lugar institucional privilegiado onde operam os(as) trabalhadores(as) sociais [...] essa nova-velha morfologia do trabalho repercute e reconfigura o trabalho social de diferentes categorias profissionais, entre elas assistentes sociais, que têm nas políticas públicas sua mais ampla inserção.

Nesse sentido, compreendemos que a repercussão do uso das TICs no trabalho de assistentes sociais mantém relação intrínseca ao reordenamento provocado pela reestruturação produtiva do capital mundializado. Com isso, o trabalho remoto, o *home office*, o teletrabalho, a digitalização das políticas sociais, o uso de sistemas, dentre tantas outras formas de realização do trabalho, foi amplamente generalizado em diversos espaços sócio-ocupacionais.

Dessa forma, ressalta-se a importância da investigação sobre os contornos e desdobramentos provocados pela inserção das TICs no trabalho de assistentes sociais na saúde pública, tendo em vista que este é um dos principais campos da intervenção profissional (CFESS, 2020) e principalmente frente à crescente incorporação de tecnologias nos serviços públicos brasileiros, o que tem impacto significativo no acesso da população usuária aos serviços disponibilizados pelo SUS.

CAPÍTULO 2 - A PRODUÇÃO DE CONHECIMENTO NO SERVIÇO SOCIAL: TICs, POLÍTICA DE SAÚDE E TRABALHO PROFISSIONAL

2.1 Panorama acerca da produção de conhecimento sobre as TICs no Serviço Social

A produção de conhecimento no Serviço Social brasileiro, nas últimas décadas, tem refletido um quadro teórico e metodológico alinhado às demandas sociais, políticas e históricas da classe trabalhadora do país, direcionada pelo compromisso ético e político da categoria e compreendida como mediação constitutiva do exercício profissional (Pinheiro, 2024). Enquanto área do conhecimento, esta tem se destacado pela abordagem crítica e pela contribuição ao enfrentamento das desigualdades sociais articuladas aos desafios presentes na cena contemporânea.

Iamamoto e Carvalho (2009, p. 88) asseveram que “O Serviço Social em sua trajetória não adquire o status de ciência, o que não exclui a possibilidade de o profissional produzir conhecimentos científicos, contribuindo para o acervo das ciências humanas e sociais, numa linha de articulação dinâmica entre teoria e prática”. Outrossim, a aproximação com a teoria social crítica proporcionou avanços significativos no arsenal teórico-metodológico da profissão, o que possibilitou a ampliação do material bibliográfico produzido pela área.

Entidades representativas da profissão como a Associação Brasileira de Ensino em Serviço Social – ABESS (atualmente Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social – ABEPSS) e o Centro de Documentação em Pesquisa e Política Social e Serviço Social (CEDEPSS), junto aos primeiros programas de pós-graduação da área, exerceram papel fundamental no desenvolvimento da produção de conhecimento no Serviço Social (Lara, 2008).

Sposati (2007) salienta que esse processo ocorreu principalmente a partir do reconhecimento do Serviço Social enquanto área de conhecimento pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) na década de 1970. Entretanto, é somente nos de 1980 e 1990, que se observa o fortalecimento das bases científicas e metodológicas do Serviço Social no país, a partir de sua aproximação com a teoria social crítica de Marx e com a inserção da disciplina de pesquisa no currículo obrigatório para a formação profissional.

Os cursos de mestrado e doutorado em Serviço Social, no Brasil, constituem um lugar privilegiado de produção do conhecimento dada a centralidade que a pesquisa científica neles assume. O conhecimento produzido prioriza temas como as

expressões da questão social, as políticas sociais na contemporaneidade e o avanço teórico-metodológico do Serviço Social. Os objetos de estudos e pesquisas perpassam temas de relevância na atualidade, como trabalho, reestruturação produtiva, proteção social, seguridade social, avaliação e análise de políticas e programas sociais (CAPES, 2021).

A partir disto, reitera-se a estreita vinculação entre pós-graduação e produção de conhecimento, principalmente se considerarmos as dissertações e teses produzidas pelos discentes de mestrado e doutorado, os projetos de pesquisa e as demais produções bibliográficas desenvolvidas e relacionadas às áreas de concentração e linhas de pesquisa dos programas de pós-graduação (Silva; Carvalho, 2007).

Nessa esteira, observa-se que a produção de conhecimento no Serviço Social ampliou-se em diferentes eixos temáticos. Simionatto (2014) aponta que a bibliografia produzida pela área tem se debruçado sobre temas indispensáveis à compreensão da lógica capitalista de produção, tais como o processo de mundialização do capital, as mudanças no mundo do trabalho e suas consequências para a classe trabalhadora, como a flexibilização, a precarização do trabalho e o crescimento do desemprego estrutural. No âmbito das relações entre Estado e sociedade, as produções científicas tem debatido acerca das contrarreformas e de seus desdobramentos no campo dos direitos e das políticas sociais e sua interface com a cidadania, a democracia, a sociedade civil e os movimentos sociais, evidenciando os tensionamentos entre projetos societários.

Essa afirmação coaduna com o que Santana e Miranda (2022) destacam em suas contribuições no debate acerca da produção de conhecimento do Serviço Social. Estes evidenciam o importante papel do pensamento crítico dialético, de orientação marxiana e marxista, no enfrentamento das expressões da questão social num contexto adverso, marcado pelo avanço do conservadorismo, pela crise capitalista mundial, pelo espriamento de práticas e concepções ultraneoliberais e pelo desmonte e precarização das instituições de ensino superior no país.

Esse esforço e maturidade teórica alcançado é reflexo do amplo movimento de renovação e construção de uma perspectiva crítica na profissão. Fortuna e Guedes (2020) enfatizam a relevância da produção científica na consolidação do projeto ético-político do Serviço Social, pois esta reforça a necessidade de um conhecimento produzido e alinhado às demandas e ao cotidiano da classe trabalhadora.

Destaca-se ainda que a incorporação de referenciais teóricos marxistas na análise e na produção de conhecimento do Serviço Social reitera a importância de um conhecimento que

não seja apenas descritivo, mas que de fato contribua para a formação crítica compromissada com a transformação social emancipatória e comprometida com a realidade da classe trabalhadora (Lara, 2008).

O Serviço Social tem na dimensão investigativa o componente indispensável ao trabalho profissional, visto que a compreensão da realidade exige dos/as pesquisadores/as assistentes sociais a apreensão tanto da dinâmica social em sua generalidade, como dos elementos particulares e singulares do cotidiano (Fortuna; Guedes, 2020). A esse entendimento, Guerra (2009) ressalta que a pesquisa científica, além de garantir um estatuto de maioria intelectual à profissão, deve ser compreendida enquanto mediação privilegiada na relação entre conhecimento e realidade, contribuindo na formulação de respostas concretas às demandas postas no cotidiano da intervenção profissional.

Nesse sentido, a autora reforça a necessidade de se realizar um mergulho profundo na realidade, considerando a pesquisa como um “processo sistemático de ações, visando investigar/interpretar, desvelar um objeto que pode ser um processo social, histórico, um acervo teórico ou documental” (Guerra, 2009, p. 8). Para tanto, continua a autora, o processo de sistematização é fundamental, pois a pesquisa científica exige rigor, métodos e técnicas apropriadas.

Para esta pesquisa, foi realizado dois tipos de levantamento sobre a temática Tecnologias de Informação e Comunicação (TICs) e sua relação com o Serviço Social, sendo: direto e indireto. O levantamento direto foi realizado no banco de teses e dissertações da CAPES. Para a coleta de dados, delimitou-se o período de uma década (2015 a 2024) a partir da consulta dos seguintes descritores de busca: Tecnologias de Informação e Comunicação, TICs and Serviço Social, TICs and política de saúde, TICs and saúde pública, TICs and trabalho and saúde pública, somado ao operador booleano “AND” e aspas duplas para melhor precisão nas buscas.

De forma a ampliar a busca por produções bibliográficas referentes ao tema, optou-se também pela busca indireta nos repositórios institucionais e nos sites oficiais dos 38 programas de pós-graduação *Stricto Sensu* da área de Serviço Social, a partir da análise e seleção de trabalhos que relacionassem TICs, trabalho e saúde pública, também por um período de uma década (2015-2024).

A opção metodológica em utilizar essas duas formas como fonte de coleta de dados foi necessária em virtude do desafio de encontrar produções no catálogo de Teses e Dissertações da Capes apenas usando os descritores e o operador booleano. Com isso, optou-se por pesquisar

também nos repositórios institucionais e sites de todos os 38 Programas de Pós-Graduação da área do Serviço Social.

Assim, o detalhamento do material será apresentado em duas etapas. A primeira consiste na demonstração do quadro geral de produções que relacionam as TICs e o Serviço Social, presentes na literatura da área. A segunda, apresentada posteriormente no capítulo 3 desta dissertação, dará ênfase às produções científicas sobre a área da saúde e o uso das TICs.

As produções encontradas no levantamento geral a partir dos descritores de busca sobre o tema estão distribuídas conforme o quadro abaixo:

Quadro 2. Produções científicas presentes no catálogo de teses e dissertações da capes e nos repositórios institucionais dos programas de pós-graduação da área de serviço social (2015-2024)

BUSCA DIRETA			
TERMOS CONSULTADOS	RESULTADOS	TESES	DISSERTAÇÕES
Tecnologias de informação e comunicação	42	15	27
TICs AND Serviço Social	12	6	6
TICs AND Política de Saúde	1	1	0
TICs AND Saúde Pública	1	1	0
TICs AND Trabalho AND Saúde Pública	7	3	4
BUSCA INDIRETA*			
TICs, Serviço Social, Trabalho e Saúde Pública	14	4	10
Total	77		
Repetições	17		
Total de produções consideradas	60		
*Busca realizada nos repositórios institucionais e sites de todos os 38 programas de pós-graduação da área de Serviço Social			

Fonte: Pesquisa documental (2024)

Ao todo, foram encontrados 77 trabalhos que apresentavam a discussão das TICs e o Serviço Social, entretanto foram descartados aqueles trabalhos que apareciam em repetição, chegando a um total de 60 trabalhos, sendo 12 teses e 48 dissertações (Anexo II). Durante as buscas, percebeu-se que ainda é incipiente o quantitativo de produções bibliográficas no âmbito do Serviço Social sobre o tema em questão, e que o debate se encontra em consolidação na área.

Desse modo, para esta dissertação, foram consideradas todas as 60 produções encontradas, de forma que pudéssemos situar o contexto geral da produção de conhecimento da

área de serviço social sobre o tema das TICs. Posteriormente, será dado maior ênfase à análise das produções relacionadas ao objeto de pesquisa, TICs e saúde pública e suas implicações ao trabalho de assistentes sociais. É importante destacar que a área de Serviço Social é representada por um quantitativo de 38 cursos de mestrado e 23 cursos de doutorados acadêmicos, conforme dados cadastrados na plataforma Sucupira e detalhados no quadro abaixo.

Quadro 3. Programas de Pós-Graduação da Área 32 - Serviço Social

Nº	NOME DO PROGRAMA	IES	TIPO
1	Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Proteção Social	UNIPAMPA	Mestrado
2	Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Políticas Públicas	UFSM	Mestrado/Doutorado
3	Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Sustentabilidade na Amazônia	UFAM	Mestrado
4	Programa de Pós-Graduação em Economia Doméstica (Mudou de nome em dezembro de 2024 para Programa de Pós-graduação em Política Social)	UFV	Mestrado/Doutorado
5	Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas	UFMA	Mestrado/Doutorado
6	Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas	UFPI	Mestrado/Doutorado
7	Programa de Pós-Graduação em Política Social	UFES	Mestrado/Doutorado
8	Programa de Pós-Graduação em Política Social	UFF	Mestrado/Doutorado
9	Programa de Pós-Graduação em Política Social	UnB	Mestrado/Doutorado
10	Programa de Pós-Graduação em Política Social e Direitos Humanos	UCPEL	Mestrado/Doutorado
11	Programa de Pós-Graduação em Serviço Social	UFPA	Mestrado/Doutorado
12	Programa de Pós-Graduação em Serviço Social	UFRN	Mestrado/Doutorado
13	Programa de Pós-Graduação em Serviço Social	UFPB	Mestrado/Doutorado
14	Programa de Pós-Graduação em Serviço Social	UFPE	Mestrado/Doutorado
15	Programa de Pós-Graduação em Serviço Social	UFAL	Mestrado/Doutorado
16	Programa de Pós-Graduação em Serviço Social	UFRJ	Mestrado/Doutorado
17	Programa de Pós-Graduação em Serviço Social	UERJ	Mestrado/Doutorado
18	Programa de Pós-Graduação em Serviço Social	PUC-RIO	Mestrado/Doutorado
19	Programa de Pós-Graduação em Serviço Social	UNESP-FR	Mestrado/Doutorado
20	Programa de Pós-Graduação em Serviço Social	PUC-SP	Mestrado/Doutorado
21	Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Política Social	UEL	Mestrado/Doutorado
22	Programa de Pós-Graduação em Serviço Social	UFSC	Mestrado/Doutorado
23	Programa de Pós-Graduação em Serviço Social	PUC/RS	Mestrado/Doutorado
24	Programa de Pós-Graduação em Serviço Social	UFJF	Mestrado/Doutorado
25	Programa de Pós-Graduação em Serviço Social	PUC-GOÍÁS	Mestrado
26	Programa de Pós-Graduação em Serviço Social	UEPB	Mestrado
27	Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Direitos Sociais	UERN	Mestrado
28	Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local	EMESCAM	Mestrado
29	Programa de Pós-Graduação em Política Social	UFMT	Mestrado/Doutorado
30	Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Trabalho e Questão Social	UECE	Mestrado
31	Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Desenvolvimento Regional	UFF	Mestrado

32	Programa de Pós-Graduação em Serviço Social	UNIOESTE	Mestrado
33	Programa de Pós-Graduação em Serviço Social	UFS	Mestrado
34	Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Políticas Sociais	UNIFESP	Mestrado
35	Programa de Pós-Graduação em Política Social e Serviço Social	UFRGS	Mestrado
36	Programa de Pós-Graduação em Serviço Social	UFBA	Mestrado
37	Programa de Pós-Graduação em Política Social e Territórios	UFRB	Mestrado
38	Programa de Pós-Graduação em Serviço Social	UFT	Mestrado

Fonte: Plataforma Sucupira (2025).

A partir da ocorrência temática entre as produções encontradas, os títulos e temas de pesquisa identificadas, foi possível submetê-los à análise qualitativa. Diante disso, observou-se que as produções encontradas estão articuladas diretamente às discussões realizadas pela área de Serviço Social nos últimos anos.

As temáticas discutidas incidem sobre a relação das TICs com a formação e os fundamentos do Serviço Social, com o trabalho do/a assistente social, com a produção de conhecimento, com a formulação, execução e avaliação das políticas públicas, com as políticas sociais que compõem a seguridade social (Assistência, Previdência e Saúde), com os processos de precarização, exploração e uberização do trabalho, com o neoliberalismo, a reestruturação produtiva e a crise do capital na contemporaneidade, dentre outros temas que contribuem diretamente para a discussão da temática em questão. Em relação aos temas identificados nas teses e dissertações da área, a figura abaixo sintetiza os principais eixos temáticos encontrados:

Figura 1. Eixos temáticos de discussão sobre as TICs na área de Serviço Social



Fonte: elaboração própria com o uso do software Venngage (2024)

Conforme o levantamento bibliográfico, o debate relacionado às TICs, em sua grande maioria, tem considerado a discussão acerca da crise estrutural do capital, atrelada às transformações no mundo do trabalho, a degradação da vida social e as mudanças trazidas pelo contexto pandêmico. Esse cenário tem impactado de diversas maneiras as políticas sociais e o trabalho de assistentes sociais, levando à degradação das condições e relações de trabalho, capturando sua dimensão intelectual e limitando sua autonomia nos espaços sócio-ocupacionais.

Destaca-se, dentre as produções encontradas, a Dissertação de Rodrigues (2022), que analisa a produção do conhecimento da pós-graduação em Serviço Social, através de dissertações e teses, e a presença das TICs na formação e no exercício profissional, entre os anos de 1990 e 2021. A autora se debruça sobre o quantitativo de cinco trabalhos, explorando aspectos como a concepção de tecnologia adotada, a relação entre Serviço Social, questão social e tecnologia, bem como os impactos das tecnologias no trabalho e no Serviço Social.

Um outro trabalho que evidencia a produção de conhecimento do Serviço Social relacionada à temática das TICs é a Dissertação de Dias Junior (2018), que analisa os trabalhos apresentados no Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais (CBAS), no período de 1971 a 2016, investigando a interface entre as TICs e os processos de trabalho do Serviço Social e refletindo acerca dos desafios éticos e políticos colocado às/aos assistentes sociais frente ao processo de informatização e o avanço do governo eletrônico nos serviços públicos.

Diversos trabalhos abordam a discussão das TICs no âmbito das políticas sociais e serviços públicos, com destaque para a Dissertação de Campos (2015), que enfatiza a influência das mudanças tecnológicas sob o neoliberalismo, o surgimento das TICs e sua popularização nas relações entre Estado e sociedade, bem como o acesso à informação pública a partir dos portais de transparência do Governo Federal. Esta analisa a utilização de sistemas e outras tecnologias por parte do governo brasileiro na prestação dos serviços públicos, trazendo o debate acerca do acesso à informação como instrumento ideológico presente na luta de classes.

As Dissertações de Paiva (2021) e Cocentino (2023), discorrem sobre o trabalho de Assistentes Sociais no contexto do INSS digital, trazendo reflexões e identificando as diversas formas de controle e gestão do trabalho, via utilização do sistema digital, que impõem inúmeras mudanças ao trabalho dos(as) assistentes sociais, assim como engendra inúmeras barreiras ao acesso dos(as) usuários(as) à política previdenciária.

Já a Dissertação de Resende (2020) discute sobre as fragilidades e as potencialidades da inserção das TICs para a efetivação do Controle Social na Política de Assistência Social, com foco na utilização do site do Conselho Municipal de Assistência Social na comunicação com a população usuária dessa política no município de Uberaba/MG. Outro trabalho que também discorre sobre o uso das TICs na política de Assistência Social é o de Girelli (2023), entretanto a autora se debruça sobre o processo de informatização da gestão desta política, refletindo sobre o papel do Estado e o fenômeno da utilização das TICs no contexto da reestruturação produtiva e do neoliberalismo no Brasil.

Em relação ao tema saúde, a Tese de Schreider (2021) apresenta uma análise crítica acerca dos impactos da incorporação tecnológica no processo de trabalho em saúde, com base em pesquisa empírica realizada em um Centro de Tratamento Intensivo (CTI) adulto de uma unidade oncológica. Outro trabalho que discorre sobre o processo de incorporação das TICs no trabalho em saúde é a Dissertação de Melo (2023), evidenciando especificamente os desdobramentos relacionados ao uso das TICs no trabalho dos(as) assistentes sociais na área da saúde durante a pandemia da COVID-19. Estas reflexões buscam compreender as principais tendências acerca do uso das TICs no cotidiano de trabalho em serviços de saúde, destacando contradições, limites e possibilidades desta inserção.

Nesse âmbito, observa-se que a pesquisa e a produção do conhecimento contribuem expressivamente para análise crítica da sociedade, e desta em sua relação com o Estado. Essas produções são debatidas a partir da realidade social concreta, no cotidiano de trabalho profissional, desvendando a dinâmica do capitalismo contemporâneo e, ao mesmo tempo, fornecendo subsídios à investigação das diversas expressões da questão social. Isto posto, reitera-se a importância da investigação científica no Serviço Social, comprometida e respaldada por uma direção social crítica e emancipatória. Trata-se, nessa via, de uma atividade indispensável ao trabalho profissional, à formulação de políticas sociais e à consolidação de respostas profissionais concretas frente às demandas e exigências do tempo presente (Simionatto, 2014).

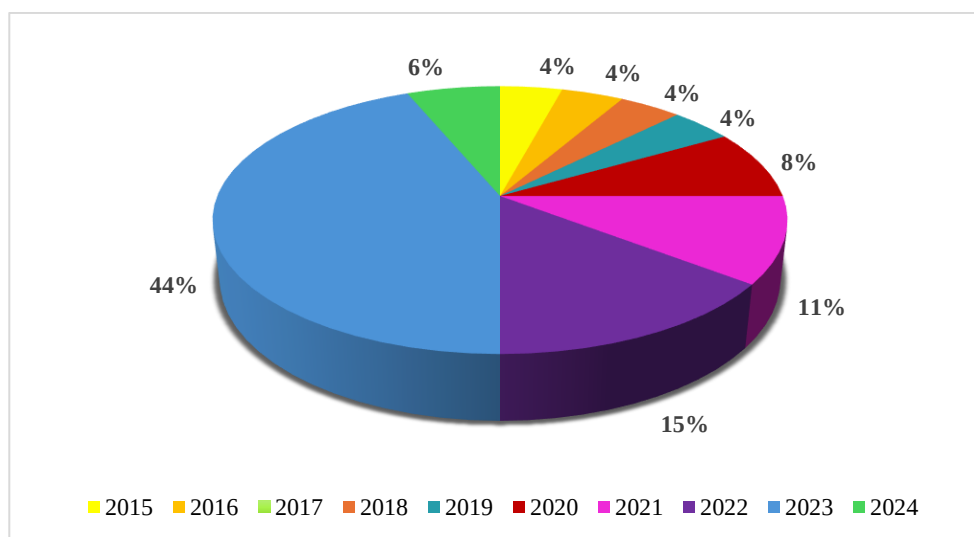
A incidência do debate sobre as TICs enquanto objeto de discussão da área de Serviço Social tem se ampliado paulatinamente, especialmente nas últimas décadas, em meio ao processo de reestruturação produtiva, avanço do neoliberalismo e os impactos trazidos ao mundo do trabalho. Sua emergência mantém relação com as profundas transformações sociais, políticas e econômicas impulsionadas pela revolução tecnológica, forjadas pela atual fase de revolução industrial, expressas pela indústria 4.0 e seus desdobramentos. Esse quadro tem

atravessado a vida cotidiana em suas diferentes esferas, dentre elas a do trabalho de assistentes sociais (Raichelis et.al, 2024).

Este debate se aprofunda a partir do contexto da pandemia da Covid-19, onde as TICs passam a ser amplamente utilizadas nos atendimentos, na gestão dos serviços socioassistenciais e na comunicação com os usuários das políticas sociais. Fato este que expôs tanto as possibilidades quanto os limites e contradições acerca do uso dessas ferramentas no cotidiano profissional. A incidência e relevância do tema também se expressa no âmbito da produção acadêmica e nos espaços de debate da categoria profissional. Discute-se, por exemplo, como as TICs podem contribuir para a ampliação dos direitos sociais ou, ao contrário, como seu uso reflete e atualiza as contradições estruturais da sociedade capitalista, atuando como instrumento de intensificação da vigilância, da desumanização dos atendimentos aos usuários, da precarização dos serviços e do trabalho profissional.

O gráfico 1 expressa, a partir das Teses e Dissertações encontradas, com que intensidade a TICs tem sido pesquisada nos últimos 10 anos (2015-2024), com destaque para maior quantidade de trabalhos nos anos de pandemia da Covid-19.

Gráfico 1. Incidência da produção de conhecimento sobre as TICs no Serviço Social brasileiro (2015-2024)



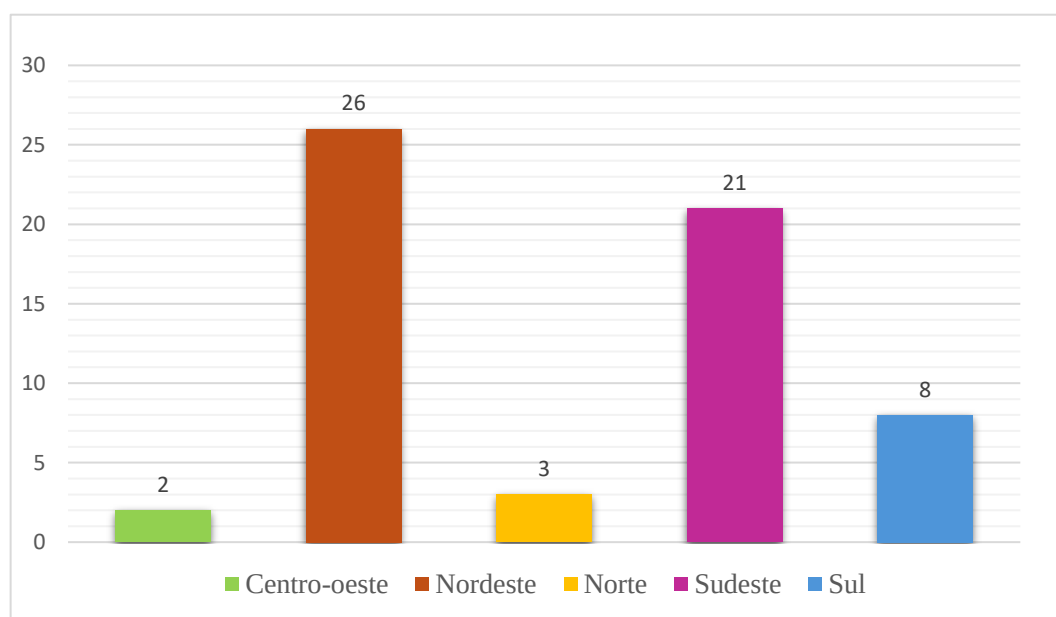
Fonte: Pesquisa documental (2024)

Vê-se ainda, a partir dos percentuais indicados no gráfico 1, que a produção de teses e dissertações entre 2015 e 2019 se manteve em um percentual de 4%, o que corresponde, se somadas, a um quantitativo de 12 produções, sendo 8 dissertações e 4 teses, entretanto, observa-

se que no ano de 2017 não há incidência de produção sobre o tema. Esse número se expande entre os anos de 2020 e 2023, com cerca de 48 produções, divididas entre um quantitativo de 8 teses e 40 dissertações defendidas. Diante deste quadro, observa-se que apesar de carecermos de uma produção científica mais robusta sobre o tema, a área tem se esforçado em ampliar o debate sobre a incorporação das TICs no cotidiano profissional.

Considerando o detalhamento feito anteriormente, é importante evidenciar as particularidades na qual se gestam o desenvolvimento científico e de produção de conhecimento da área de Serviço Social no país. O Brasil possui uma vasta extensão territorial, formada por 26 estados, além do Distrito Federal. Seu território está dividido em cinco grandes regiões: Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul, cada uma com particularidades e características distintas. Em relação à distribuição da produção científica sobre as TICs na área de Serviço Social pelas regiões do país, observa-se significativas assimetrias e disparidades, como demonstra o gráfico a seguir:

Gráfico 2. Distribuição geral do quantitativo de Teses e Dissertações sobre as TICs na área de Serviço Social por região brasileira



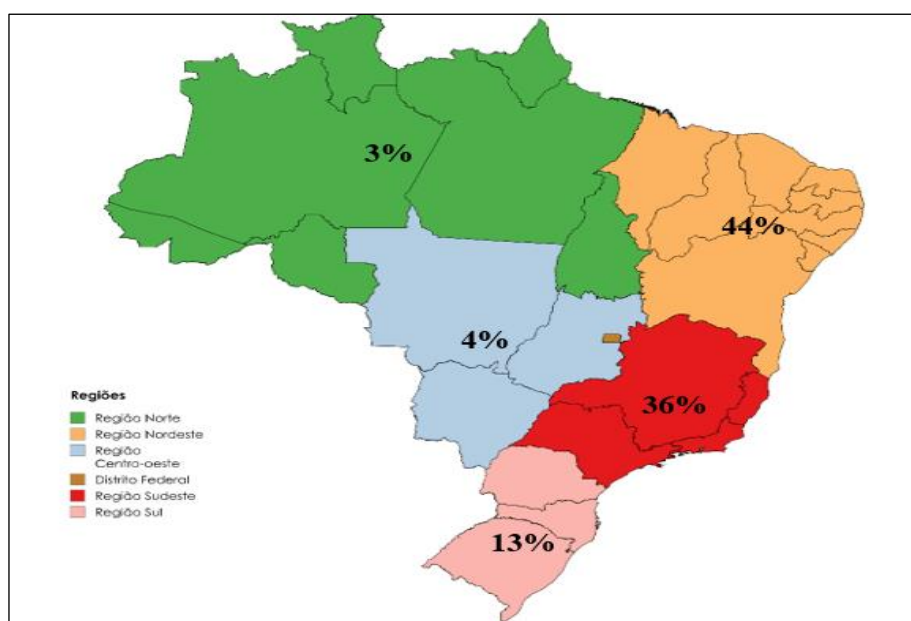
Fonte: Pesquisa documental (2024)

A partir do gráfico, identificou-se uma discrepância significativa na concentração dessas produções entre as regiões do país, onde as regiões com maior concentração da produção científica sobre as TICs são lideradas pelas regiões Nordeste, somando um quantitativo de 26 produções, e Sudeste, representada por um quantitativo de 21 produções, se somadas ambas as

regiões estas contabilizam cerca de 47 trabalhos, o que equivale a 80% da produção geral sobre o tema.

Um ponto relevante a ser destacado é a assimetria existente com as demais regiões do país, pois nota-se que a região Sul aparece em terceiro lugar, apresentando um quantitativo de 8 trabalhos, seguida pelas regiões Norte, com 3 produções, e Centro-oeste, com 2 produções sobre o tema. Para melhor visualização, apresentamos o percentual (%) dessa distribuição pelas regiões do país (Figura 2).

Figura 2. Percentual de teses e dissertações por região brasileira



Fonte: Elaboração própria, a partir da pesquisa documental (2024)

Essa constatação pode ser explicada possivelmente pela histórica concentração do número de programas de pós-graduação nessas regiões. O crescimento da pós-graduação em Serviço Social no país esteve atrelado ao processo de expansão dos cursos de graduação e ao processo de expansão das Instituições de Ensino Superior (IES) no Brasil. Os primeiros PPG da área de Serviço Social datam do ano de 1971, sendo o primeiro na Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP), seguido da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-Rio).

Atualmente, conforme dados extraídos da plataforma Sucupira e de informações contidas no documento da Área de Serviço Social, foram registrados um quantitativo de 38 Programas de Pós-graduação em funcionamento na área de Serviço Social, assim distribuídos:

três (3) na Região Norte, doze (12) na Região Nordeste, oito (8) na Região Sul, três (3) na Região Centro-oeste e doze (12) na Região Sudeste. Diante disso, resta evidente que a concentração da produção de conhecimento sobre o tema mantém relação intrínseca com a distribuição não equitativa dos cursos de mestrado e doutorado em Serviço Social pelas regiões do país (CAPES, 2025).

Entretanto, há que se observar ainda os aspectos conjunturais ligados à disparidade no acesso às tecnologias e a ampliação do fenômeno da exclusão digital presente a nível global, o que consequentemente tem afetado o Brasil, causando assimetrias regionais que interferem diretamente no acesso à internet e as demais Tecnologias de Informação e Comunicação. Segundo publicação da União Internacional de Telecomunicações (UIT), organismo ligado à Organização das Nações Unidas (ONU), há estimativas de que 2,9 bilhões de pessoas nunca acessaram a internet, sendo que 96% destas vivem em países em desenvolvimento ou subdesenvolvimento.

No Brasil, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) cerca de 28,2 milhões de pessoas com mais de 10 anos não possuem acesso à internet. Esse dado pode estar relacionado a diversos fatores tais como pobreza, analfabetismo, acesso limitado à eletricidade, falta de habilidades digitais, dentre outros. Logo, a capacidade de acesso às TICs leva em consideração diversas variáveis como qualidade do acesso, infraestrutura, conhecimento e/ou habilidades digitais, acessibilidade, dentre outros fatores que impactam de formas diferentes as regiões do país.

A partir desta linha analítica, compreendemos as TICs como algo indissociável do atual estágio de desenvolvimento capitalista, mundializado e financeirizado, com rebatimentos significativos no trabalho e nas relações capitalistas de produção e reprodução da sociedade, o que têm impactado e potencializado a incorporação das tecnologias em diversas áreas e setores, com destaque para o Serviço Social (Raichelis; Vicente; Vieira, 2022). Em especial no contexto brasileiro, marcado por um desenvolvimento capitalista tardio e dependente, arraigado em elementos que conjugam aspectos do avanço e do atraso, presentes na formação sócio-histórica do país.

Salienta-se que, conforme a discussão teórica evidenciada no capítulo anterior, a perspectiva teórica adotada nesta dissertação tem como base a concepção de tecnologia desenvolvida pela tradição marxista e marxiana. Essa perspectiva considera o desenvolvimento tecnológico no capitalismo como resultado da interação entre a força de trabalho humano e os meios de produção, como meio de valorização do capital e de ampliação da produção de

mercadorias. Para Harvey (2018, p. 111-112) “é sob o regime capitalista que encontramos uma força sistemática e poderosa impulsionando o dinamismo tecnológico e organizacional, com efeitos duradouros e acumulativos”.

Desse modo, compreende-se a relevância contemporânea do debate sobre a intensiva incorporação das TICs na vida cotidiana e no trabalho, com destaque para seus desdobramentos ao trabalho de assistentes sociais. Concordamos com Raichelis, Vicente e Vieira (2022), quando enfatizam que a incorporação das TICs no mundo do trabalho tem possibilitado um avanço progressivo da extração de mais valor (relativo e absoluto) do capital sobre o trabalho. E ainda, que o crescente uso das TICs nos espaços de trabalho tem provocado interferências expressivas sobre o trabalho profissional, sem que isso, na maioria das vezes, venha implicando uma apropriação crítica sobre a inserção destes dispositivos.

2.2 Aproximações às particularidades da inserção tecnológica no contexto da saúde pública e as implicações ao trabalho de assistentes sociais

A inserção das TICs na área da saúde não é algo novo, sendo percebida no país desde meados finais da década de 1990 e início dos anos 2000. Esta surge paralelamente às discussões acerca da informatização do Estado, a partir do estabelecimento do Governo Eletrônico (*e-Gov*), perpassando por modificações conceituais e de transição para a concepção de Governo Digital, processo impulsionado no âmbito das reformas administrativas no Estado e por políticas de corte neoliberal, sob a lógica da otimização da gestão dos serviços públicos (Rachid et al, 2023). Os autores destacam que:

Em 1991, o Departamento de Informática do SUS (Datasus) foi criado como parte da responsabilidade conjunta entre federação, estados e municípios quanto à organização do Sistema Nacional de Informação em Saúde. Enquanto fundamento básico do SUS, a descentralização da gestão norteou essa criação ao promover sistemas de informação capilarizados regional e localmente (Rachid *et.al*, 2023, p. 2146).

A incorporação tecnológica aos processos de trabalho em saúde corresponde a interesses mais amplos, vinculados à trajetória assumida pela política de saúde em solo brasileiro. De acordo com o Ministério da Saúde, a disponibilidade das TICs pode ser observada quando da implantação dos chamados Sistemas de Informação. Com destaque para os Sistemas de Informações Hospitalares (SIH), Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC),

Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e os Sistemas TABWin e TABNet (Rachid et al, 2023).

Entretanto, esse processo foi aprimorado e fortalecido somente a partir da publicação da lei 12.401/2011, que criou a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologia no SUS (CONITEC). Já em 2012, o Ministério da Saúde lançou a iniciativa e-SUS, para o provimento de ferramentas digitais para registros clínicos em saúde. Observa-se nesse cenário, que a presença tecnológica no âmbito do SUS esteve inicialmente relacionada ao eixo de análise situacional Determinantes e Condicionantes de Saúde, evidenciado nos Planos Nacionais de Saúde referentes aos anos de 2012-2015 e 2016-2019.

Nestes, a análise situacional do Complexo Produtivo e de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde emerge referendado pela Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde (PNCTIS). A PNCTIS tinha por finalidade contribuir com o “desenvolvimento nacional de forma sustentável, com base na produção de conhecimentos técnicos e científicos ajustados às necessidades econômicas, sociais, culturais e políticas do país” (BRASIL, 2011, p. 35).

A partir deste quadro, baseado em orientações da OMS, o Ministério da Saúde passou a promover desde 2019 a Estratégia Saúde Digital, incluindo transformações tanto no setor industrial e seus produtos, quanto no trabalho e na prestação de serviços em saúde. Essa iniciativa empreendeu ações nacionais, como a implementação do Programa Conecte SUS e a Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS), além da realização de atualizações em ações precedentes, como a nova Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS). Também foram instituídos na hierarquia do Ministério da Saúde o Departamento de Saúde Digital e o Comitê Gestor de Saúde Digital, além da ESD28, “cujo objetivo envolve a promoção de engajamento de pacientes e cidadãos, para hábitos saudáveis” (Rachid et.al, 2023, p. 2147).

A crescente digitalização do Estado reordenou os processos de gestão e operacionalização dos serviços públicos, evidentemente a partir das reformas neoliberais e o crescente investimento em parcerias público-privadas. Essas medidas possibilitaram uma crescente indução à plataformização do Estado, descrita a partir de três dimensões: a concentração de dados, os usuários-consumidores e a constante privatização das infraestruturas públicas (Ibidem, 2023). Exigindo-lhes a compreensão não somente dos sistemas envolvidos, mas também as estruturas e as relações de poder que dimensionam essa indução.

As indústrias ligadas à produção e abastecimento de produtos no âmbito do SUS compreendem o rol de empresas integrantes ao complexo industrial da saúde. No Plano

Nacional de Saúde (2016-2019), essas empresas aparecem como estratégias de otimização do complexo produtivo em saúde. Já no Plano Nacional de Saúde (2020-2023) o Complexo Produtivo e de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde passou a configurar um eixo próprio da análise situacional de saúde, ganhando relevo nas discussões em torno da inserção tecnológica no SUS. De acordo com o documento, “a área da saúde representa um dos mais importantes componentes da relação entre desenvolvimento científico e tecnológico versus desenvolvimento econômico” (Brasil, 2021, p. 127).

Este documento reformula o texto em que se refere ao Complexo Industrial da Saúde (ou Complexo Econômico-Industrial da Saúde), onde destaca que:

O Ministério da Saúde incluiu em suas prioridades o Complexo Industrial da Saúde (CIS), rede produtiva em saúde que contempla as indústrias farmacêuticas de base química e biotecnológica, os produtos para saúde, as Instituições Científicas, Tecnológicas e de Inovação (ICT) e os serviços de saúde, compreendendo o espaço institucional, econômico e social em que se realiza a produção e a inovação em saúde, e concebe uma abordagem orientada ao enfrentamento de desafios estruturais do SUS (Brasil, 2021, p.131).

A figura abaixo apresenta os setores econômicos que compõem o Complexo Industrial da Saúde, conforme estabelecido no Plano Nacional de Saúde:

Figura 3. Setores econômicos que compõem o Complexo Industrial da Saúde



Fonte: Plano Nacional de Saúde 2024-2027 (adaptado).

No contexto de contrarreformas do Estado, essas empresas foram condicionadas aos interesses de mercado, integrando parcerias público-privadas e usufruindo de subsídios fiscais e da desoneração de impostos. Dessa forma, a saúde que sempre fora um importante nicho de mercado torna-se ainda mais rentável à acumulação e obtenção de lucros, ampliando a tendência de mercantilização. Contudo, é importante ressaltar os avanços obtidos a partir da inserção tecnológica na qualificação da atenção à saúde, proporcionando maior eficiência, monitoramento e integralização dos serviços ofertados à população usuária. Entretanto, é preciso refletir sobre o risco desses processos e de seu distanciamento quanto aos objetivos defendidos pelo SUS, visto que cada vez mais esta inserção tende a reproduzir lógicas de mercado e exclusão social (Coelho Neto; Chioro, 2020).

A saúde digital emerge como tendência de incorporação tecnológica na saúde pública, por meio da proposta gerencial de um Estado eficiente, que reduz custos e soluciona as necessidades em saúde da população. Esta inserção expandiu-se no contexto da pandemia de Covid-19, por meio da oferta de tecnologias, insumos e serviços para o monitoramento da situação de saúde, especialmente em países do sul global. Todavia é necessário considerar ainda que “trata-se de um contexto que demanda a compreensão das funções de patrocínio e regulação do complexo industrial da saúde em meio a uma arena política de tensões e disputas” e ainda “o reconhecimento da roupagem do Estado industrial capitalista na figura estatal que provê saúde como direito” (Rachid et.al, 2023, p. 2147).

O marco teórico de discussão da presença tecnológica no setor saúde exige uma abordagem ampliada e interdisciplinar, que articule os diversos campos do saber, e em particular para esta discussão os campos da saúde coletiva, da ciência e tecnologia e das ciências sociais aplicadas, em especial do serviço social. No campo da saúde pública, o uso de tecnologias está associado aos processos de racionalização e organização dos serviços, bem como a produção de dados para posterior avaliação da política de saúde e tomada de decisão (Moraes, 2014).

Na contemporaneidade, pensar sobre o conceito de informação está cada vez mais relacionado ao debate acerca das tecnologias que lhe dão suporte. Para esta discussão, não se trata de qualquer informação ou tecnologia em saúde, e sim aquelas produzidas, desenvolvidas e gerenciadas pelo Estado nas três esferas governamentais, no que se refere à gestão, promoção, prevenção, atenção, vigilância, assistência e regulação de serviços na saúde pública. Neste setor, há diferentes concepções acerca dos conceitos de informação em saúde e tecnologias em saúde, não sendo estabelecido consenso na sua definição (Santos, 2016).

A informação em saúde está relacionada à comunicação de ações em saúde, que vai desde os processos de gestão até a prestação de serviços. Desse modo, é possível afirmar que diversas categorias de profissionais de saúde se utilizam de informações para subsidiar sua intervenção e processos de trabalho, produzindo dados em saúde. Para que estes dados sejam úteis ao embasamento e tomada de decisão, se faz necessário sua sistematização a partir do registro e armazenamento dessas informações (Brandão, 2024).

Os Sistemas de Informação em Saúde (SIS) são definidos no âmbito da saúde como elementos que possibilitam a coleta, armazenamento, processamento de dados e difusão de informação em saúde. Este tem por objetivo a transformação de dados em informações, posteriormente utilizadas em atividades de planejamento, monitoramento e avaliação de políticas públicas e serviços de saúde (Fornazin, 2020).

Estes compreendem um conjunto de elementos que articulados transformam-se potencialmente em informações úteis ao planejamento, organização e avaliação dos serviços de saúde. Fazem parte desse conjunto os materiais de registro e coleta de dados, à exemplo dos formulários e prontuários, os meios utilizados para a divulgação de informações, como relatórios, os recursos utilizados para sua finalidade, como os trabalhadores responsáveis pela coleta, armazenamento, processamento e toda tecnologia e infraestrutura utilizada, como sistemas, *softwares* e computadores (Brandão, 2024).

A história dos SIS no país é intrínseca à história da política de saúde, podendo ser dividida em dois blocos. O primeiro está relacionado aos SIS de suporte aos serviços de assistência médico-previdenciária. O segundo diz respeito aos SIS de suporte às ações campanhistas em saúde pública. Somente com instauração do SUS é que a informação e a comunicação em saúde adquirem novo papel na reorganização da política de saúde (Ibidem, 2024).

Moraes (2014) problematiza a visão equivocada sobre os SIS apenas como fonte de armazenamento de informação, destacando sua importância enquanto espaço estratégico no campo das disputas entre projetos de saúde no país. O uso desses sistemas tem permitido, por exemplo, a centralização e compartilhamento de dados clínicos dos pacientes entre diferentes unidades de saúde, o que favorece a continuidade do cuidado em saúde e o acompanhamento dos processos de gestão e operacionalização dos serviços em todos os níveis de atenção em saúde (Coelho Neto; Chioro, 2021). Entre as principais iniciativas identificadas no âmbito do SUS destacam-se:

Quadro 4. Sistemas de Informação em Saúde no Brasil

Nº	SIGLA	SISTEMA
01	AMAQ	Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
02	APURASUS	Sistema de Apuração e Gestão de Custos do SUS
03	BFA	Sistema do Programa Bolsa Família na Saúde
04	CADSUS	Sistema de Cadastramento dos Usuários do SUS
05	CNES	Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde
06	DATASUS	Departamento de Informática do SUS
07	e-SUS AB	Estratégia e-SUS para a Atenção Básica
08	PAINEL-PSE	Sistema de Adesão ao Programa Saúde na Escola
09	PEC	Prontuário Eletrônico do Cidadão
10	PMAQ-AB	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
11	RAAS-AD	Registro das Ações de Saúde da Atenção Domiciliar
12	SARGSUS	Sistema de Apoio à Elaboração do Relatório de Gestão
13	SISAB	Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica
14	SAI/SUS	Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS
15	SIH	Sistema de Informações Hospitalares
16	SIACS	Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde
17	SIASI	Sistema de Informação da Saúde Indígena
18	SIM	Sistema de Informações sobre Mortalidade
19	SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
20	SIPNI	Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações
21	SINASC	Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos
22	SIOPS	Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde
23	SIS-ÁGUA	Sistema de Informação de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano
24	SIS-CNRAC	Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade
25	SIS-SOLO	Sistema de Informação de Vigilância em Saúde de Populações Expostas a Solo Contaminado
26	SISREG	Sistema Nacional de Regulação
27	SMART	Sistema de Monitoramento e Avaliação de Resultados do Programa Telessaúde

Fonte: Plano Nacional de Saúde 2020-2023.

Em relação ao conceito de tecnologia em saúde, esta compreende as intervenções, conhecimentos, habilidades e instrumentos utilizados na promoção do cuidado em saúde. Este conceito abrange não apenas tecnologias como medicamentos, equipamentos e procedimentos médicos, mas também os sistemas organizacionais e de suporte nas quais os cuidados em saúde são ofertados. Portanto, refere-se a todas as formas de conhecimento aplicadas à solução ou redução dos problemas de saúde de indivíduos ou populações, cuja finalidade é a melhoria no tratamento por meio da prática em saúde (Santos, 2016).

As tecnologias em saúde consistem ainda em sistemas organizacionais, de informação e suporte, bem como programas, protocolos assistenciais e processos de trabalho em saúde. Estas podem ser classificadas em: 1) Tecnologia em Saúde leves: são tecnologias relacionais, responsáveis pela produção do vínculo, acolhimento, autonomização, e gestão dos serviços, permitindo gerar informações que contribuam no tratamento humanizado de indivíduos e populações; 2) Tecnologia em Saúde leve-duras: são tecnologias-saberes estruturados na

operacionalização dos processos de trabalho em saúde, tais como saberes clínicos; 3) Tecnologia em Saúde duras: são as máquinas-ferramentas, tais como equipamentos, aparelhos, sistemas tecnológicos, normas e estruturas organizacionais (Ibidem, 2016).

Nessa perspectiva, compreender as tecnologias em saúde requer perceber as contradições postas, seja em relação ao cuidado em saúde, seja em relação ao processo de trabalho profissional. Requer ainda conceituar e definir a concepção de tecnologia presente tanto na incorporação quanto na apropriação desta pelo setor de saúde. Veloso (2024) recupera a definição de tecnologia em Vieira Pinto (2008), concebendo-a como o resultado do trabalho acumulado por uma sociedade, de caráter histórico e social, e parte da compreensão do avanço técnico científico como expressão do desenvolvimento das forças produtivas.

As TICs apresentam-se nesse cenário como produto da convergência das telecomunicações com a informática, representando um conjunto de dispositivos, serviços e conhecimentos atrelados ao uso de computadores, softwares, sistemas e redes, com a capacidade de processar, armazenar e distribuir informações. O avanço tecnológico tem evidenciado inúmeras contradições presentes no modo de produção capitalista, tais como os processos de precarização do trabalho, a destruição de direitos, a mercadorização dos serviços públicos e a expansão do poder de grandes empresas e conglomerados tecnológicos, ocasionando fenômenos como desemprego estrutural e exclusão digital. Portanto, trata-se de um quadro complexo, que apresenta limites, desafios e possibilidades na sociedade contemporânea.

À luz destas reflexões, ressaltamos a importância da discussão acerca da inserção das TICs no âmbito do SUS e nos processos de trabalho de assistentes sociais. É importante salientar a ênfase dada à articulação entre as categorias trabalho, saúde e tecnologia, pois estas constituem a base fundamental desta discussão. Concordamos com Bravo (2024) quando esta diz que a saúde tem sido cada vez mais um campo de disputas de interesses de grupos econômicos, em busca de impor a sua lógica privada nos espaços públicos. E é justamente nesse espaço de correlações de forças que a saúde pública tenta se consolidar.

Para Oliveira e Ghiraldelli (2019), a lógica privatista de mercado impôs à materialização do SUS inúmeros desafios, pois à medida que o Estado avançou em sua articulação com a lógica neoliberal, foram diminuídas as garantias e recursos destinados à agenda pública de saúde, trazendo consequências para efetivação das ações e serviços executados em todos os níveis de atenção à saúde. O avanço do projeto neoliberal, agudizado por meio das contrarreformas empreendidas desde a década de 1990, puseram em marcha o processo de desfinanciamento da

saúde pública brasileira, gerando um quadro de intensa precarização nos serviços, na gestão e no trabalho em saúde.

Nesse contexto, o Serviço Social tem enfrentado de forma cotidiana os desafios postos pelo agravamento da crise capitalista e pelas contrarreformas estruturais. A financeirização e o avanço das políticas neoliberais tem repercutido no aprofundamento da crise econômica, política e social vivenciada nas últimas décadas. De um lado, os/as assistentes sociais sofrem os impactos do recrudescimento do neoliberalismo, tendo em vista o esfacelamento dos direitos vinculados ao trabalho e o agravamento das múltiplas expressões da questão social. Em contraponto, seu exercício profissional deve se orientar pela qualificação de respostas ao enfrentamento das expressões da questão social, na superação de abordagens dicotômicas, fragmentadas e imediatas postas pelas demandas institucionais (Ortiz et al., 2021).

Assistentes Sociais, no âmbito dos processos coletivos de trabalho em saúde, tem seu trabalho reconhecido a partir da promulgação da Lei Orgânica de Saúde 8.080 e 8.142 de 1990, pela Resolução nº210/1997 do Conselho Nacional de Saúde, e pela regulamentação da Resolução nº 383/99 do Conselho Federal de Serviço Social, que dispõe sobre a inserção dessa categoria profissional nas equipes de profissionais de saúde.

Destaca-se, ainda, o estatuto jurídico que dispõe sobre as atribuições privativas e competências profissionais dos/as assistentes sociais, materializado pela Lei de Regulamentação da profissão 8.662/1993. Esta regulamentação define as atribuições privativas como prerrogativas exclusivas do exercício profissional, já as competências profissionais se configuram como a “capacidade para apreciar ou dar resolatividade a determinado assunto, não sendo exclusivas de uma única especialidade profissional, mas a ela concernentes em função da capacitação dos sujeitos profissionais” (Iamamoto, 2012, p. 37).

O que delimita o caráter de uma atividade enquanto privativa do/a assistente social é a sua qualificação enquanto matéria, área e unidade de Serviço Social. Conforme o artigo 5º da Lei nº 8.662/1993, essas atividades devem ser estritamente exercidas por assistentes sociais, como, por exemplo: coordenar, elaborar, executar, supervisionar e avaliar estudos, pesquisas e projetos; planejar, organizar e administrar projetos; realizar assessoria e consultoria a órgãos da administração pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades; realizar vistorias perícias técnicas, laudos periciais informações e pareceres (CFESS, 2012). Já as competências profissionais direcionam-se fundamentalmente aos direitos civis, políticos e sociais, no atendimento aos sujeitos sociais.

Consideramos, nesse contexto, a relativa autonomia enquanto elemento indispensável no esforço à demarcação dos limites e possibilidades da intervenção profissional. Referimo-nos aqui às mediações necessárias à intervenção cotidiana e ao domínio das categorias ontológicas e reflexivas que contribuem para a compreensão da totalidade (Mota, 2014). Se por um lado a inserção profissional nos processos e relações de trabalho são estabelecidas por meio do controle e subordinação das requisições institucionais, por outro lado, o exercício da relativa autonomia profissional cria as mediações necessárias para uma prática fundamentada e sistematizada nas dimensões teórico-metodológica, ético-política e técnico operativa.

Em meio ao atual estágio de acumulação capitalista, conformado pelas transformações postas pela Revolução 4.0 e pelo avanço científico e tecnológico, a relação entre as TICs e o cotidiano de trabalho de assistentes sociais apresenta-se sob uma nova racionalidade. Esse quadro vem introduzindo novas mediações na intervenção e no enfrentamento das expressões da questão social, afetando o mercado de trabalho, as políticas sociais, e de forma particular, o trabalho de assistentes sociais (Raichelis; Arregui, 2021).

Para Guerra (2009), a análise das expressões da questão social deve partir de uma compreensão aprofundada dos seus fundamentos estruturais e da lógica que lhe deu origem, a lógica de acumulação capitalista. Quando essa dimensão não é considerada, corre-se o risco de obscurecer a realidade em vez de explicá-la de forma crítica. Assim, torna-se fundamental descobrir os fundamentos da chamada questão social, ou seja, a partir da identificação de suas expressões concretas, tais como desemprego, fome, doenças, violência etc., precarização do acesso a bens e serviços, como moradia, educação e saúde, considerando-as como mediações importantes e que incidem diretamente sobre os meios e modos de responder às demandas profissionais.

Para Coelho Neto e Chioro (2020), o uso de sistemas de informação em saúde e os atendimentos mediados por tecnologia, configuram uma nova dinâmica aos processos de trabalho, reorientando formas de registro, acompanhamento e intervenção junto aos usuários. Tais instrumentos conformam um duplo caráter. Por um lado, contribuem na sistematização de informações e dados do usuário dos serviços públicos, facilitando e promovendo a articulação entre diferentes pontos da rede de atenção à saúde. Por outro, impõem ao trabalho de assistentes sociais desafios que envolvem não apenas o domínio técnico-operativo, mas também aspectos éticos e políticos relacionados à profissão.

Esse quadro tem requisitado, portanto, a ampliação das competências profissionais, o que inclui o domínio tecnológico. Nessa via, é fundamental a compreensão das mudanças

estruturais, organizacionais e institucionais que afetam o trabalho profissional, bem como a ampliação da capacidade de análise crítica frente a essas transformações. Se faz necessário ainda que assistentes sociais conheçam e participem de debates sobre a introdução de novas tecnologias na saúde, de forma a contribuir com uma perspectiva ética e emancipatória, orientada pelos princípios do projeto ético-político da profissão.

O incremento tecnológico tem alterado a dinâmica de atendimento e vínculos com os usuários, limitando a intervenção profissional em torno da complexidade das demandas sociais, padronizadas pelo uso de sistemas (Santos, 2019). Além disso, é necessário considerar as desigualdades estruturais de acesso à tecnologia, pois muitos usuários do SUS enfrentam barreiras como a exclusão digital e baixo letramento digital, o que por vezes tem se tornando impeditivo da garantia de atendimento e acesso aos serviços de saúde (Moraes, 2014).

Para Raichelis et.al (2024), o trabalho mediado pelas TICs tem se tornando cada vez mais presente na formulação e operacionalização das políticas sociais. Essas tecnologias emergem, ao mesmo tempo, como exigência e como necessidade colocada pelo mercado de trabalho, trazendo implicações diretas aos serviços sociais públicos. O trabalho de assistentes sociais na saúde não está isento destas contradições, pois este é permeado pelo uso de sistemas e tecnologias de informação.

Sodré (2010, p. 467) corrobora a esse entendimento, afirmando que “no modelo de acumulação flexível, a informação tornou-se um capital valiosíssimo”. Assim, a produção de informação sistematizada e qualificada pelo trabalho de assistentes sociais torna-se um capital importante no mercado. Este fato tem repercutido de diferentes maneiras nas relações sociais e de trabalho, sendo necessária, atual e urgente sua investigação.

CAPÍTULO 3 - AS TICs E O COTIDIANO DE TRABALHO PROFISSIONAL NA SAÚDE: LIMITES E POSSIBILIDADES

3.1 Trabalho, tecnologia e política de saúde à luz da produção de conhecimento da área: os achados da pesquisa

Neste item, como mencionado anteriormente, apresentamos a segunda etapa de análise das produções encontradas no levantamento de dados, na qual será dado maior ênfase às produções que relacionam as TICs e a área da saúde na última década (2015-2024). Os trabalhos encontrados na busca geral (direta e indireta) foram tabulados com a ajuda do Software *Microsoft Excel* e organizados.

Para a seleção das produções, foram lidos previamente os títulos e os resumos dos 60 trabalhos encontrados na busca geral (direta e indireta), de forma que fossem selecionados somente aqueles mais alinhados ao objeto da pesquisa. Para isso, foram estabelecidos critérios de inclusão e exclusão dos trabalhos, para que assim fosse possível chegar a uma amostra que de fato correspondesse à temática pesquisada, conforme elencados no quadro abaixo:

Quadro 5. Critérios de inclusão e de exclusão da produção de conhecimento analisada

Critérios de Inclusão	Critérios de Exclusão
Teses e Dissertações defendidas entre os anos de 2015 e 2024, que sejam da área de conhecimento do Serviço Social, incluídas no banco de Teses e Dissertações da Capes ou disponíveis nos repositórios institucionais dos 38 Programas de Pós-graduação da área, cuja temática tenha como foco, direta ou indiretamente, a discussão sobre as TICs e o trabalho de assistentes sociais na saúde pública.	Teses e Dissertações de áreas distintas do Serviço Social ou que não estejam com acesso disponível no banco de Teses e Dissertações da Capes e/ou repositórios institucionais, que estejam fora do período de análise delimitado e que não tenham como foco a discussão temática entre trabalho profissional, TICs e saúde pública.

Fonte: elaboração própria (2024)

Desse modo, com base nos critérios de inclusão e exclusão, e por meio da leitura dos títulos, sumários e resumos, chegamos a um quantitativo de 21 trabalhos selecionados, sendo 19 Dissertações e 2 Teses. Inicialmente, buscou-se levantar os dados de identificação dos trabalhos, como: título do trabalho; tipo de trabalho (mestrado ou doutorado); resumo; ano de publicação; palavras-chave; nome dos/as autores/as; nome do/a orientador/a; Programa de Pós-graduação e Instituição de Ensino Superior/IES nas quais o trabalho foi desenvolvido; e

localidade de origem da pesquisa (estado e região), de forma que pudéssemos sistematizar e analisar qualitativamente os trabalhos encontrados. Os trabalhos selecionados para a análise estão dispostos conforme o quadro abaixo:

Quadro 6. Teses e Dissertações selecionadas para análise

Nº	AUTOR	IES	ANO	TÍTULO	TIPO
1	MACHADO, Kamila Venturini	EMESCAM	2023	Tecnologias de Informação e Comunicação na Atenção Primária à Saúde Durante a Pandemia de Covid-19	Dissertação 1
2	SILVA, Marenilse Saturnino da	UERJ	2022	Requisições Institucionais à Assistentes Sociais em Tempos de Pandemia do Novo Coronavírus/Covid-19: uma análise a partir das demandas encaminhadas à COFI do Cress-Rj no período de março à dezembro de 2020	Dissertação 2
3	CAMPINHOS, Marcelo Plotegher	EMESCAM	2019	A Inovação Tecnológica como fator de desenvolvimento econômico para políticas públicas	Dissertação 3
4	LIMA, Monica Silva de	UFAL	2016	Trabalho, Tecnologia, Capital: determinações de uma relação destrutiva revestida pelo desenvolvimento	Dissertação 4
5	SCHREIDER, Erika	UFRJ	2021	TECNOLOGIA E SAÚDE: impactos para o processo de trabalho em uma Unidade Hospitalar de Alta Complexidade	Tese 1
6	SOUZA, Aline Carvalho	UFSC	2022	As ações do (a) Assistente Social na saúde no cenário inicial de Pandemia da Covid 19 em Santa Catarina	Dissertação 5
7	SANTOS, Amanda Nascimento Lougon dos	UFF	2023	SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE: uma análise do exercício profissional em um Hospital Universitário no contexto de enfrentamento da Pandemia da Covid-19.	Dissertação 6
8	GOMES, Ana Carla Grigorio Silva	UFPB	2023	Mediação e Instrumentalidade: Assistentes Sociais diante da Covid-19 no Hospital Clementino Fraga em João Pessoa/PB.	Dissertação 7
9	SANDES, Deisy Almeida Araújo	UFPB	2023	O Serviço Social no Sistema Único De Saúde (SUS): desafios e práticas sob o contexto do novo Coronavírus no Município de Paulo Afonso – BA	Dissertação 8
10	MENDONÇA, Isabelle Pinto	UFS	2020	O Trabalho do Assistente Social Na Atenção Básica em Saúde em Sergipe (2015 a 2019)	Dissertação 9
11	GONÇALVES, Jefferson Ferraz	UFF	2023	O Trabalho do Serviço Social no Hospital Federal de Bonsucesso, no Rio de Janeiro, nos anos de 2020 e 2021: entre a “Epidemia da Precarização” e a Pandemia da Covid-19	Dissertação 10
12	FONSECA, Lucas Alexssandher Tavares	UFRN	2024	Capitalismo Pandêmico e a Nova Morfologia do Trabalho no Serviço Social: uma análise das denúncias de violação de direitos do trabalho profissional acolhidas pela COFI - CRESS/RN (2020 - 2022).	Dissertação 11
13	RODRIGUES, Luna Alves de Souza	UFES	2023	Tecnologia e Trabalho do Serviço Social em Tempos de Pandemia da Covid-19: análise das condições e relações de trabalho	Dissertação 12
14	SANTOS, Maria de Fátima de	UFPI	2022	Os Processos de Trabalho das(os) Assistentes Sociais na Política de Saúde Mental: uma análise	Dissertação 13

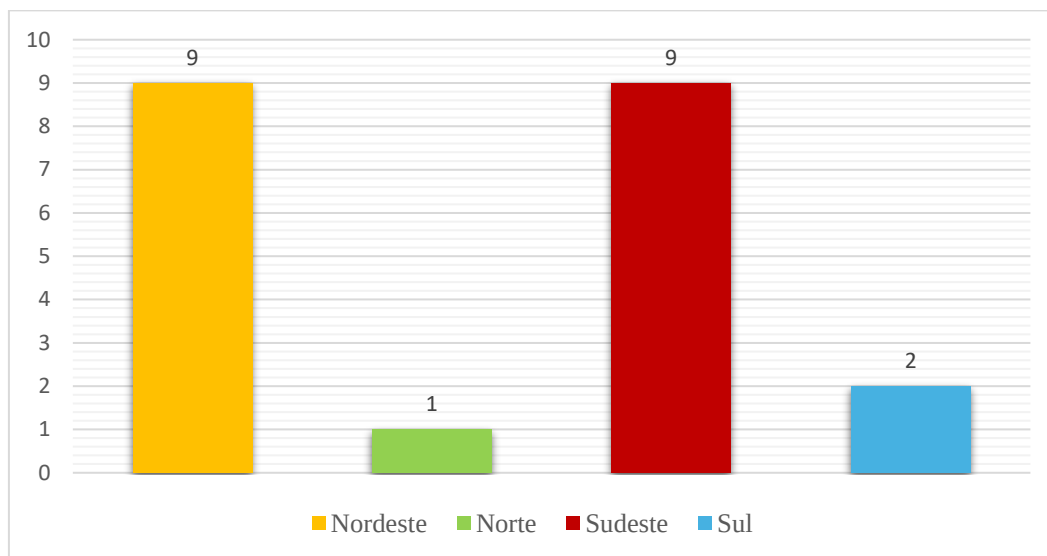
	Moura Porto dos			nos Centros De Atenção Psicossocial (CAPS) do Estado do Piauí	
15	ROSA, Neno	PUC-SP	2023	O Papel do Serviço Social na Gestão dos Serviços Públicos Digitais no Brasil: desafios e possibilidades	Dissertação 14
16	PINTO, Neusa de Resende	UERJ	2020	O SISREG na Atenção Primária de Saúde: um estudo sobre a reorganização da porta de entrada do SUS no Município do Rio de Janeiro	Dissertação 15
17	KIEKOW, Priscila	UNIOESTE	2023	O Trabalho das Assistentes Sociais nos Hospitais do Sudoeste do Paraná no contexto pandêmico da Covid-19	Dissertação 16
18	SILVA, Rafaela Nascimento da	UFRN	2024	O Trabalho Sob Fogo Cruzado e as Formas de Precarização no Exercício Profissional na Saúde: o cotidiano profissional de Assistentes Sociais no Serviço de Pronto Atendimento em tempos de Covid-19	Dissertação 17
19	SILVA, Luciana da Conceição e	PUC-RJ	2022	A Precarização do Trabalho dos Assistentes Sociais no Sistema Único de Saúde do Rio de Janeiro	Tese 2
20	MELO, Cleomar Jamyson da Silva	UFPE	2023	Serviço Social na Saúde e Tecnologias da Informação e Comunicação no Contexto Pandêmico	Dissertação 18
21	FARIAS, Rafaela Cabral	UFT	2023	A reestruturação dos serviços de saúde no contexto hospitalar e os desafios para o serviço social frente à crise socio sanitária e estrutural do capital	Dissertação 19

Fonte: elaboração própria (2024)

Em relação às produções selecionadas, percebeu-se a predominância de estudos mais recentes. Quanto às Teses, foram selecionadas duas (2) produções, defendidas entre os anos de 2021 e 2022. Quanto às Dissertações, o maior número de produções defendidas data do ano de 2023, com dez (10) produções, seguidas do ano de 2022, com quatro (4) produções, e de 2020 e 2024, ambos com duas (2) produções cada. Já nos anos de 2016, 2019 e 2021 houve apenas uma (1) produção cada.

Observou-se, também, que no recorte temporal dos anos de 2017 e 2018 não houve nenhuma produção relacionada às TICs no contexto da saúde. Identificou-se, ainda, que somente quatro (4) regiões do país concentram as produções referentes ao tema, sendo estas Sudeste, Nordeste, Sul e Norte. A região Centro-oeste não apresentou nenhuma produção referente ao objeto de pesquisa, conforme demonstra o gráfico abaixo:

Gráfico 3. Número de produções que relaciona saúde pública e TICs por região brasileira



Fonte: Pesquisa documental (2024)

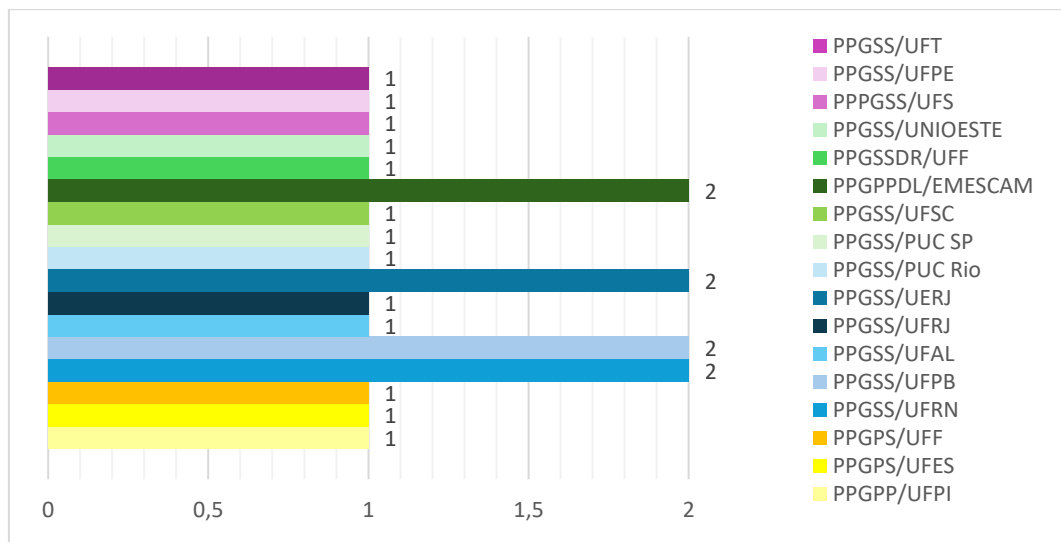
Ao analisar o gráfico acima, é possível reafirmar a disparidade existente quanto à distribuição dos cursos de Pós-graduação no Brasil e a concentração da produção de conhecimento, evidenciado pela expressiva centralização destes cursos em algumas regiões do país.

Cumprе salientar que, apesar de as regiões Nordeste e Sudeste apresentarem um quantitativo equivalente de produções, ambas com nove (9), e de cursos de Pós-graduação, ambas com doze (12), a região Nordeste é composta territorialmente por um quantitativo de estados inferior à região Sudeste, fato que revela enorme discrepância entre a oferta de cursos por região, e consequentemente, uma distribuição não equânime da produção de conhecimento.

Esse aspecto evidencia os limites e desafios à expansão equitativa de cursos e a persistência de desigualdades estruturais entre as regiões brasileiras no que se refere à educação superior pública. Tal assimetria pode ser interpretada como reflexo de uma alocação desigual de recursos destinados ao fomento da pesquisa científica no Brasil e ao contexto de contrarreformas que impactou inúmeras políticas, dentre elas a de Educação.

Quanto à distribuição da produção de conhecimento entre os 38 Programas de Pós-graduação da Área de Serviço Social, verificou-se que apenas 17 PPGs possuem Teses e Dissertações referentes à temática das TICs na área da saúde. Acerca desta constatação, o Gráfico 4 demonstra o detalhamento desta distribuição:

Gráfico 4. Número de produções distribuídas entre os Programas de Pós-graduação da área de Serviço Social



Fonte: Pesquisa documental (2024)

A partir do gráfico, observa-se que as produções localizadas estão divididas entre: Doze (12) programas situados em Universidades Federais, que detém cerca de quatorze (14) produções; Dois (2) programas situados em Universidades Estaduais, com um quantitativo de três (3) produções; Três (3) programas situados em Universidades Católicas, com um número de quatro (4) produções.

Importa salientar que, apesar dos trabalhos não compreenderem a totalidade dos Programas de Pós-graduação da área de Serviço Social, o tema das TICs no âmbito da política de saúde tem correspondido a produção do conhecimento de parte considerável dos cursos, mostrando, nessa via, o interesse e relevância na discussão do tema.

Em relação aos trabalhos selecionados, percebeu-se, quando da análise e leitura dos documentos, que estes se classificavam conforme dois tipos de abordagem: 1) trabalhos que abordavam diretamente o tema das TICs na saúde, ou seja, o tema constitui o objeto central da investigação; 2) trabalhos que abordavam indiretamente o tema das TICs na saúde, ou seja, quando o tema aparecia de forma transversal nas discussões.

Quanto à abordagem direta do tema, o quantitativo analisado corresponde a seis (6) trabalhos, sendo uma (1) Tese e cinco (5) Dissertações, conforme indicados no quadro abaixo.

Quadro 7. Teses e Dissertações que abordam diretamente o tema

Nº	AUTOR	TÍTULO	TIPO	OBJETIVO
1	MACHADO, Kamila Venturini	Tecnologias de Informação e Comunicação na Atenção Primária à Saúde Durante a Pandemia de Covid-19	Dissertação 1	Analisa as potencialidades e limitações das tecnologias de informação e comunicação na atenção primária à saúde utilizadas no Brasil durante a pandemia de covid-19.
2	SCHREIDER, Erika	TECNOLOGIA E SAÚDE: impactos para o processo de trabalho em uma Unidade Hospitalar de Alta Complexidade	Tese 1	Compreender qual(is) impactos(is) da incorporação tecnológica, do tipo hardware ou dura, especialmente equipamentos e maquinários, no processo de trabalho de um Centro de Tratamento e Terapia Intensiva, numa instituição de referência oncológica.
3	MENDONÇA, Isabelle Pinto	O Trabalho do Assistente Social Na Atenção Básica em Saúde em Sergipe (2015 a 2019)	Dissertação 9	Analisa como o trabalho do assistente social, na atenção básica à saúde, está sendo caracterizado pelos sistemas de informação: SISAB e SIA/ SUS, nas principais plataformas digitais do SUS
4	RODRIGUES, Luna Alves de Souza	Tecnologia e Trabalho do Serviço Social em Tempos de Pandemia da Covid-19: análise das condições e relações de trabalho	Dissertação 12	Analisa as condições e relações de trabalho de Assistentes Sociais inseridos nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município de Vitória/ES a partir da pandemia da Covid-19 com a crescente incorporação das tecnologias de base digital.
5	PINTO, Neusa de Resende	O SISREG na Atenção Primária de Saúde: um estudo sobre a reorganização da porta de entrada do SUS no Município do Rio de Janeiro	Dissertação 15	Aborda o SISREG como porta de entrada do SUS no município do Rio de Janeiro, objetivando analisar sua operacionalização pela Atenção Primária de Saúde (APS), no período de 2012 a 2018.
6	MELO, Cleomar Jamyson da Silva	Serviço Social na Saúde e Tecnologias da Informação e Comunicação no Contexto Pandêmico	Dissertação 18	Apreender as tendências do uso das TIC's no cotidiano de trabalho dos (as) assistentes sociais que atuam/atuaram em serviços de saúde na pandemia da COVID-19, compreendendo suas contradições, limites e possibilidades.

Fonte: Pesquisa documental (2024)

Já os trabalhos que abordavam indiretamente o tema das TICs na saúde compreenderam um quantitativo de quinze (15) produções, sendo uma (1) Tese e quatorze (14) Dissertações, conforme detalhamento a seguir.

Quadro 8. Teses e Dissertações que abordam indiretamente o tema

Nº	AUTOR	TÍTULO	TIPO	OBJETIVO
1	SILVA, Marenilse Saturnino da	Requisições Institucionais à Assistentes Sociais em Tempos de Pandemia do Novo Coronavírus/Covid-19: uma análise a partir das demandas	Dissertação 2	Analisar os impactos da pandemia do Coronavírus/COVID-19 no exercício profissional do assistente social, considerando as requisições institucionais nos termos das

		encaminhadas à COFI do Cress-Rj no período de março à dezembro de 2020		competências profissionais e atribuições privativas (art. 4º e 5º da Lei 8662 de 1993), a partir das demandas apresentadas pela categoria à Comissão de Orientação e Fiscalização do CRESS 7ª Região (RJ).
2	CAMPINHOS, Marcelo Plotegher	A Inovação Tecnológica como fator de desenvolvimento econômico para políticas públicas	Dissertação 3	Conhecer os principais fatores que nortearam as transformações pertinentes às políticas públicas articuladoras para as questões e os processos de Inovação tecnológica.
3	LIMA, Monica Silva de	Trabalho, Tecnologia, Capital: determinações de uma relação destrutiva revestida pelo desenvolvimento	Dissertação 4	Analisar a funcionalidade da tecnologia ao desenvolvimento da acumulação capitalista e suas implicações para a reprodução do trabalhador, desde a gênese da industrialização até o processo de reestruturação produtiva.
4	SOUZA, Aline Carvalho	As ações do (a) Assistente Social na saúde no cenário inicial de Pandemia da Covid 19 em Santa Catarina	Dissertação 5	Identificar e problematizar as dimensões do exercício profissional do (a) assistente social na saúde no cenário inicial de pandemia da Covid-19.
5	SANTOS, Amanda Nascimento Lougon dos	SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE: uma análise do exercício profissional em um Hospital Universitário no contexto de enfrentamento da Pandemia da Covid-19.	Dissertação 6	Analisar o exercício profissional do assistente social, inserido na política de saúde no Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE), no contexto de enfrentamento da pandemia da Covid-19.
6	GOMES, Ana Carla Grigorio Silva	Mediação e Instrumentalidade: Assistentes Sociais diante da Covid-19 no Hospital Clementino Fraga em João Pessoa/PB.	Dissertação 7	Analisar a instrumentalidade do trabalho do Serviço Social a partir da categoria mediação, no enfrentamento das expressões da “questão social” no período sindêmico, no Hospital Clementino Fraga no município de João Pessoa/PB.
7	SANDES, Deisy Almeida Araújo	O Serviço Social no Sistema Único De Saúde (SUS): desafios e práticas sob o contexto do novo Coronavírus no Município de Paulo Afonso – BA	Dissertação 8	Analisar as estratégias utilizadas pelo (a) assistente social durante a pandemia da Covid-19 no Sistema Único de Saúde (SUS) no município de Paulo Afonso – BA, evidenciando os desafios enfrentados nesse período.
8	GONÇALVES, Jefferson Ferraz	O Trabalho do Serviço Social no Hospital Federal de Bonsucesso, no Rio de Janeiro, nos anos de 2020 e 2021: entre a “Epidemia da Precarização” e a Pandemia da Covid-19	Dissertação 10	Investigar os limites enfrentados na processualidade do trabalho e as estratégias construídas pelo Serviço Social do Hospital Federal de Bonsucesso (HFB), no Rio de Janeiro, no curso da pandemia da Covid-19 (2020-2021).
9	FONSECA, Lucas Alexssander Tavares	Capitalismo Pandêmico e a Nova Morfologia do Trabalho no Serviço Social: uma análise das denúncias de violação de direitos do trabalho profissional acolhidas pela COFI - CRESS/RN (2020 - 2022).	Dissertação 11	Analisar o trabalho profissional de assistentes sociais que atuam nos serviços de alta complexidade do SUS no município de Natal/RN frente ao contexto de pandemia da Covid-19 e de crise estrutural do capital.

10	SANTOS, Maria de Fátima de Moura Portos	Os Processos de Trabalho das(os) Assistentes Sociais na Política de Saúde Mental: uma análise nos Centros De Atenção Psicossocial (CAPS) do Estado do Piauí.	Dissertação 13	Analisar como se configuram os processos de trabalho das e dos assistentes sociais na política de saúde mental no estado do Piauí, com destaque para a atuação nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), no período de 2018 a 2022.
11	ROSA, Neno	O Papel do Serviço Social na Gestão dos Serviços Públicos Digitais no Brasil: desafios e possibilidades.	Dissertação 14	Dialogar sobre o papel do Serviço Social na gestão de serviços públicos digitais no Brasil.
12	KIEKOW, Priscila	O Trabalho das Assistentes Sociais nos Hospitais do Sudoeste do Paraná no contexto pandêmico da Covid-19.	Dissertação 16	Analisar o trabalho das assistentes sociais na linha de frente no enfrentamento da Covid-19.
13	SILVA, Rafaela Nascimento da	O Trabalho Sob Fogo Cruzado e as Formas de Precarização no Exercício Profissional na Saúde: o cotidiano profissional de Assistentes Sociais no Serviço de Pronto Atendimento em tempos de Covid-19.	Dissertação 17	Analisar as relações e as condições de trabalho do exercício profissional do/a assistente social na Unidade de Pronto-Atendimento (UPA) de Parnamirim/ RN, no período pandêmico, identificando os rebatimentos da precarização do trabalho, das políticas sociais e da ofensiva do capital associada à crise sanitária da Covid-19 que refletem no cotidiano profissional.
14	SILVA, Luciana da Conceição e	A Precarização do Trabalho dos Assistentes Sociais no Sistema Único de Saúde do Rio de Janeiro.	Tese 2	Analisar a precarização do trabalho dos(as) assistentes sociais no SUS da capital fluminense, buscando refletir sua relação com o conjunto de expropriações dos direitos dos trabalhadores no contexto de crise do capital.
15	FARIAS, Rafaela Cabral	A reestruturação dos serviços de saúde no contexto hospitalar e os desafios para o serviço social frente à crise socio sanitária e estrutural do capital	Dissertação 19	Produzir conhecimento acerca do contexto de crise socio sanitária e seus rebatimentos no trabalho dos/as assistentes sociais.

Fonte: Pesquisa documental (2024).

Quanto à predominância da abordagem indireta, uma possível explicação pode estar relacionada à complexidade de análise da inserção tecnológica nas políticas sociais e no cotidiano dos espaços de trabalho e serviços de saúde. Dessa forma, apesar das produções não trazerem necessariamente a discussão sobre as TICs, fica evidente sua relação com as mudanças engendradas pela reestruturação produtiva capitalista, especialmente em sua atual fase marcada pela revolução 4.0, além da intensificação da inserção tecnológica nos espaços de trabalho a partir do contexto de pandemia da Covid-19.

Em relação ao tema pesquisado nos estudos em saúde, verificou-se, a partir da produção de conhecimento da área, que os trabalhos se dividiam por eixo temático, sendo: Três (3) produções relacionadas à atenção primária; Uma (1) produção referente à atenção secundária; Sete (7) produções voltadas a discussão na atenção terciária; Duas (2) produções acerca da fiscalização do exercício profissional na saúde; Cinco (5) produções voltadas à discussão da política de saúde e três (3) produções com o debate centrado no âmbito mais geral da relação entre TICs e políticas públicas.

A leitura aprofundada dos trabalhos analisados possibilitou refletir sobre as principais categorias que norteiam as produções, conforme a figura abaixo:

Figura 4. Categorias centrais presentes nas Teses e Dissertações analisadas



Fonte: elaboração própria com o uso do software Venngage (2024)

Para a elaboração da figura, inicialmente foi organizada uma tabela utilizando o software Microsoft Excel, compreendendo os principais conceitos e categorias presentes nas Teses e Dissertações. Em seguida, foi realizada a análise temática com a ajuda do software Venngage, criador de nuvem de palavras, a partir da maior e menor prevalência de temas e conceitos. Assim, foi possível organizá-las em quatro eixos principais de análise, conforme o quadro abaixo:

Quadro 9. Categorias, temas e conceitos presentes na análise dos trabalhos selecionados

CATEGORIA	TEMAS E CONCEITOS CORRELATOS À CATEGORIA	QUANTIDADE DE SEGMENTOS CODIFICADOS
TRABALHO	Condições de trabalho, Relações de trabalho, Vínculos de trabalho, Nova morfologia do trabalho, Novas formas de trabalho (trabalho remoto, teletrabalho, teleatendimento), Requisições Institucionais, Precarização, Demandas Tradicionais e Novas, Dimensões do Exercício Profissional, Atribuições e Competências, Trabalho profissional, Projeto Ético-Político, Fiscalização do exercício profissional, Processo de trabalho em saúde.	262
SAÚDE	Democratização da Saúde, Sistema Único de Saúde, Emergência Sanitária, Impactos da pandemia de Covid-19, Política de Saúde, Atenção Primária à Saúde, Alta Complexidade, Saúde Pública, Saúde Digital.	86
TECNOLOGIA	Reestruturação produtiva, Forças produtivas, Revolução 4.0, TICs, Inovação Tecnológica, Plataformização, Sistemas, Informação, Telessaúde, Sistemas de Informação em Saúde, Tecnologias em saúde.	125
ESTADO	Neoliberalismo, Crise estrutural do capital, Contrarreforma do Estado, Governo Eletrônico, Digitalização do Estado, Governo Digital, Gestão em Saúde, Acesso democrático, Participação social, Equidade no Acesso, Descentralização.	90
TOTAL DE SEGMENTOS CODIFICADOS: 563		

Fonte: Pesquisa Documental (2024)

Em relação aos segmentos codificados, estes foram contabilizados a partir do número de trechos destacados das produções analisadas, levando em consideração as categorias analíticas centrais definidas pela pesquisa. Resta evidente que, a partir dos trabalhos selecionados e dos trechos lidos, as categorias Trabalho e Tecnologia aparecem de forma predominante às demais categorias, sendo necessário nesse sentido uma análise mais aprofundada do conteúdo presente nos trechos selecionados, bem como o adensamento do debate em torno das implicações da intensificação do uso das TICs no âmbito do trabalho profissional na área da saúde.

3.2 TICs e saúde pública: ênfase na produção de conhecimento acerca da relação entre Estado e a inserção tecnológica no âmbito do Sistema Único de Saúde brasileiro

Neste item, pretende-se compreender, a partir das Teses e Dissertações analisadas, as principais mudanças estruturais presentes na dinâmica institucional do SUS e o papel do Estado enquanto regulador da saúde pública brasileira, capturando, assim, as transformações ocorridas

a partir da inserção tecnológica, analisando o contexto da presença das TICs na saúde pública. Nessa via, serão apresentadas as análises referentes aos segmentos codificados das categorias Estado e Saúde.

No tocante à categoria Estado, percebe-se que grande parte das produções analisadas destacam o contexto de crise estrutural e permanente do capital, evidenciando o quadro conjuntural de regressão de direitos e aprofundamento das políticas de corte neoliberal, com destaque para a funcionalidade assumida pelo Estado na manutenção das condições de acumulação capitalista. E ainda, discorrem acerca do processo de contrarreforma gerencial do Estado brasileiro, situando o processo de transformação digital ocorrido no âmbito dos serviços públicos estatais, que aqui incluem os serviços de saúde, demonstrando a dinâmica em que se colocam os processos de digitalização e inserção tecnológica no campo das políticas sociais.

Em relação à categoria Saúde, as produções analisadas enfatizam acerca do processo de democratização da saúde, com destaque para a atualidade das disputas entre o projeto privatista de saúde e o projeto pela Reforma Sanitária na defesa da saúde pública enquanto um direito universal. Percebeu-se que grande parte das produções, precisamente as desenvolvidas a partir de 2020, ressaltaram o contexto de emergência sanitária ocasionado pela pandemia da Covid-19, atrelado ao cenário político de recrudescimento do desmonte das políticas sociais, dentre elas a de saúde. Evidenciam-se, ainda, as produções que discutem acerca do papel do Estado na regulamentação e gestão da política de saúde no país e o processo de inserção tecnológica a partir da ESD28 no contexto da saúde brasileira, nos mais variados níveis de atenção.

Partindo dessa perspectiva, percebe-se que as contradições postas pela lógica capitalista de produção aparecem como o fio condutor das produções que analisam o contexto de crise estrutural e permanente do capital. Mészáros (2009) ao retomar as análises marxianas, aprofunda o conceito de crise estrutural do capital compreendendo que, não se trata apenas de crises econômicas cíclicas, mas de uma crise profunda e prolongada, enraizada na própria estrutura metabólica do capital.

Corroborando a essa afirmação, Santos (2023, p. 16, Dissertação 6.) assevera que estas crises “inatas e crônicas do capital, revelam as suas mazelas e facetas expondo a desigualdade social, o desemprego em larga escala, e demonstram a heterogeneidade dos interesses e tensões inerentes ao sistema”. A autora evidencia, desse modo, que a sociabilidade capitalista contemporânea expressa uma fase avançada da crise estrutural do capital, marcada pelo aprofundamento da financeirização e pelo reordenamento das formas de organização social,

política e econômica no capitalismo mundializado, acirradas pelo antagonismo entre capital e trabalho.

Ao retomarmos a discussão realizada no primeiro capítulo desta dissertação, reconhecemos o atual estágio da sociabilidade capitalista, caracterizado pela consolidação de um capitalismo monopolista/imperialista e financeirizado, marcado por uma crise estrutural permanente do capital. Esta conjuntura histórica é resultado das intensas transformações iniciadas nas últimas décadas do século XX, com o avanço do processo de reestruturação do capital frente às crises do modelo de produção fordista-keynesiano. Este quadro expressa a hegemonia do capital financeiro e do modelo de acumulação flexível (Toyotista) na mundialização dos mercados, na produção, nas políticas estatais e nas relações sociais (Harvey, 2008).

Outrossim, “adentramos no século XXI em contexto de crise crônica de demasiada acumulação do capital em contexto mundial” (Silva, 2022, P. 275-276, Tese 2). Constata-se neste cenário, a consolidação de uma racionalidade político-ideológica de corte neoliberal, que redefine as funções do Estado, subordinando-o às exigências do capital financeiro e aos interesses das frações burguesas. Logo, consideramos como cenário à essa discussão as transformações ocorridas a partir dos anos de 1970, pois “a crise de 1970 rompeu com os limites últimos da estrutura global do capital, o qual tende a se reproduzir por mecanismos que levam à sua própria destruição, presentes na taxa de utilização decrescente das mercadorias” (Lima, 2016, p. 124-125, Dissertação 4).

A crise estrutural do capital é sistêmica e transcende à aspectos cíclicos da economia. Nessa via, reconhecemos “a relação capital x trabalho a partir das estratégias de enfrentamento a mesma, por meio do projeto neoliberal, da reestruturação do trabalho, da globalização da economia e de seus impactos nas políticas sociais” (Gonçalves, 2023, p.10, Dissertação 10). Portanto, trata-se de um projeto político-ideológico e econômico, visando a manutenção das taxas de acumulação de capital, atuando sobre os mercados e as relações sociais e de trabalho, responsável por processos de privatização dos serviços públicos e pela retração do Estado como provedor de direitos. Silva (2024) aponta que:

É no contexto de enfrentamento da crise do capital, em 1970, nos países centrais, e na sociedade brasileira a partir da década de 1990 do século XX, que as transformações societárias incidem de modo substancialmente diferente no mundo do trabalho, através da reestruturação produtiva e das políticas sociais de cunho neoliberal, o que evidencia as contradições e o antagonismo desta sociabilidade (Silva, 2024, p. 19, Dissertação 17).

Conforme aponta Netto (2007), o neoliberalismo expressa a radicalização da forma de ser do capitalismo. É, portanto, uma estratégia de reorganização da rentabilidade do capital, apoiada na financeirização da economia, na desregulamentação dos mercados, na imposição de ajustes fiscais e no consequente contingenciamento dos gastos sociais, reduzindo o papel do Estado como garantidor de direitos. Esse cenário leva ao aprofundamento da desigualdade social, intensificada pelo desmonte das políticas públicas e sociais, ampliando a precarização das condições de vida e de trabalho da classe trabalhadora.

A partir dessas colocações, evidencia-se um contexto de profunda regressão de direitos, dado o avanço das políticas neoliberais e do rebaixamento das condições de vida da classe trabalhadora, expressas por um projeto societário excludente e destrutivo. Nesse cenário, “a classe dominante exigiu um Estado enxuto para o âmbito social, forte para atender aos interesses do mercado e uma reestruturação no âmbito da produção” (Schneider, 2021, p. 170, Tese 1). Tais exigências reverberam na conjuntura internacional, atingindo primeiramente países de capitalismo central e, posteriormente, se estendendo a países de capitalismo periférico.

No contexto brasileiro, essas transformações tem desdobramentos perversos dada a configuração de um capitalismo dependente e periférico, cuja burguesia local se articula de forma submissa aos interesses do capital internacional. A partir da década de 1990, com o avanço do neoliberalismo, nota-se a intensificação de políticas de ajuste fiscal, a privatização de serviços públicos, a flexibilização de direitos trabalhistas e previdenciários, além do avanço da mercantilização das políticas e serviços sociais (Behring, 2008). Essas transformações, “encontram-se na expansão de um projeto com modelos de políticas neoliberal de desmontes e retiradas de direitos” (Souza, 2022, p. 17, Dissertação 5).

Inspiradas no ideário neoliberal, essas reformas desestruturam os mecanismos de proteção social, transformando políticas públicas em mercadorias. Santos (2023, p. 16, Dissertação 6) assevera que “as investidas no uso dos aparatos do Estado para atender ao capitalismo mundializado, ocasionam reformulações nas políticas sociais públicas que atingem a população brasileira e visam salvaguardar os interesses do capital”. Nessa lógica:

O papel do Estado no capitalismo dependente brasileiro se restringe, cada vez mais, à manutenção das condições mínimas, via programas assistenciais de transferência de renda, bem como à gestão do processo de privatização das políticas sociais e de apropriação do fundo público pelo capital (Santos, 2023, p. 119, Dissertação 6).

O Estado no capitalismo, enquanto expressão das relações sociais de poder e dominação de classes, desempenha papel central na sustentação e reprodução das condições necessárias à acumulação capitalista. Embora se apresente como mediador dos interesses sociais, sua atuação é funcional à ordem do capital, operando na regulação e ordenamento social, no processo organizacional da força de trabalho, na estruturação das políticas econômicas e sociais e, sobretudo, na garantia da propriedade privada dos meios de produção (Behring, 2009).

Behring e Boschetti (2011) argumentam que em períodos de crise e/ou de reestruturação produtiva, como a que vem ocorrendo desde a década de 1970, o Estado passa a operar, também, como agente direto das políticas de ajuste fiscal, desresponsabilizando-se de seu papel social e transferindo-o ao setor privado. No Brasil, esse movimento tem maior expressividade somente a partir da década de 1990, com o advento das chamadas contrarreformas gerenciais do Estado, com a reconfiguração do papel estatal sob a égide neoliberal, da qual é exemplo a reforma administrativa - Emenda Constitucional nº 19/1998.

Para Behring (2009), as contrarreformas gerenciais, nesse contexto, expressam a materialização política dessa funcionalidade, evidenciando a subordinação do Estado brasileiro aos ditames do mercado e a retração de seu compromisso com a justiça social. A lógica gerencial fragmenta o Estado, rompendo com a universalidade das políticas públicas, estabelecendo mecanismos de avaliação centrados em metas, resultados e desempenho, esvaziando o sentido público da ação estatal e fortalecendo as funções voltadas à manutenção da ordem e à proteção do capital financeiro.

O resultado é o aprofundamento das desigualdades, a intensificação da precarização do trabalho, o desmonte das políticas sociais e a erosão dos mecanismos de proteção social duramente conquistados. Constata-se, nessa via, que as contrarreformas tiveram repercussões devastadoras no âmbito do processo de implementação do Sistema Único de Saúde (SUS). Corroborando a essa afirmativa, Mendonça (2020) destaca que:

O projeto neoliberal impactou diretamente as políticas sociais, provocando uma retração do Estado, o qual passou a transferir suas responsabilidades para a iniciativa privada e a lucrar com o sucateamento das políticas públicas. Nesse contexto tais políticas ficaram cada vez mais focalistas, passando a selecionar para acesso aos direitos, àqueles cidadãos cujo perfil atende ao critério de extrema pobreza, fato que vai à contramão das garantias constitucionais de viabilizar os direitos de cidadania. Esse processo de precarização atinge também a política de saúde em todo território nacional (Mendonça, 2020, p. 169, Dissertação 9).

Baseado em princípios como a austeridade fiscal, privatização de serviços públicos, desresponsabilização do Estado e primazia do mercado, essa lógica “ao restringir o uso do

fundo público para as políticas sociais, desloca grande parte da riqueza socialmente produzida, para servir ao capital financeiro” (Silva, 2022, p. 276, Tese 2). Corroboramos com Mota (2009), ao discorrer acerca da redefinição da seguridade social brasileira, no intuito de adequá-la às necessidades do grande capital:

Essa inflexão responde pela recomposição do processo de acumulação, seja na esfera da economia, seja na esfera da política, incidindo diretamente na reestruturação dos capitais, na organização dos processos de trabalho, na organização dos trabalhadores e no redirecionamento da intervenção estatal que, sob a batuta do capital financeiro e das ideias neoliberais, constrói novas estratégias de relacionamento entre Estado, a sociedade e o mercado (Mota, 2009, p. 41).

Nesse contexto, a efervescência das lutas em torno do direito à saúde travadas desde os anos de 1980, construídas a partir da crítica à lógica excludente do modelo biomédico privatista, sofreram importantes reveses dado o quadro estrutural em que se engendraram (Paim, 2008; Escorel 2012; Bravo, 2009). Entretanto, a partir das produções analisadas, destaca-se a importância e o protagonismo das lutas coletivas travadas na esfera pública, processo este marcado pelo não apassivamento dos sujeitos envolvidos:

As lutas populares, que ocorreram no final da ditadura, pressionaram para uma ampliação da cidadania e dos direitos sociais, o que resultou na promulgação da Constituição Federal de 1988. O direito universal à saúde foi uma das conquistas fundamentais desse momento, pois foi o resultado de lutas de setores organizados na sociedade civil que culminou com o Movimento de Reforma Sanitária que é contrário ao modelo assistencial médico privatista, centrado no atendimento individual e curativo (Santos, 2023, p. 15, Dissertação 6).

A criação do SUS, como um sistema universal e de abrangência nacional com a função de atuar na prevenção, promoção e recuperação da saúde de toda a população, formou-se no contexto de redemocratização do Brasil e fortalecimento do serviço público com uma perspectiva da isonomia e da participação social. Tal fato significou uma conquista da classe trabalhadora para o direito a uma política essencial, como é a da saúde pública, como uma garantia social de acesso não pago a uma riqueza produzida pela humanidade (Silva, 2022, p. 268, Tese 2).

Nesse quadro, “a saúde passa a ser reconhecida como direito do cidadão e dever do Estado, cabendo ao Estado garantir as condições indispensáveis ao seu pleno exercício e o acesso à assistência à saúde em todos os níveis de complexidade” (Pinto, 2020, p. 20, Dissertação 15). Contudo, a consolidação do acesso à saúde pública a partir da implementação do SUS, no contexto marcado pelo avanço neoliberal, encontrou limites estruturais à efetivação do modelo público e universal de saúde.

Paim (2008) ressalta que a implementação de planos de estabilização econômica no país, à exemplo do conjunto de políticas de ajuste macroeconômico e dos projetos de Reforma do Estado, produziram resultados contrários ao pacto construído pela Constituição Federal de 1988. A partir da década de 1990, sob forte influência de organismos multilaterais, como o Fundo Monetário Internacional (FMI) e o Banco Mundial, estas medidas passaram a reorientar toda a estrutura das políticas públicas. Trata-se, no quadro mais geral, da resposta mundial do capitalismo no enfrentamento à crise estrutural e permanente que se alargava.

Como destacado no primeiro capítulo desta dissertação, a regulamentação e a institucionalização do SUS não impediu com que a saúde pública sofresse constantes ataques nas últimas décadas, especialmente com a intensificação da ofensiva neoliberal a partir dos anos 1990, aprofundada nos anos 2000. Esse quadro caracterizou-se pelo subfinanciamento crônico do SUS, pela fragmentação das ações e na crescente presença do setor privado, que passou a atuar como prestador e gestor de serviços, por meio do repasse de recursos públicos.

Bravo (2009) esclarece que o projeto de saúde aliado ao mercado se orienta pela política de ajuste neoliberal, tendo como principais tendências a “contenção dos gastos com racionalização da oferta e a descentralização com isenção de responsabilidade do poder central” (p. 101). Soares (2020) enfatiza ainda que as injunções e relações em que se expressa esse modelo de gestão aponta progressivamente para a lógica de mercantilização da saúde, comprometendo não só a autonomia na operacionalização dos serviços de saúde, mas também a captura do Estado e do fundo público por interesses empresariais do capital privado.

A saúde se tornou um campo bastante lucrativo ao mercado privado, principalmente por constituir-se enquanto área de maior investimento em diversos segmentos como o setor tecnológico, de insumos, pela indústria de medicamentos e equipamentos, seguros e planos de saúde, redes hospitalares e de fármacos, organizações sociais, entre outros. Dentre os nichos de rentabilidade ao capital, destaca-se a inserção tecnológica no setor saúde, processo concomitante à transformação digital nos serviços públicos estatais brasileiro, ocorrida desde meados dos anos de 1990 (Moraes, 2014).

Nesse contexto, como citado anteriormente, o país vivenciava um processo mais amplo de reforma do Estado, guiado por princípios de modernização administrativa e eficiência da máquina pública. Com isso, “a digitalização promove uma reorganização do Estado advinda de reformas neoliberais com vistas a um formato aderente à plataforma” (Rachid et al, 2023, p. 2144). Assim, diferentes órgãos da administração pública federal passaram a investir na informatização de processos internos e no desenvolvimento de sistemas de gestão, com a

incorporação tecnológica desempenhando papel central na redefinição das formas de organização e prestação de serviços públicos.

A transformação digital no setor público brasileiro representou um processo estratégico de indução à plataformização do Estado, voltado à incorporação intensiva das TICs nos serviços públicos. Observa-se, nesse quadro, a criação de bases de dados integradas em diferentes setores, sistemas de arrecadação e controle fiscal, bem como registros cadastrais unificados. Estes sistemas permitiram maior controle, transparência e padronização das informações governamentais, ao mesmo tempo em que introduziram uma nova cultura de gestão baseada em dados (Coelho Neto; Chioro, 2021).

Um fato relevante nesse processo ocorre a partir da transição do conceito de governo eletrônico (e-gov)⁹ para o de Governo Digital. Este movimento representou não apenas uma atualização terminológica, mas uma transformação profunda nas concepções de Estado, gestão pública e relação entre governo e sociedade. Essa evolução refletiu na forma como as TICs deixaram de ser apenas ferramentas de apoio administrativo, passando a estruturar a lógica do funcionamento da máquina pública, reformulando processos, serviços e modelos de governança (Rachid et al, 2023). Para Rosa (2023):

Os serviços públicos digitais são conceituados como a forma de disponibilização digital de serviços públicos já existentes [...] o Governo digital pode ser entendido a partir do emprego de tecnologias de informação e comunicação na prestação de serviços públicos, sobretudo para a concretização de direitos sociais (Rosa, 2023, p. 9, Dissertação 14).

A saúde digital se refere a um campo de conhecimento e de prática relativo ao desenvolvimento e uso das TICs para subsidiar a saúde (IEPS, 2022). Corroborando à essa afirmação, Rachid et al (2023) evidenciam que a partir de 2010 o conceito de governo digital passa a ganhar maior destaque, o que representou uma significativa evolução em relação ao modelo anterior. Mais do que simplesmente digitalizar serviços, o governo digital propõe uma reorganização estrutural do Estado baseada em tecnologias avançadas, priorizando a

⁹ O conceito de governo eletrônico surge na década de 1990 como parte das estratégias de modernização do Estado sob influência das reformas gerenciais, tendo como foco principal a digitalização dos processos internos da administração pública e a oferta de serviços online ao cidadão, com vistas à ampliação da transparência, aumento da eficiência e redução de custos operacionais. O governo eletrônico possibilitou maior acesso à informação pública e controle social, à exemplo das iniciativas de portais da transparência. Contudo, esse modelo mostrou-se limitado em termos de integração entre sistemas, resposta às demandas sociais complexas e participação ativa da sociedade.

interoperabilidade entre sistemas, a centralidade do cidadão e o uso estratégico de grandes volumes de dados para embasar a formulação e gestão de políticas públicas.

Seguindo essa linha de raciocínio, Rosa (2023) destaca que:

As transformações digitais na administração pública brasileira têm apresentado novas e complexas formas de organização e gestão de serviços públicos no país. De diversas maneiras, a internet, computadores e celulares se constituíram como instrumentos de mediação direta no atendimento às demandas dos usuários, como também, plataformas diretas de acesso às informações e serviços públicos, como os aplicativos: *Meu INSS*, *ID Jovem*, *Meu CadÚnico*, *ConecteSUS*, e diferentes outros sites e aplicativos governamentais que são utilizados no dia-a-dia das políticas públicas e dos cidadãos (Rosa, 2023, p. 9, Dissertação 14).

Constata-se que, apesar dessas inovações, a transição para o governo digital não ocorreu isenta de tensões. A digitalização dos serviços públicos ao mesmo tempo em que ampliou as formas de acesso também reforçou assimetrias de poder, exclusão digital e a fragilização da proteção social. Um dos principais riscos associados ao governo digital é sua possível conversão em uma plataforma privatista e burocratizada, na qual grandes corporações de tecnologia passam a gerir dados e sistemas públicos sem os mecanismos adequados de controle social e transparência democrática. Um outro ponto de tensão reside na ênfase em métricas de eficiência e produtividade, que acabam por desumanizar o serviço público, subordinando o atendimento às lógicas automatizadas, em detrimento do acolhimento, da escuta e da complexidade das necessidades humanas (Coelho Neto; Chioro, 2020).

No setor da saúde, esse processo adquire relevância particular diante da complexidade da saúde pública brasileira, do volume de dados gerados e das demandas crescentes no acesso aos serviços. Percebe-se, ao longo das últimas décadas, que a saúde pública tem sido atravessada pela intensificação da digitalização e inserção das TICs, especialmente sob o argumento de fortalecimento e ampliação do acesso ao SUS. Entretanto, esse movimento acompanha uma tendência global de transformação digital dos serviços públicos, adquirindo contornos específicos na realidade brasileira (Moraes, 2014).

A dinâmica de inserção tecnológica na saúde tem se manifestado em diversas frentes, indo desde a informatização de unidades básicas, passando pela adoção de prontuários eletrônicos, sistemas de regulação, teleconsultas, até o uso de inteligência artificial e big data na vigilância epidemiológica e no planejamento de ações em saúde e acesso ao cuidado. O estudo de Mendonça (2020) evidencia que:

O aparelho estatal do Sistema Único de Saúde vem produzindo dados sobre a saúde em bancos públicos do Governo brasileiro, que tem sido alvo de interesse de pesquisas relevantes, com estudos para elaboração, criação e transmissão de conhecimentos, construídos a partir dos levantamentos e das publicações dos cadastros desses referidos sistemas informatizados da gestão pública (Mendonça, 2020, p. 175, Dissertação 9).

A partir desta colocação, a autora argumenta ainda que os SIS possuem relação direta com a ESD28, e correspondem a uma proposta do Ministério da Saúde na “transição do SUS atual, para a transformação em um SUS digital, através do desenvolvimento das tecnologias para organizar, gerir e melhorar os processos de trabalho e serviços para a população” (Mendonça, 2020, p. 169-170, Dissertação 9).

Além dos SIS, outras iniciativas governamentais relevantes mencionadas nos trabalhos analisados têm se destacado como marcos na digitalização da gestão e dos serviços de saúde no SUS, das quais podemos mencionar:

1) o **Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC)**, que vem possibilitando o registro e a integração dos dados clínicos dos usuários em tempo real (Fonseca, 2024, Dissertação 11);

2) o **Conecte SUS**, instituído por meio da Portaria GM/MS nº 1.434/2020, como uma das principais plataformas do Ministério da Saúde voltada à integração das informações de saúde do cidadão (Rosa, 2023, Dissertação 14);

3) a **Estratégia e-SUS APS** (antigo e-SUS/AB) e o **Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB)**, iniciativa vinculada à estratégia e-SUS, que busca informatizar e integrar a Atenção Primária à Saúde (Mendonça, 2020, Dissertação 9);

4) o **SISREG** (Sistema Nacional de Regulação), que têm contribuído para aprimorar a organização da rede, a padronização de registros, melhorar o monitoramento das ações e qualificar a produção de dados em saúde, ampliando o acesso a serviços especializados (Pinto, 2020, Dissertação 15);

5) as ações de **Telemedicina** e **Telessaúde**, regulamentadas mais fortemente a partir da Lei nº 13.989/2020, especialmente durante a pandemia de COVID-19. A Telessaúde refere-se à prática de fornecer serviços de saúde à distância, utilizando tecnologias de informação e comunicação para garantir o acompanhamento e atendimento aos usuários. Já a Telemedicina envolve o uso de tecnologias como computadores, smartphones e tablets para conectar pacientes e profissionais de saúde, permitindo a realização de consultas médicas, envio de resultados de exames, acompanhamento de tratamentos e até mesmo educação continuada para profissionais da área (Machado, 2023, Dissertação 1).

6) **Teletrabalho e Teleatendimento**, iniciativas notabilizadas a partir da introdução e uso de ferramentas digitais para atendimento, evidenciadas principalmente no contexto da pandemia de COVID-19. O Teletrabalho apresenta-se como uma modalidade de trabalho realizada fora das dependências da empresa, por meio das TICs. Já o Teleatendimento caracteriza-se por um tipo de atendimento ou suporte que ocorre remotamente, utilizando-se ferramentas de comunicação como telefone, e-mail, websites, aplicativos de chat ou vídeo, dentre outros (Silva, 2022, Dissertação 2; Souza, 2022, Dissertação 5; Santos, 2023, Dissertação 6).

Nessa via, este processo tem sido marcado por avanços significativos, mas também tem gerado diversos desafios e limites, que merecem ser analisados sob um viés crítico. Apesar dos avanços sentidos, merece atenção os possíveis riscos de uma digitalização descolada das realidades sociais e territoriais do país. Este processo não vem ocorrendo de forma homogênea, pois contrasta fortemente com as desigualdades territoriais, sociais e institucionais que historicamente marcam o cenário brasileiro. Regiões com infraestrutura precária, carência de profissionais qualificados ou baixa conectividade encontram inúmeras barreiras para o acesso e manutenção dos sistemas digitais, ampliando as assimetrias existentes entre os diferentes níveis de atenção e entre os territórios e regiões (Moraes, 2014).

Rachid et al (2023) compreendem que o processo de digitalização da saúde no Brasil ocorre sob uma dupla dimensão. Por um lado, abre possibilidades concretas de melhorar o acesso, qualificar a gestão e ampliar a integralidade do cuidado. Por outro, traz consigo tensões relacionadas à governança dos dados, à proteção da privacidade e ao risco de aprofundamento das desigualdades sociais e territoriais, decorrentes da lógica de plataforma do Estado. As desigualdades regionais em infraestrutura tecnológica, a escassez de capacitação técnica entre os trabalhadores, a baixa interoperabilidade entre os sistemas e os riscos associados à proteção de dados sensíveis impõem limites importantes à consolidação desse processo.

Essas contradições estão presentes nos trabalhos analisados, quando Mendonça (2020) afirma que:

Outro princípio assegurado constitucionalmente, mas distante da efetivação é o da descentralização e regionalização, os quais os sistemas de informação em saúde vêm contribuindo significativamente para concretizá-los, mas uma barreira apontada nos resultados desse estudo vem sendo a questão da estrutura dos serviços prestados na rede de atenção primária que se concentra nas regiões urbanas, de modo que o quantitativo das equipes AB ainda é pequeno nas regiões mais interioranas do estado. Esse fato apresenta implicações também quanto a outro princípio da organização da Política de Saúde no país, que se refere à participação popular, uma vez que esse direito fica comprometido (Mendonça, 2020, p. 173, Dissertação 9).

O êxito da proposta de saúde digital está condicionado à capacidade do Estado em formular e implementar políticas públicas estruturantes, sustentadas por um financiamento público adequado, pelo investimento na formação continuada dos trabalhadores e na promoção efetiva da inclusão digital em todo território nacional. Ademais, observa-se que a inserção de tecnologias na saúde não ocorre de forma neutra, visto que seus impactos dependem de como são implementadas, do modo como dialogam com os princípios do SUS e quais interesses estão em disputa. Para que as tecnologias sirvam à promoção da saúde como direito universal, público e equitativo, torna-se essencial que estas sejam socialmente orientadas, politicamente construídas e democraticamente reguladas (IEPS, 2022).

Entretanto, um agravante adicionado a esse cenário ocorre com a emergência da Pandemia de Covid-19. Os trabalhos analisados apontam um quadro perverso relacionado à crise na saúde pública brasileira em diferentes níveis de atenção, conforme as sínteses realizadas no quadro abaixo:

Quadro 10. Crise na saúde pública brasileira e o cenário de pandemia da COVID-9

DOCUMENTO	QUESTÃO IDENTIFICADA	NÍVEL DE ATENÇÃO
Fonseca, 2024, p. 16, Dissertação 11.	O cenário pandêmico acelera processos que já eram recorrentes no cotidiano das unidades de saúde. Mas não só isso, as medidas de emergência e isolamento social trouxeram respaldo às instituições no que tange à restrição de direitos dos/as usuários/as dos serviços de saúde	Atenção terciária
Machado, 2023, p. 21, Dissertação 1.	Ainda que a legislação garanta a cobertura da APS à população brasileira, e que os serviços ofertados através da Telessaúde proponham a superação de barreiras e atendimento à distância, a realidade brasileira é constantemente marcada por desigualdades sociais, que impedem a distribuição padronizada destes recursos, que, se exacerbaram com o advento da pandemia do covid-19.	Atenção primária
Schreider, 2021, p.171, Tese 1.	Esse contexto tem reflexos importantes na política de saúde brasileira, numa perspectiva privatista e de crescimento de fusões e aquisições, inclusive a partir de grupos internacionais no país. Desse modo, o acesso desigual na saúde é reforçado pelo alto custo e investimento tecnológico, visto que o processo de privatização da saúde pública e desmonte do SUS, associados à extrema redução dos gastos com a saúde pública, conduz ao agravamento do acesso à política de saúde, bem como das tecnologias em saúde no âmbito público.	Atenção terciária
Silva, 2022, p. 100, Dissertação 2.	A área da saúde pressupõe contato direto com os usuários, apesar de a telemedicina também já ser uma realidade posta antes da pandemia e que se intensificou, mediados, por vezes, por organizações não-governamentais e movimentos sociais organizados. No entanto, há uma série de procedimentos que não serão possíveis ter continuidade pelo menos para a maior parte da	Atenção primária, secundária e terciária

	população mundial que é formada por pessoas de baixa renda que têm pouco ou nenhum acesso às tecnologias de ponta.	
--	--	--

Fonte: Pesquisa documental (2024)

Corroborando a isso, Pinheiro, Barroco e Silva (2023) enfatizam que a pandemia da Covid-19 “expôs de forma catastrófica o esgotamento do ideário neoliberal, quer seja pela crise sanitária, pelos altos índices de desemprego ou ainda pelo esvaziamento das políticas de proteção social” (p. 50). A ausência intencional das ações do governo federal brasileiro diante da crise sanitária e a falta de objetivos comuns entre os entes federativos dificultou a formulação de respostas rápidas e bem articuladas na contenção à pandemia, agudizando ainda mais as consequências para o desmonte e subfinanciamento do SUS.

Para Fonseca (2024), a realidade sentida na saúde pública não aparece descolada do contexto engendrado pela crise estrutural e permanente do capital:

Não há compreensão dos impactos da crise sanitária na dinâmica macrossocietária desvinculada da crise estrutural do capital e das mazelas provenientes do próprio processo de acumulação capitalista. A convergência dessas crises implica em novas exigências para o mundo do trabalho no solo da reestruturação produtiva permanente em que se agudizam os flagelos sociais já persistentes na dinâmica do capitalismo contemporâneo, caracterizado pela financeirização e modelagem neoliberal (Fonseca, 2024, p. 18, Dissertação 11).

Nesse sentido, o quadro de desmonte e subfinanciamento da saúde pública, evidenciado pelos cortes orçamentários sofridos na última década, sobretudo com a Emenda Constitucional nº 95/2016, e pelo contexto de pandemia da COVID-19, comprometeram diretamente a capacidade do SUS em planejar e executar serviços e atendimentos de saúde que respondessem às demandas da população. Esse quadro não só restringiu a expansão e a manutenção de serviços básicos, mas também intensificou a precarização das condições de trabalho dos profissionais da saúde, aprofundando as desigualdades regionais e sociais no acesso ao cuidado (Pinheiro; Barroco; Silva, 2023).

O cenário pandêmico evidenciou a relevância das TICs na gestão e prestação dos serviços de saúde pública. Todavia, embora os avanços tecnológicos tenham proporcionado inegáveis ganhos em termos de agilidade e alcance, é fundamental reconhecer que essas ferramentas possuem limitações e não são capazes de substituir integralmente a formação qualificada de recursos humanos nem o atendimento presencial, sobretudo em profissões que exigem interação direta e contínua com a população usuária (IEPS, 2022).

Vê-se, a partir das pesquisas analisadas, uma crescente intensificação das TICs na saúde, em grande medida, impulsionada por demandas emergenciais decorrentes da pandemia, entretanto já existentes antes mesmo deste cenário. Esse quadro evidencia impactos significativos para os(as) trabalhadores(as) da saúde, que se manifestam em desafios importantes, sobretudo no que se refere à intensificação do trabalho, à reconfiguração dos processos de gestão e organização da força de trabalho e à necessidade de adaptação às novas exigências tecnológicas contemporâneas. Desse modo, o próximo item se ocupa em desenvolver uma análise mais voltada aos desdobramentos percebidos no trabalho de assistentes sociais na saúde.

3.3 Reflexões sobre o cotidiano de trabalho em saúde: ênfase na discussão sobre as demandas e requisições institucionais e as implicações ao trabalho de assistentes sociais

Este item analisa, a partir das Teses e Dissertações analisadas, o cotidiano de trabalho na área da saúde, considerando os principais desdobramentos advindos das demandas e requisições institucionais e dos usuários direcionadas ao trabalho profissional de assistentes sociais. Pretende-se, desse modo, evidenciar as transformações percebidas a partir da presença das TICs no cotidiano de trabalho em saúde, considerando as implicações ao trabalho de assistentes sociais e os possíveis desdobramentos à viabilização do acesso da população aos serviços públicos de saúde. Portanto, serão apresentadas as análises referentes aos segmentos codificados das categorias Trabalho e Tecnologia.

No que tange a categoria Trabalho, observa-se, dentre as produções analisadas, a centralidade na discussão acerca das mudanças no mundo do trabalho, em especial a nova morfologia do trabalho de assistentes sociais, evidenciando um quadro de precarização das condições e relações de trabalho. Tais transformações têm se manifestado principalmente por meio da sobrecarga de tarefas, aumento da produtividade e alcance de metas, além do aumento das exigências burocráticas postas pelo contexto institucional e por seus empregadores. Observa-se, ainda, a plataformização do trabalho em saúde, processo materializado a partir da crescente inserção das TICs nos serviços e atividades profissionais, influenciando diretamente na forma como se organizam as demandas cotidianas, os tempos e espaços de trabalho.

Em relação à categoria Tecnologia, as produções analisadas apontam para um acelerado processo de inserção tecnológica na saúde, marcado pela crescente adoção de sistemas de informação em saúde, plataformas digitais e instrumentos de registro eletrônico. As análises

apontam que apesar desse processo ser percebido desde os anos de 1990, esse quadro se intensifica de maneira mais expressiva a partir da pandemia da Covid-19, que atuou como catalisador da digitalização dos processos de trabalho e de disponibilização de serviços e atendimentos, possibilitando significativos avanços na oferta dos serviços de saúde à população usuária, mas também revelando desigualdades estruturais e barreiras no acesso à saúde.

Para refletirmos sobre o cotidiano de trabalho em saúde, se faz necessário recorrer a saúde coletiva como campo teórico-prático, que nos possibilita compreender os desafios, contradições e potências do trabalho coletivo em saúde. Esse cotidiano é marcado por questões, ações e decisões que escapam aos manuais, revelando sua natureza dinâmica e em constante transformação. Outro ponto a ser considerado sobre o cotidiano de trabalho coletivo em saúde é que este é atravessado por disputas de poder e saberes em constante tensionamento. Entretanto, também se constitui como espaço de articulação e construção coletiva do cuidado em saúde, através da interdisciplinaridade e da integralidade do cuidado (Vasconcelos, 2022).

Nessa perspectiva, o trabalho coletivo em saúde é permeado por tensões e características ligadas a forma como este vem sendo desenvolvido na sociabilidade capitalista, onde a produção do cuidado é atravessada por contradições entre a lógica do capital e a lógica da saúde como direito universal. O cotidiano é, ainda, o espaço de reprodução dos seres em sua singularidade, tendo como uma das suas partes orgânicas e insuprimíveis as formas de organização do trabalho (Matos, 2017).

Para Vasconcelos (2022), o cotidiano do trabalho profissional expressa a forma de organização da rotina de trabalho nos equipamentos e serviços dos espaços sócio-ocupacionais. No campo da saúde, o trabalho dos/as assistentes sociais é atravessado por contradições oriundas do processo de contrarreformas neoliberais, que fragilizam o SUS por meio do subfinanciamento crônico, da precarização do trabalho e dos serviços, traduzidos pelos processos de terceirizações, contratos precários, sobrecarga de trabalho, escassez de recursos e metas de produtividade, que na maioria das vezes vão na contramão da integralidade do cuidado.

Outro elemento que atravessa o cotidiano do trabalho em saúde é a interdisciplinaridade, prevista nas diretrizes do SUS e permeada por contradições postas pelo modelo biomédico. Bravo e Matos (2009), destacam que a inserção do assistente social nas equipes de saúde requer a afirmação de seu núcleo de competências e atribuições, além da disputa de espaços de decisão, frente a uma organização do trabalho que privilegia o saber médico hegemônico. Isso exige

dos/as assistentes sociais capacidade crítica para dialogar com outros saberes, sem abrir mão da especificidade de sua intervenção profissional.

As alterações percebidas no cotidiano de trabalho profissional refletem os aspectos característicos da nova morfologia do trabalho na cena contemporânea, trazendo desdobramentos significativos ao trabalho de assistentes sociais. A nova morfologia do trabalho é entendida como a reconfiguração estrutural da organização, do conteúdo e das condições de trabalho profissional, profundamente marcadas pela incorporação das TICs e pelas transformações engendradas pelo modo de produção capitalista (Raichelis; Vicente; Vieira, 2022).

Para Santos (2023), “o cotidiano de trabalho dos assistentes sociais na saúde é atravessado por desafios permanentes, numa constante luta pelo reconhecimento e pela defesa da saúde como política pública e direito universal” (Santos, 2023, p. 17, Dissertação 6). Dessa forma, reitera-se a discussão sobre as transformações aprofundadas pela precarização, controle e intensificação do trabalho, agora mediadas por processos de digitalização, plataformização e ampliação do uso de sistemas e das TICs, especialmente a partir da pandemia de Covid-19.

O cotidiano de trabalho na saúde pública na atualidade encontra-se atravessado por um processo acelerado de incorporação de inovações tecnológicas, que se expressa na informatização dos serviços, na adoção de prontuários eletrônicos, na ampliação dos sistemas de regulação e na implementação de plataformas digitais voltadas ao atendimento remoto. Esse movimento, frequentemente legitimado pelo discurso da modernização do SUS, apresenta-se como estratégia de ampliação da resolutividade e de racionalização da gestão, mas, ao mesmo tempo, impõe implicações contraditórias à organização do trabalho em saúde e, particularmente, ao trabalho de assistentes sociais.

Machado (2023) salienta que o processo de digitalização do SUS apresenta tanto potencialidades, quanto limitações.

As tecnologias de informação e comunicação utilizadas na atenção primária à saúde a partir da pandemia do covid-19 foram ferramentas úteis no enfrentamento às situações de emergência de saúde pública e isolamento social, pois a partir do contexto apresentado evidenciou-se as potencialidades trazidas por sua utilização, sua capacidade de resolução das filas de espera da APS, de otimização dos serviços e melhoria da assistência oferecida pelo SUS [...] Evidenciou-se potencialidades destas ferramentas, como resolução de casos, redução de filas de esperas, crescimento na implantação de protocolos nos sistemas de informação em saúde e interfaces de informatização (Machado, 2023, p. 81-82, Dissertação 1).

Limitações são evidenciadas através do uso e implementação destas ferramentas, que necessitam de infraestrutura adequada para oferta e distribuição destes serviços. Fatores como a desigualdade socioeconômica e cultural, bem como a baixa

familiaridade dos usuários com as novas tecnologias apresentadas também dificultam para que este acesso seja socializado a toda população (Machado, 2023, p. 83, Dissertação 1).

Nesse contexto, a focalização das políticas sociais, somada à automatização do atendimento à população usuária, tende a reduzir a escuta qualificada e a mediação crítica das demandas postas pelos serviços e atendimentos, o que tem implicado diretamente na viabilização efetiva de direitos sociais (Raichelis, 2022). Em relação às análises sobre o cotidiano de trabalho em saúde e a presença das TICs, as produções mostram um quadro complexo e difuso, conforme pode ser observado no detalhamento abaixo:

Quadro 11. Síntese das análises sobre o cotidiano de trabalho dos/as assistentes sociais e a presença das TICs na saúde

Documento	Questão identificada	Instituição/estado
Souza, 2022, p. 129, Dissertação 5.	Observa-se inúmeros desafios postos à profissão demonstrados nas contradições das ações profissionais, entre o trabalho presencial x teletrabalho, a intensificação ou a nova roupagem de demandas tradicionais, como ao surgimento das novas demandas, e de atribuições que não se referem aos assistentes sociais.	Sistema Único de Saúde (SUS) – Santa Catarina/SC.
Gomes, 2023, p. 62, Dissertação 7.	Para garantir a continuidade do atendimento, o Serviço Social do CHCF, algumas estratégias foram pensadas como forma de garantir a continuidade dos serviços e o acesso dos usuários, como [...] a utilização de canais de comunicação, como WhatsApp e chamadas de vídeo via celular, e atendimentos remotos, semipresenciais e híbridos, o que facilitou a comunicação entre usuários, profissionais e suas famílias; bem como, adaptação à nova realidade nos processos de trabalho.	Hospital Clementino Fraga – João Pessoa/PB.
Sandes, 2023, p. 142-143, Dissertação 8.	Observamos que a pandemia teve um impacto significativo nas atividades desses profissionais, exigindo adaptações e mudanças na forma como prestavam assistência aos usuários. A necessidade de distanciamento social e a transição para o atendimento remoto também influenciou o trabalho dos assistentes sociais.	Sistema Único de Saúde (SUS) – Paulo Afonso/BA
Fonseca, 2024, p. 16, Dissertação 11.	No cotidiano profissional foram perceptíveis as imposições institucionais que defrontam com a realidade da população usuária e suas demandas, o reforço à uma cultura hierarquizada em que a profissão do Serviço Social é subalternizada e um apelo às atribuições equivocadas ou desvios de função, processos que tendem a uma descaracterização do trabalho profissional e que não estão assentados no campo das atribuições e competências profissionais nos termos da Lei de Regulamentação, lei 8.662/93.	Alta complexidade do SUS – Natal/RN.
Rodrigues, 2023, p. 153-154, Dissertação 12.	Podemos citar também os principais aspectos que contribuíram para alterar as condições e relações de trabalhos das assistentes sociais inseridas/os nas UBS do município de Vitória/ES, como por exemplo a criação de novas modalidades de atendimento bem como o trabalho home office, Telemonitoramento ou Monitoramento Remoto, Teleorientação, Teleinterconsulta, intensificação do uso do telefone para monitoramento de	Unidades Básicas de Saúde (UBS) – Vitória/ES.

	usuários em tratamento da Covid-19 e incorporação de ferramentas digitais bem como a Rede bem Estar, e-SUS, Google Meet e WhatsApp, cujo a incorporação/intensificação do uso dessas ferramentas digitais, promoveram uma captura maior do tempo fora do trabalho, provocando mais sobrecarga e intensidade no trabalho.	
Pinto, 2020, p. 29, Dissertação 15.	Os profissionais comprometidos com o SUS, entre requisições institucionais impositivas e excesso de demanda, contam com poucas oportunidades de ampliação de sua relativa autonomia e poder decisório, frente a um modelo “tecnificado” e informatizado da porta de entrada do SUS.	Atenção Primária à Saúde – Rio de Janeiro/RJ.
Melo, 2023, p. 15, Dissertação 18.	Nesses espaços, também, mesmo que de forma tímida, havia a introdução das Tecnologias da Informação e Comunicação (TICs) como instrumento mediador do trabalho profissional de assistentes sociais. E, apesar dos rebatimentos advindos do uso dessas ferramentas — como a super precarização do trabalho; a exacerbação da vigilância; a quebra do sigilo profissional; o reforço da razão instrumental; entre outros —, evidencia-se, contraditoriamente, importantes ganhos no fortalecimento do Projeto Ético-Político – PEP.	Instituto Dr. José Frota – Fortaleza/CE.
Silva, 2024, p. 20, Dissertação 17.	A crise do capital articulada à pandemia tem aprofundado a exploração do trabalho, o que aponta tendências mais devastadoras para a vida da classe trabalhadora, como o aumento e/ou instituição, nas mais diversas esferas do trabalho, presencial, remoto ou teletrabalho, como também pela inserção de diferentes modalidades de contrato de trabalho para atender à demanda de recursos humanos neste tempo pandêmico nos diferentes espaços institucionais. O tempo pandêmico reorganizou e reafirmou a determinação social da saúde.	Unidade de Pronto-Atendimento (UPA) – Parnamirim/ RN.

Fonte: Pesquisa documental (2024)

Constata-se, neste quadro, que a digitalização dos processos de trabalho vem fragilizando a intervenção profissional de assistentes sociais, impondo limites a sua capacidade de responder a demandas complexas. A inserção e o uso de sistemas informatizados têm padronizado procedimentos, impondo fluxos rígidos, reduzindo a autonomia profissional e limitando as possibilidades de mediação crítica da intervenção profissional. A fronteira entre tempo de trabalho e tempo de vida torna-se difusa, e a ausência de condições adequadas, como equipamentos, infraestrutura e suporte técnico, tem ampliado a sobrecarga de trabalho e o desgaste físico e mental dos/as assistentes sociais (Raichelis, 2022).

A informatização dos serviços, a utilização de prontuários eletrônicos, plataformas de regulação e teleatendimento configuram-se como avanços na modernização do SUS e como instrumentos de ampliação da resolutividade das demandas da população usuária dos serviços de saúde. Entretanto, esse processo mostra-se tensionado por inúmeras contradições, onde ao mesmo tempo em que cria condições de maior acesso às informações e agilidade na comunicação entre serviços da rede de atenção à saúde, impõe novas formas de intensificação

do trabalho e ampliação da plataformização de serviços e atendimentos. Mendonça (2020), Rosa (2023) e Schreider (2021) corroboram a essa afirmativa destacando em suas análises que:

Apesar da tecnologia dos sistemas de informação amparar e permitir o funcionamento e gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, este sofre cotidianamente com os impactos do ataque neoliberal e com o desmonte da política de saúde, os quais estão expressos nas precarizações das condições de trabalho e serviços prestados (Mendonça, 2020, p. 16, Dissertação 9).

Trata-se, então, de um processo de criação de possibilidades de utilização dessas ferramentas para o fortalecimento da cidadania. Essas possibilidades trazem a necessidade de uma leitura e posicionamento crítico profissional frente às contradições estabelecidas no uso das tecnologias no sistema do capital, identificando estratégias que priorizem o atendimento das demandas sociais e de cidadania (Rosa 2023, p. 11, Dissertação 14).

Essa contradição entre o desenvolvimento científico/tecnológico e o capitalismo fica mais evidente nos serviços de saúde, visto que necessitam de um arsenal tecnológico importante para prevenção, diagnóstico e tratamento de doenças e, portanto, a aquisição desse arsenal contribui, ao mesmo tempo e contraditoriamente, de maneira favorável para o processo saúde-doença, mas também para o processo de valorização do capital, incidindo inclusive no processo de trabalho (Schreider, 2021, p. 168, Tese 1).

Nessa via, observa-se que o uso de tecnologias da informação tem conduzido à um processo de plataformização do trabalho, com desdobramentos ao trabalho dos/as assistentes sociais, seja no preenchimento de sistemas e formulários padronizados que, em muitos casos, reduzem o tempo destinado ao atendimento direto, seja na escuta, no atendimento e acompanhamento direto aos usuários, nas situações complexas que resultam da vida cotidiana e das múltiplas expressões da questão social no âmbito da saúde.

Para Raichelis (2022), esse deslocamento tem evidenciado formas de subordinação da intervenção profissional a uma lógica gerencial pautada em indicadores de produtividade e alcance de metas, em detrimento da dimensão crítica, interventiva e de defesa de direitos orientada pelo projeto ético-político do Serviço Social. A mediação a partir do uso das TICs, embora necessária em determinados contextos, não substitui a dimensão presencial da escuta, da orientação e da intervenção profissional.

Guerra (2023, p.10) aponta que “a profissão tem vivenciado alterações profundas nas suas requisições profissionais, cada vez mais simplificadas, polivalentes, transformadas em atividades inespecíficas [...] denominadas de atividades indevidas/inadequadas”. O que se evidencia, nesse processo, é o risco de uma redução da intervenção do/a assistente social a uma

função de registro, sem a necessidade de qualquer tipo de especialização, distante da práxis crítica que fundamenta o exercício profissional.

Diante desse quadro, as requisições e demandas sócio-institucionais “indicam a sua natureza, seu lugar na divisão social e técnica do trabalho, sua funcionalidade ao Estado e suas estratégias de responder à crise do capital” (Guerra et al, 2016, p. 4). Estas não podem ser captadas de forma dissociada das determinações mais gerais da crise estrutural do capital, da configuração das políticas sociais e do mundo do trabalho na cena contemporânea. Nessa via, o detalhamento realizado a partir dos trabalhos analisados apontam como estas requisições institucionais e demandas sociais dos usuários são percebidas, descritas e identificadas pelos autores das Teses e Dissertações consultadas, que se realizam na área da saúde.

Quadro 12. Requisições e demandas sócio-institucionais no trabalho do/a assistente social na saúde identificadas nas Teses e Dissertações analisadas (2015-2024)

Documento	Questão Identificada
Machado, 2023, p. 24, Dissertação 1.	Considerando o contexto vivenciado no mundo e no Brasil, com implementações de medidas de enfrentamento à pandemia do covid-19, observa-se um aumento do uso da Telessaúde e das Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC's) para responder às demandas por atendimento à distância , visando a segurança de pacientes e profissionais da saúde.
Silva, 2022, p. 08, Dissertação 2.	Ao mesmo tempo recebemos novas requisições ou ao menos uma nova forma de realizar nossas atividades, como o trabalho à distância, trabalho remoto, teleatendimento , como podemos denominar as atividades realizadas em home office, entrevistas online (via videochamadas) e procedimentos realizados apenas por meios virtuais, com a intermediação de meios de tecnologia da informação, as TIC's , amplamente difundidas no processo de trabalho atualmente.
Souza, 2022, p. 128-129, Dissertação 5.	De modo geral observou-se [...] que ocorreu a intensificação das demandas tradicionais e eminentemente socioassistenciais , que se somaram e se confundiram com as novas demandas , por dificuldades em estabelecer vínculos nos atendimentos remotos (teletrabalho e tele atendimento), ou pelo fechamento ou restrição dos serviços no período inicial de pandemia de Covid-19, como também a demandas que não se referem às atribuições profissionais .
Santos, 2023, p. 122, Dissertação 6.	Acerca do processo socioassistencial, as entrevistadas sinalizam que as demandas principais estavam relacionadas às ações socioeducativas pautadas no acesso da população aos diferentes programas, serviços e benefícios sociais para suporte de renda das famílias, grupos e indivíduos que ficaram desempregados e/ou perderam a sua renda por estarem inseridos na informalidade, além dos atendimentos voltados a prestar informações sobre as rotinas e fluxos dos serviços de saúde e da rede de atenção .
Sandes, 2023, p. 141, Dissertação 8.	A pandemia trouxe à tona não apenas as questões de saúde, mas também as dimensões sociais profundamente interligadas à saúde. As demandas socioassistenciais , as dificuldades financeiras, a necessidade de adaptação às restrições impostas pelo distanciamento social e a importância do suporte psicossocial emergiram como tópicos. O papel dos assistentes sociais se destacou na busca por promoção de direitos sociais em meio à crise [...] e com as orientações sanitárias destinadas ao controle do coronavírus visando o afastamento social como uma das medidas de mitigação no início e ápice da pandemia, algumas demandas equivocadas foram atribuídas aos assistentes sociais , extrapolando as atribuições profissionais.

Mendonça, 2020, p. 175, Dissertação 9.	O trabalho do assistente social enfrenta os reatamentos do neoliberalismo ao vivenciar a precarização das condições de trabalho no SUS. Associada a essa realidade, o assistente social também vivencia o contexto da inserção dos sistemas de informação na saúde que são utilizados pelos profissionais para o cadastro de dados sobre o processo de trabalho realizado cotidianamente, sendo importantes ferramentas de gestão, responsáveis pela administração e monitoramento dos procedimentos realizados pelos profissionais de saúde.
Fonseca, 2024, p. 18, Dissertação 11.	Além disso, a pandemia acelera processos já existentes no cotidiano profissional na política de saúde, a exemplo da utilização massiva das Tecnologias de Informação e Comunicação (TICs), as quais consideramos uma crucial expressão da nova morfologia do trabalho, materializada no formato do home office, teletrabalho, preenchimento de planilhas, registros nos sistemas de informação em saúde e nos prontuários eletrônicos . O cenário de crise também é um terreno fértil para o apelo às requisições institucionais que não se encontram respaldadas no campo das atribuições e competências profissionais .
Santos, 2022, p. 161, Dissertação 13.	As demandas mais relatadas foram de teor econômico, como de geração de renda, trabalho, qualificação profissional, orientação para familiares e usuários, viabilização de benefícios socioassistenciais e previdenciários, bem como a articulação com serviços intra e intersetoriais. Os instrumentos mais recorrentes foram a entrevista social, estudos sociais, relatórios sociais, acolhimento social, atendimento social, visitas domiciliares, visitas institucionais, observação, matriciamento, articulação com a rede, reuniões e prontuários
Pinto, 2020, p. 29, Dissertação 15.	Os profissionais comprometidos com o SUS, entre requisições institucionais impositivas e excesso de demanda, contam com poucas oportunidades de ampliação de sua relativa autonomia e poder decisório, frente a um modelo “tecnificado” e informatizado da porta de entrada do SUS.
Silva, 2024, p. 146, Dissertação 17.	É certo que a precarização do trabalho implicou no seu alargamento, durante a pandemia, de requisições indevidas . Que advém do processo histórico da profissão, mas também de novas requisições . A partir, principalmente, da inserção e ampliação das tecnologias da informação e comunicação deturpadas, que destoam do papel Serviço Social na equipe de saúde.
Silva, 2022, p. 272, Tese 2.	Esta conjuntura diminui as próprias possibilidades de ação mobilizadora do(a) assistente social junto à rede de políticas públicas em meio a demandas fazendo, inclusive, com que a todo o instante haja requisição institucional no sentido de responsabilizar somente os indivíduos e suas famílias na provisão do cuidado em saúde e provisão da proteção social . Ou seja, quando se aumenta a quantidade e complexidade das demandas e se diminui o quadro de profissionais para atendê-las, há uma precarização da oferta dos serviços do SUS e uma intensificação do trabalho do(a) assistente social com consequências na qualidade do serviço prestado e no desgaste emocional e na saúde destes profissionais.

Fonte: Pesquisa documental (2024)

A partir da análise das Teses e Dissertações defendidas nos Programas de Pós-graduação da área de Serviço Social (2015–2024), percebe-se que as requisições institucionais direcionadas ao trabalho do assistente social na saúde se intensificaram e se diversificaram, sobretudo a partir da crise provocada pela pandemia de Covid-19. Nesse cenário, emergiram novos elementos, tais como a Telessaúde, o teleatendimento, o teletrabalho e o uso de sistemas de informação, aliados a elementos tradicionais, como requisições imediatas e demandas indevidas, que extrapolavam as atribuições e competências profissionais.

Observa-se, ainda, significativas mudanças em relação às requisições institucionais e as demandas sociais dos usuários, dentre elas: a exigência constante de preenchimento de dados e a pressão por produtividade que geram uma sobrecarga invisível, consumindo tempo e energia, física e mental, dos profissionais, impactando na realização do trabalho e na sua relativa autonomia. Fica nítido, também, que o cuidado em saúde se apresenta cada vez mais subordinado à lógica dos algoritmos, fato que tem acarretado na fragilização do vínculo entre profissional e usuário, e usuário e serviço, tornando-se um obstáculo à escuta sensível e humanizada da população usuária do SUS, além da fragmentação do cuidado em saúde, distanciando-se da perspectiva de saúde como direito universal.

Dentre os principais tipos de requisições profissionais identificadas, destacam-se: 1) Ampliação do uso de TICs: imposição de atendimentos remotos, teleatendimento e registro em prontuários eletrônicos no cotidiano de trabalho, aceleradas pela pandemia de Covid-19; 2) Requisições socioassistenciais intensificadas: aumento de pedidos relacionados a geração de renda, acesso a benefícios socioassistenciais e previdenciários, orientação para desemprego e informalidade; 3) Demandas administrativas e de registro: maior exigência de preenchimento de planilhas, sistemas de gestão e cadastramento de dados que monitoram o trabalho cotidiano; 4) Atribuições indevidas e responsabilização de famílias/usuários: expectativa institucional para que assistentes sociais resolvam problemas estruturais ou realizem tarefas fora de suas competências técnicas; e 5) Pressão por tecnificação e perda de autonomia: modelos informatizados e protocolos impositivos que reduzem a autonomia profissional e ampliam o controle sobre procedimentos e serviços de saúde.

Essas requisições tem gerado diversos desdobramentos no cotidiano de trabalho dos/as assistentes sociais, principalmente no que tange as relações e condições de trabalho. Observa-se a intensificação da carga de trabalho a partir do aumento e complexidade das demandas dos usuários, sem a correspondente ampliação do quantitativo de profissionais nos estabelecimentos e serviços de saúde, o que tem gerado sobrecarga e desgaste físico e mental dos/as profissionais.

Há ainda a fragilização e o tensionamento das relações entre profissional e instrumentos de trabalho, tais como o uso de sistemas e/ou atendimentos mediados por tecnologias da informação, trazendo implicações à intervenção profissional junto às populações usuárias do SUS. Percebe-se, também, que grande parte das demandas sociais reconhecidas pelos profissionais são convertidas em requisições institucionais. Evidencia-se, ainda, uma redução na capacidade mobilizadora dos/as assistentes sociais na articulação intersetorial e na garantia

de direitos, devido, muitas vezes, a fragmentação e transferência de responsabilidades para indivíduos, grupos e famílias, em detrimento de respostas estruturais e coletivas.

Com relação às demandas sociais dos usuários, as produções analisadas demonstram que estas apresentam-se a partir da identificação de vulnerabilidades econômicas e pela necessidade de acesso a direitos básicos, dentre eles o acesso à saúde. Há ainda outros fatores que influenciam nas demandas que chegam até esses profissionais, a saber: o desemprego, a informalidade, a perda de renda e outras vulnerabilidades que tem impulsionado os pedidos por benefícios sociais, auxílios e encaminhamentos para programas de transferência de renda e orientações sobre previdência social. Além das demandas econômicas, identificou-se também necessidades por suporte e orientação acerca de rotinas e fluxos dos serviços de saúde.

A sobreposição entre problemas estruturais e pedidos individuais tem gerado um grande volume nos atendimentos de caráter emergencial. As demandas sociais que derivam da insuficiência de políticas públicas apresentam-se aos profissionais como problemas a serem resolvidos em nível individual, aumentando o número de encaminhamentos e a pressão por soluções imediatas a partir de requisições sócio-institucionais indevidas. Somado a esse cenário, a incorporação acelerada das TICs vem alterando as formas de acesso a serviços e atendimentos em saúde, prejudicando a experiência dos usuários do SUS. Ao mesmo tempo em que as tecnologias potencializam a acessibilidade aos serviços, reduzem deslocamentos e permitem consultas e orientações remotas, contraditoriamente, também levantam barreiras nas possibilidades de acesso e de resposta rápida a demandas sociais.

Para os usuários do SUS, essa forma de mediação tem representado um fator de exclusão pois muitos usuários em situação de vulnerabilidade socioeconômica enfrentam barreiras digitais, relacionadas à falta de equipamentos, conectividade precária ou falta de acesso à internet, baixo letramento digital ou dificuldade de navegar em sistemas complexos. Assim, o que deveria ampliar o acesso ao serviço pode, paradoxalmente, restringi-lo. Isto ocorre, pois, “a mediação necessária para o incremento do desenvolvimento tecnológico na sociabilidade burguesa está sob o controle das exigências da reprodução do capital em diversas esferas” (Lima, 2016, p. 12, Dissertação 4).

A digitalização da saúde tem aprofundado as desigualdades de acesso à saúde, onde as limitações resultam em exclusão parcial ou total de modalidades remotas de atendimento e serviços digitalizados do SUS, reforçando desigualdades sociais e transformando o processo em etapas burocráticas. Esse quadro tem colocado barreiras ao exercício profissional onde “os/as assistentes sociais são desafiados a criar estratégias e prioridades de ação para assegurar

a qualidade dos serviços prestados aos usuários, a atender exigências burocráticas e de produtividade, lidando com a escassez de recursos” (Santos, 2023, p. 17, Dissertação 6).

Nessa direção, as estratégias de intervenção e a intencionalidade do trabalho profissional dos/as assistentes sociais devem orientar-se na perspectiva de democratização do acesso à saúde como direito universal, reduzindo barreiras ao acesso e viabilizando atendimento humanizado às populações, mesmo que em contextos adversos. Esse contexto mostra a relação indissociável entre exercício profissional e Projeto Ético Político, relação esta que confere dimensão sociopolítica, normativa e estratégica à intervenção profissional dos/as assistentes sociais.

3.4 Limites e possibilidades de inserção das TICs na saúde pública e perspectivas de um SUS digitalizado

A transição para a saúde digital no Brasil representa um movimento significativo e complexo de reconfiguração contemporânea do SUS. Impulsionada pela ESD28 e pela expansão de plataformas e sistemas informacionais, a digitalização tem como objetivo ampliar o acesso, a eficiência nos processos de gestão e integração de informações em saúde. Contudo, observa-se que essa transição tem sido atravessada por contradições estruturais, que evidenciam limites, desafios e possibilidades para a perspectiva de um SUS digitalizado, onde de fato se concretize a equidade digital enquanto dimensão do direito universal à saúde (Haddad; Lima, 2024).

A digitalização e a gestão por dados na saúde engendram um movimento na qual o uso tecnológico passa a mediar, cada vez mais, a relação entre Estado, profissionais e usuários dos serviços públicos. Embora a incorporação e o uso de sistemas informacionais, aplicativos, prontuários eletrônicos e outras tecnologias sejam frequentemente apresentadas como eficientes à gestão dos serviços e à ampliação do acesso à saúde, do ponto de vista social, esse mesmo processo, escancara profundamente as desigualdades e vulnerabilidades sociais (Moraes, 2014).

Dentre as principais barreiras que se colocam à digitalização da saúde está a exclusão digital atrelada a determinantes sociais, estruturais, tecnológicos e políticos. A exclusão digital na saúde pode ser entendida como um conjunto de barreiras que impedem indivíduos e grupos sociais de acessar, compreender e se beneficiar de recursos e serviços de saúde mediados por TICs. Mais do que a simples ausência de acesso à internet ou a dispositivos eletrônicos, a

exclusão digital envolve desigualdades relacionadas a marcadores como classe social, renda, território, escolaridade, faixa etária, gênero e raça.

A partir dessa constatação, é necessário que se problematize não apenas quais os tipos de inovação tecnológica, mas para quem, como e sob quais interesses essa inovação se desenha. O modelo convencional¹⁰ de desenvolvimento tecnológico tem perpetuado lógicas assimétricas de controle, exclusão e inadequação às necessidades de grande parte da população, pois, longe de ser neutra, a tecnologia reflete, produz e reproduz relações de poder, interesses econômicos e relações sociais contraditórias (Dagnino, 2014).

Nessa perspectiva, o modelo convencional de desenvolvimento e implementação de tecnologias digitais em saúde aparece fortemente ancorado a dinâmicas verticais, empresariais e tecnocráticas, mesmo no âmbito de sistemas públicos como o SUS. Um dos efeitos mais perversos do modelo convencional de saúde digital é a ampliação das desigualdades e exclusão digital. Apesar da proposta de universalização do acesso, evidenciam-se inúmeras barreiras tecnológicas, culturais e econômicas, que mantêm significativa parcela da população à margem dos avanços digitais.

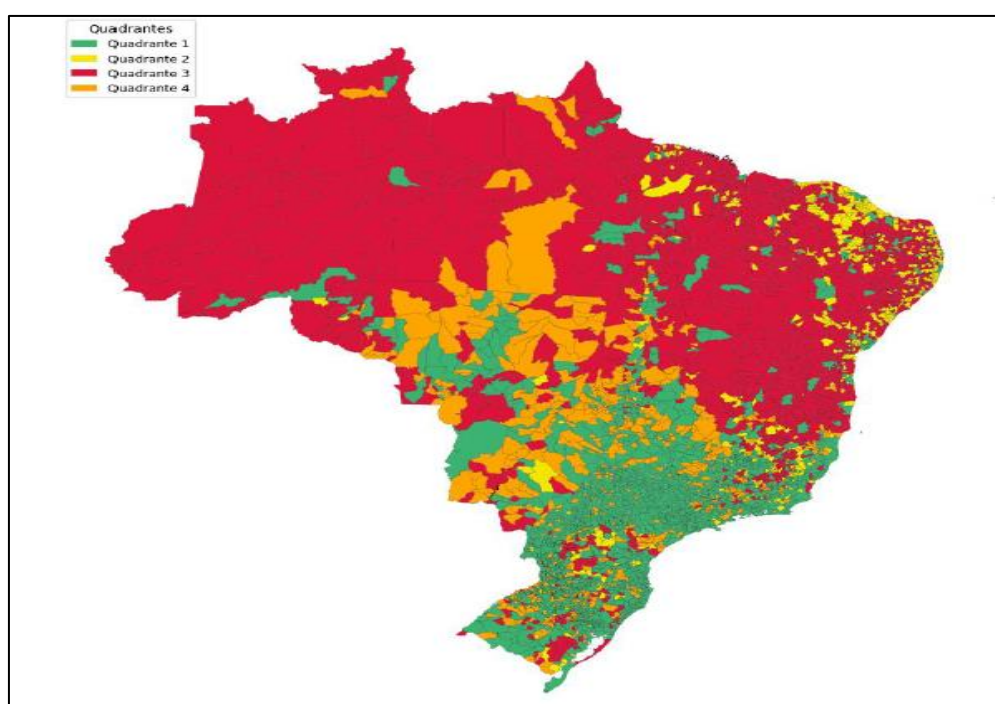
No contexto brasileiro, marcado por profundas desigualdades sociais e regionais, o acesso à internet, apesar dos avanços na expansão da conectividade, permanece desigual. Segundo o IBGE, em pesquisa nacional realizada nos domicílios brasileiros, a proporção de pessoas com 10 anos ou mais de idade que utilizaram a Internet no país passou de 84,7% em 2021 para 87,2% em 2022. Ao comparar estes dados com os de pessoas que não acessam a internet, os motivos de não utilização para 42,2% das pessoas referem-se ao desconhecimento de suas formas de utilização e 53% referem-se à condição de renda familiar, muitas vezes limitado ao uso do celular pré-pago/telefone móvel, com pacotes de dados insuficientes para atividades mais complexas, como ensino remoto, teletrabalho ou teleatendimento em saúde (IBGE, 2022).

Segundo relatório publicado em 2024 pela Agência Nacional de Telecomunicações (ANATEL), a maior concentração de brasileiros sem acesso adequado à internet permanece situada predominantemente nas regiões Norte e Nordeste do país. Essa constatação não apenas confirma desigualdades históricas na distribuição da infraestrutura de telecomunicações, como

¹⁰ Desenvolvida sob a lógica capitalista de produção e voltada para a maximização do lucro, é controlada por quem detém os meios de produção. Ela não é neutra nem universal, ao contrário, carrega em si os valores, interesses e formas de dominação típicas do sistema capitalista. É o resultado da ação do capitalista sobre o processo de trabalho, concebida para aumentar o controle sobre os trabalhadores e apropriar-se do tempo de trabalho excedente, visando à acumulação de capital (Dagnino, 2014).

também revela a persistência de um padrão estruturante em que os territórios com menores índices de desenvolvimento humano e maior vulnerabilidade sociais apresentam os menores níveis de conectividade digital. Em contrapartida, regiões como Sul e Sudeste exibem níveis elevados de acesso e conectividade, resultado de uma combinação de maior adensamento urbano, melhor infraestrutura e maior capacidade de investimento público e privado. A Figura 5 apresenta o Índice Brasileiro de Conectividade (IBC) entre os estados brasileiros referente ao ano de 2024.

Figura 5. Mapa de conectividade entre estados brasileiros



Fonte: ANATEL (2024).

O IBC é uma variável criada pela ANATEL para medir e classificar o estágio de conectividade entre municípios e estados brasileiros. A abordagem utilizada nesta pesquisa tem como base a análise por quadrantes, utilizando duas variáveis: o Índice Brasileiro de Conectividade (IBC) e o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM). Neste, a classificação se dá por meio de quadrantes, onde cada um representando uma combinação específica de níveis de conectividade e desenvolvimento humano:

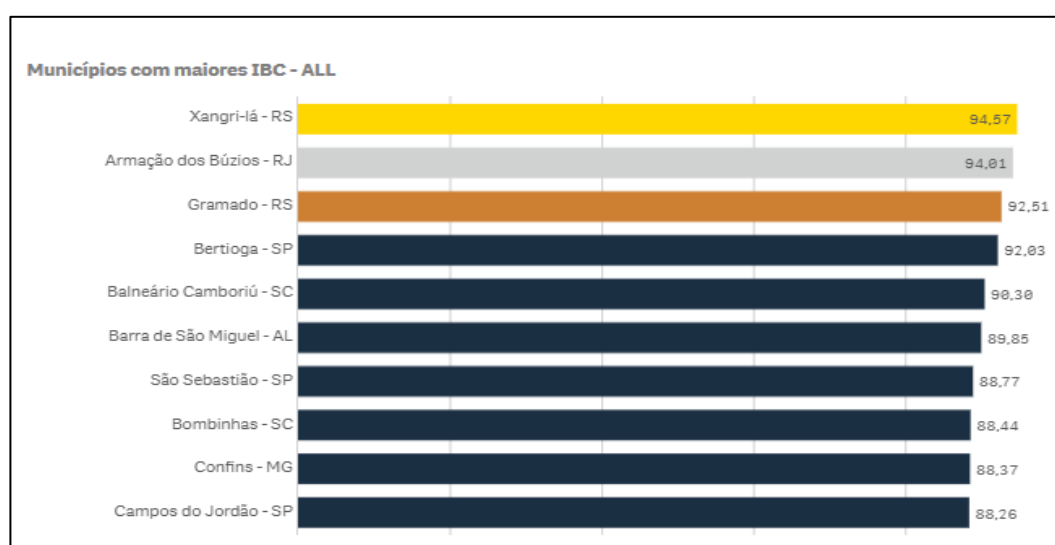
- **QUADRANTE 1 (Alto IBC, Alto IDHM):** Municípios com alto nível de conectividade e alto desenvolvimento humano.

- QUADRANTE 2 (Alto IBC, Baixo IDHM): Municípios com alta conectividade, mas baixo desenvolvimento humano.
- QUADRANTE 3 (Baixo IBC, Baixo IDHM): Municípios com baixos índices tanto de conectividade quanto de desenvolvimento.
- QUADRANTE 4 (Baixo IBC, Alto IDHM): Municípios com baixo nível de conectividade, mas alto desenvolvimento humano.

Nesse sentido, os índices presentes no relatório demonstram que a desigualdade digital no país não se reduz à mera ausência de internet, mas envolve dimensões estruturais, de renda, urbanização e infraestrutura, cobertura móvel, vulnerabilidade social e marcadores de raça e classe. O contraste entre Norte/Nordeste e Sul/Sudeste, portanto, expressa um fenômeno cujo enfrentamento e superação exige políticas públicas orientadas pela territorialização das vulnerabilidades e fortalecimento da conectividade como direito e bem público.

Tais marcadores expressam o fenômeno da exclusão digital, evidenciando que este é profundamente determinado por desigualdades regionais, socioeconômicas e territoriais, que afetam principalmente os municípios com menores níveis de desenvolvimento humano, maior vulnerabilidade social e baixa presença de infraestrutura de telecomunicações. Em outras palavras, estar conectado não significa necessariamente estar incluído digitalmente, sobretudo quando o acesso é precário e não dialoga com as necessidades locais das populações, fato este evidenciado pelas disparidades de conectividade entre os municípios brasileiros (Figuras 6 e 7).

Figura 6. Municípios brasileiros com maior índice de conectividade

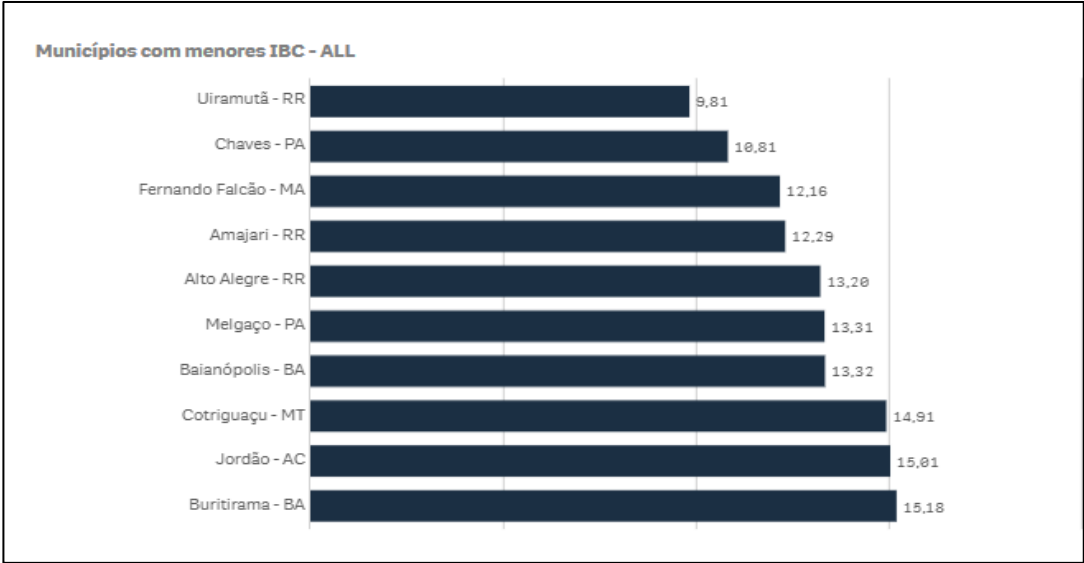


Fonte: ANATEL (2024).

Em relação aos municípios com maior IBC (Figura 6), nota-se que as cidades listadas são, em sua maioria, praias e/ou destinos turísticos (Xangri-lá, Búzios, Balneário Camboriú, Bombinhas, Gramado) ou polos de infraestrutura específica e de serviços, o que eleva indicadores de bem-estar. Nestes espaços, os investimentos em infraestrutura tendem a seguir o fluxo turístico e econômico, gerando recursos de alta qualidade (hotéis, centros, aeroportos). No entanto, observa-se a transformação do espaço em mercadoria em benefício do capital, onde a valorização imobiliária e a privatização de espaços públicos funcionam como mecanismos de acumulação, à exemplo do que ocorre com a infraestrutura em conectividade.

Contraditoriamente, os municípios que apresentam o menor IBC (Figura 7) escancaram a incompatibilidade entre o discurso da ampliação da digitalização no país e a realidade concreta vivenciada nas regiões Norte e Nordeste do país.

Figura 7. Municípios brasileiros com menor índice de conectividade



Fonte: ANATEL (2024).

Dentre os municípios com o menor índice de conectividade, seis (6) estão localizados na região Norte e quatro (4) na região Nordeste. Em sua maioria são territórios predominantemente rurais, com população entre 9 mil e 21 mil habitantes. Os baixos índices de conectividade refletem as barreiras em infraestrutura e telecomunicações, especialmente em municípios de baixa densidade, fato este que tem elevado os custos de implantação e manutenção de redes, resultando em cobertura móvel limitada e dificultando o acesso à internet nessas localidades.

Nesse sentido, embora a proposta de digitalização da saúde seja apresentada como mecanismo de ampliação do acesso aos serviços, sua implementação ocorre de maneira desigual no território nacional, marcada por assimetrias no acesso à infraestrutura tecnológica entre regiões e unidades de saúde. A desigualdade de estrutura, de equipamentos, de conexão e de suporte técnico entre unidades de saúde, especialmente em regiões periféricas e no interior do país, gera um cenário de fragmentação no acesso à saúde. Esse quadro limita o potencial de inserção dos recursos digitais, pois acaba reforçando desigualdades já presentes na dinâmica do SUS, afetando, de diferentes maneiras, tanto os usuários quanto os trabalhadores da saúde (Moraes, 2014).

A exclusão digital, portanto, é também uma expressão da questão social, uma vez que reflete as desigualdades estruturais que atravessam a vida cotidiana. A falta de acesso equitativo à internet tem agravado situações de exclusão econômica, educacional, cultural e de saúde, limitando o exercício da cidadania e o acesso a políticas públicas e serviços essenciais. Frente a esse cenário, tornam-se fundamentais a formulação e implementação de políticas públicas voltadas à equidade digital. Isso implica não apenas ampliar a infraestrutura de conectividade, mas também garantir condições materiais de acesso e letramento digital, o que requer, portanto, reconhecer o acesso à internet como um direito básico, intrinsecamente ligado à efetivação da justiça social.

No Brasil, a ESD28, elaborada pelo Ministério da Saúde, constitui-se como o marco orientador das ações governamentais voltadas à construção de uma política pública de saúde digital com base na equidade, universalidade e integralidade do SUS. Sob essa orientação, o Estado brasileiro, através do Ministério da Saúde, assume papel central na articulação, regulação e execução das políticas voltadas à transformação digital na saúde, para que estas ocorram em consonância com os interesses de estados, municípios e população usuária, tendo como base os princípios que regem o SUS (BRASIL, 2020).

A arquitetura institucional da transformação digital no país sustenta-se a partir de um conjunto de programas estruturantes, guiados por diretrizes do Ministério da Saúde e incorporados em normas, planos de ação e investimentos. O documento aponta ainda a redução das desigualdades territoriais e sociais como um dos eixos de orientação privilegiados das ações. A ESD28 enfatiza a importância de expandir a conectividade e a informatização das unidades básicas de saúde, especialmente em regiões com baixa infraestrutura tecnológica. Esta tem como visão estratégica a integração de todas as unidades de saúde à Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS) como principal plataforma de interconexão, buscando assegurar a

todos os cidadãos, independentemente de sua localização geográfica ou condição socioeconômica, o acesso aos serviços digitais de forma equitativa (Haddad; Lima, 2024).

Com a ESD28 consolidam-se projetos motrizes, tais como o programa SUS Digital, que surge como iniciativa de operacionalização da transformação digital, integrando cidadãos, profissionais e gestores, com ênfase em acesso, resolubilidade, inovação e proteção de dados em saúde. A Portaria GM/MS nº 3.232, de 1º de março de 2024, que altera a Portaria GM/MS nº 5, de 28 de setembro de 2017, instituiu o Programa SUS Digital a nível nacional. O programa busca definir diretrizes acerca do papel das tecnologias digitais no âmbito do SUS, a partir da perspectiva de que a saúde digital deve ser pensada, planejada e implantada de forma integrada aos processos e serviços de saúde, para que resulte na melhoria do acesso e qualidade dos serviços à população usuária do SUS. Em seu parágrafo único na seção I, que trata dos objetivos, o documento destaca que:

A transformação digital no SUS aplica-se ao campo da saúde como um todo, incluindo a atenção integral à saúde, a vigilância em saúde, a formação e educação permanente dos trabalhadores e profissionais de saúde, a gestão do SUS em seus diversos níveis e esferas, e o planejamento, monitoramento, avaliação, pesquisa, desenvolvimento e inovação em saúde, mas sem se restringir a estes (BRASIL, 2024).

Enquanto política pública estruturante voltada à equidade no acesso aos serviços digitais de saúde, a portaria define diretrizes, iniciativas e ações para o acesso aos produtos e serviços de saúde digital a partir de uma perspectiva universal, tais como: os Planos de Ação de Transformação para a Saúde Digital (PA Saúde Digital), a Telessaúde, que engloba serviços como Telemedicina, Teleatendimento e Telediagnóstico, o aplicativo Meu SUS Digital, investimentos em infraestrutura e conectividade, o desenvolvimento de políticas nacionais de transformação digital, como regulamentações e legislações que visam a segurança e proteção de dados, constituindo, assim partes do projeto de transformação digital na saúde (BRASIL, 2024).

A ampliação da presença digital no SUS tem redefinido o modo como os trabalhadores da saúde se relacionam com os usuários e com os processos institucionais de gestão e serviços de saúde. Para Schreider (2021):

O desenvolvimento científico-tecnológico e seu reflexo na produção de equipamentos e recursos voltados para área da saúde, seguindo a lógica capitalista, também impactam, de maneira contraditória, os processos de trabalho. A relação entre o profissional de saúde e os meios de trabalho possui determinações específicas que devem ser mediadas com a totalidade mais ampla e complexa e, assim, a análise da estrutura capitalista é fundamental para entender o impacto da tecnologia no processo

de trabalho. Os avanços científicos e suas incorporações tecnológicas, nessa estrutura de sociedade, influenciam decisivamente na relação dos trabalhadores de saúde com os meios de produção, podendo constituir em processos alienantes de trabalho, mas também de contestação, contraditoriamente (Schreider, 2021, p. 172, Tese 1).

O processo em curso, marcado por contradições e debates sobre o futuro do SUS e a perspectiva de digitalização da saúde, ocorre em meio a um quadro de disputas entre diferentes projetos societários, que ora fortalecem a universalidade e a equidade, ora favorecem a mercantilização da saúde. Nessa via, inúmeros desdobramentos se colocam ao trabalho do/a assistente social, exigindo a construção de estratégias de intervenção que respondam às transformações presentes no âmbito da saúde digital. O quadro abaixo apresenta uma síntese desse processo:

Quadro 13. Projetos e políticas de saúde digital e suas implicações ao trabalho de assistentes sociais na saúde

Projeto/Política	Objetivo	Desafios Identificados	Implicações Ao Trabalho De Assistentes Sociais
Estratégia de Saúde Digital (ESD28)	Definir ações de saúde digital, integração de dados e universalização do acesso	Interoperabilidade, governança, desigualdades, exclusão digital	Necessidade de formação continuada e defesa da equidade digital
SUS Digital	Transformação digital do SUS com foco em acesso, integralidade e resolubilidade	Redução de iniquidades, análise situacional regional	Mediação do acesso, garantia de direitos e monitoramento da exclusão digital
e-SUS APS e Prontuário Eletrônico	Registro eletrônico, planejamento do cuidado e monitoramento de indicadores	Racionalização do trabalho e intensificação da produtividade/metabolismo	Mudanças na rotina de trabalho, impacto no tempo de atendimento, desafios éticos no uso compartilhado de informações
RNDS (Rede Nacional de Dados em Saúde)	Interoperabilidade nacional, integração público-privada, compartilhamento seguro	Governança e proteção de dados, padronização, resistências institucionais	Mediação ética dos dados dos usuários, desafios na análise crítica dos impactos sociais
Telessaúde/Telemedicina/Teleatendimento	Ampliação da oferta de serviços à distância e redução de filas de espera	Exclusão digital, infraestrutura precária, interoperabilidade	Expansão do trabalho remoto, mediação do cuidado, desafios éticos
Plano Brasileiro de IA (PBIA/EBIA)	Uso ético da IA, priorização saúde pública, análise preditiva, cidadania digital	Falta de critérios de prioridade, riscos de vies algorítmico, opacidade regulatória	Avaliação crítica dos impactos da IA, defesa dos direitos dos usuários, participação e controle social
Prontuário Digital Integrado (PDI)	Acesso integrado, histórico clínico unificado, apoio à	Integração de sistemas, capacitação técnica, infraestrutura	Uso de dados sociais e econômicos para planejamentos de

	avaliação socioeconômica		intervenção, garantia do sigilo das informações e qualidade no cuidado em saúde
--	--------------------------	--	---

Fonte: Pesquisa documental (2024)

Nesse contexto, o/a assistente social é requisitado a refletir sobre suas estratégias de intervenção, articulando os fundamentos ético-políticos da profissão com as potencialidades e limites no campo da saúde digital. A leitura crítica da realidade social, o domínio teórico-metodológico e técnico-operativo, atrelados ao direcionamento ético-político das ações e serviços digitais, tornam-se instrumentos fundamentais para o fortalecimento da equidade digital no SUS, corroborando para a materialização do trabalho profissional (Brandão, 2024).

Os/as assistentes sociais são chamados a repensar formas de garantia da equidade, humanização, respeito à diversidade e a integralidade do cuidado, em diálogo com as demais áreas profissionais da saúde e com a população usuária do SUS. A construção de estratégias de intervenção e a apreensão crítica da dimensão sociotécnica da saúde digital deve dialogar constantemente com os princípios do projeto ético-político, pautado na defesa intransigente dos direitos, na universalização do acesso às políticas públicas e na luta contra todas as formas de desigualdade e exclusão.

O que se coloca na cena contemporânea é a disputa entre uma digitalização a serviço da equidade digital, pela via do fortalecimento democrático e da universalidade, versus um projeto de racionalização neoliberal, que promove a exclusão digital e a mercantilização do direito à saúde. A dependência tecnológica e de infraestrutura, como a de servidores de grandes corporações internacionais, as chamadas “Big Techs”, condiciona o Brasil ao risco do colonialismo digital, onde as decisões estratégicas como a interoperabilidade de plataformas e mecanismos de inteligência artificial, são atravessadas por interesses alheios ao interesse público e aos princípios do SUS (Brandão, 2024).

Desse modo, o controle social e a participação dos/as trabalhadores/as e dos/as usuários/as ampliam as formas de representatividade em espaços deliberativos, na discussão do financiamento da política de saúde e na viabilização de condições reais de operacionalização da saúde digital no Brasil. O uso das TICs, na perspectiva de um SUS digitalizado, pode fortalecer o sistema público de saúde, desde que desenhada com protagonismo popular, controle social, regulação estatal efetiva e proteção ao uso de dados para fins de mercado.

O desenvolvimento tecnológico pode e deve ser orientado a partir de outros valores, práticas e interesses, superando suas limitações estruturais, a partir de uma lógica

substantivamente distinta, baseada na inclusão e participação ativa dos sujeitos sociais, envolvendo usuários, profissionais, comunidades, movimentos sociais, pesquisadores e gestores. Um dos grandes desafios à perspectiva de digitalização do SUS é a consolidação de uma saúde digital orientada pela teoria crítica, a partir de mudanças profundas nas políticas públicas, no ambiente institucional do SUS e nos sistemas de regulação e financiamento da inovação em saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise da produção de conhecimento da área de Serviço Social nos possibilitou compreender que a inserção das TICs na saúde pública brasileira constitui um fenômeno estrutural articulado às transformações contemporâneas do capitalismo, marcadas pela reestruturação produtiva permanente, pela financeirização e pelo avanço das políticas neoliberais.

As transformações ocorridas no mundo do trabalho reafirmam a centralidade da categoria trabalho como eixo analítico na compreensão de sua relação com o desenvolvimento tecnológico, considerando as TICs como forças produtivas integradas ao processo de acumulação capitalista de extração de mais-valia. As TICs devem ser apreendidas não como simples ferramentas tecnológicas, mas como componentes da base técnica de acumulação de capital e valorização da mais valia, redesenhando formas de produção, gestão e produtividade do trabalho.

Longe de se reduzirem a instrumentos neutros, as tecnologias são permeadas pela correlação de forças sociais contraditórias. A ideia da neutralidade tecnológica parte da noção de que as tecnologias seriam instrumentos meramente técnicos, que poderiam ser incorporados ao trabalho sem alterar substancialmente relações sociais, institucionais ou profissionais, o que é um equívoco. As tecnologias são carregadas de interesses e intencionalidades de quem as detém, sendo capazes de reconfigurar a organização do trabalho, a hegemonia da distribuição de poder no âmbito institucional e entre categorias profissionais, além de modificar a relação com os/as usuários/as das políticas públicas.

Na saúde pública, sua implementação vincula-se à política de gestão e estratégias de racionalização do trabalho, aliada a projetos políticos mais amplos, à exemplo da agenda global de transformação digital na saúde. A presença digital no SUS, a partir das produções analisadas, aponta para um acelerado processo de inserção tecnológica, marcado pela crescente adoção de sistemas de informação em saúde, plataformas digitais e instrumentos de registro eletrônico. Esse quadro demonstra que esse processo teve início desde os anos de 1990, intensificando-se de maneira mais expressiva a partir da pandemia da Covid-19, que atuou como impulsionadora da digitalização dos processos de trabalho e de disponibilização de serviços e atendimentos no formato digital.

Nessa perspectiva, a investigação sobre a inserção das TICs na saúde pública torna-se particularmente relevante quando articulada à produção de conhecimento da área de Serviço

Social, pois esta produção não apenas descreve as mudanças presentes no cotidiano de trabalho profissional, mas também oferece instrumentos teórico-metodológicos, subsídios ético-políticos e técnico-operativos no direcionamento das estratégias de intervenção profissional, indiscutivelmente em tempos de saúde digital.

O Capítulo 1 da dissertação oferece uma análise crítica sobre a centralidade da categoria trabalho na constituição das relações sociais e sua reconfiguração histórica sob o modo de produção capitalista. A partir da perspectiva marxista, o texto evidencia como o trabalho, originalmente uma atividade ontológica do ser social, foi progressivamente capturada pela lógica da acumulação, tornando-se alienado, assalariado e subordinado às exigências do capital. As revoluções industriais, nesse quadro, são apresentadas como marcos históricos que intensificam a exploração da força de trabalho, culminando na atual fase de plataformização e digitalização, marcada pela Quarta Revolução Industrial.

Outra reflexão fundamental à essa discussão evidencia-se a partir da compreensão de que o avanço técnico-científico, especialmente via TICs, tem reconfigurado as relações de trabalho ao promover a desqualificação da força viva de trabalho, simplificando tarefas que antes exigiam alta especialização, e tornando-as rotineiras ou automáticas, intensificando a exploração do trabalho. Tal dinâmica tem contribuído para a reprodução da lógica capitalista, absorvendo capacidades intelectuais dos trabalhadores e transformando saberes humanos em trabalho morto incorporado à máquina, reduzindo o trabalho à execução de tarefas rotinizadas.

O capítulo destaca, também, que, no Brasil, esse processo é agravado por reformas estruturais e políticas de austeridade que fragilizam os direitos sociais. Assim, as TICs são percebidas como instrumentos que ampliam a produtividade, a precarização, a flexibilização e a intensificação do trabalho. Estas operam como mecanismos de controle, gestão e vigilância, redefinindo o tempo, o espaço e o conteúdo do trabalho. Essas transformações impactam diretamente o mundo do trabalho, e dentre estes, o trabalho dos/as assistentes sociais, alterando as requisições e demandas sócio-institucionais que chegam a esse profissional, exigindo novas estratégias de intervenção no âmbito das políticas sociais e na viabilização de direitos.

O Capítulo 2 permitiu apreender, de forma sistematizada, como a área de Serviço Social tem produzido conhecimento acerca das Tecnologias de Informação e Comunicação (TICs). A principal contribuição do capítulo está na construção de um panorama analítico que demonstra o crescimento da incidência do tema nas pesquisas realizadas pela área de Serviço Social, especialmente após a pandemia de Covid-19, quando o uso das TICs se intensificou nos serviços públicos e nas políticas sociais. O capítulo também destaca a importância da produção

de conhecimento na área de Serviço Social, nas últimas décadas, apontando seu alinhamento às demandas sociais, políticas e históricas da classe trabalhadora e sua relevância na consolidação do projeto ético-político do Serviço Social.

As reflexões presentes no capítulo 2 se desdobram a partir do levantamento de cerca de 60 produções (teses e dissertações) realizado no Portal de Teses e Dissertações da CAPES, a partir de duas estratégias metodológicas: levantamento direto e indireto. A opção metodológica em utilizar essas duas formas como fonte de coleta de dados foi necessária tendo em vista o desafio de encontrar essas produções apenas utilizando os descritores e o operador booleano. Desse modo, optou-se por pesquisar também nos repositórios institucionais e sites de todos os 38 Programas de Pós-Graduação da área do Serviço Social.

A análise das teses e dissertações revelam as TICs como expressões contraditórias das forças produtivas capitalistas. As produções destacam a funcionalidade das TICs à intensificação da precarização do trabalho, visto que na saúde estas tem ampliado as formas organizacionais de gestão, resolutividade das demandas, integração de dados, serviços e atendimentos, ao mesmo tempo em que funcionam como instrumentos de racionalização, padronização e controle estatal. Este quadro aponta para a intensificação de processos burocráticos e novas formas de extração de trabalho, verificados a partir da precarização de suas condições e relações e, simultaneamente, através da limitação do acesso aos serviços de saúde, postos pela exclusão digital e ausência de infraestrutura básica, evidenciadas na realidade brasileira.

As análises revelaram que apesar do quantitativo expressivo de teses e dissertações, o debate ainda se encontra em consolidação na área. As produções mostram, também, que as regiões com maior concentração dessa produção científica são lideradas pelas regiões Sudeste e Nordeste, e as com menor produção são representadas pelas regiões Norte, Centro-oeste e Sul. Essas assimetrias mantêm relação direta com o contexto de desenvolvimento científico e de produção de conhecimento no país, marcados pela distribuição não equitativa de cursos de pós-graduação entre as regiões brasileiras.

Em relação à intensidade com que as TICs tem sido pesquisada nos últimos 10 anos na área de Serviço Social, a pesquisa evidencia que entre 2015 e 2019 a produção de teses e dissertações somam um quantitativo de 12 trabalhos, sendo 8 dissertações e 4 teses, apresentando lacuna no ano de 2017. Observou-se, ainda, a expansão do número de produções entre os anos de 2020 e 2023, com cerca de 48 produções, divididas entre um quantitativo de 8 teses e 40 dissertações defendidas. Nesse sentido, apesar da área carecer de uma produção

científica mais robusta sobre o tema, nota-se grande esforço em ampliar o debate sobre a incorporação das TICs no cotidiano profissional.

O capítulo traça, ainda, algumas aproximações às particularidades da inserção tecnológica no contexto da saúde pública brasileira e seus desdobramentos ao trabalho de assistentes sociais. Este recupera, de forma crítica, as especificidades que marcam o processo de incorporação das TICs no âmbito da saúde pública, situando-a no contexto das transformações contemporâneas internacionais, na dinâmica do Estado, das políticas sociais e da gestão do SUS. Buscou-se, nesse sentido, apreender como a digitalização dos serviços, a centralidade dos sistemas de informação em saúde e a consolidação de estratégias de saúde digital reconfiguram os serviços de saúde, e consequentemente, o trabalho em saúde.

Já o Capítulo 3 da dissertação, buscou aprofundar a análise dos impactos da inserção das TICs na saúde pública brasileira, com ênfase nas implicações para o trabalho dos/as assistentes sociais. A partir da sistematização e análise da produção acadêmica, o capítulo revela como a digitalização dos serviços de saúde, impulsionada pela Estratégia de Saúde Digital para o Brasil (ESD28), tem reconfigurado as exigências institucionais e as demandas dos usuários que emergem nos serviços de saúde no âmbito do SUS.

A partir do levantamento realizado no Portal de Teses e Dissertações da CAPES, o estudo selecionou 21 trabalhos, dentre os 60 trabalhos encontrados, defendidos entre 2015 e 2024, que particularizam as formas de inserção das TICs na saúde pública, evidenciando lacunas e desafios postos ao trabalho profissional dos/as assistentes sociais. O mapeamento da produção de conhecimento evidenciou que somente quatro regiões do país concentram as produções referentes ao tema, sendo estas Sudeste, Nordeste, Sul e Norte. Foi observada a distribuição dessa produção no âmbito dos Programas de Pós-graduação da área de Serviço Social, a este respeito destaca-se que apenas 17 dos 38 PPGs possuem Teses e Dissertações referentes à temática das TICs no contexto da saúde.

A leitura aprofundada da produção científica possibilitou refletir sobre as principais categorias e subcategorias que norteiam essa análise, tais como Trabalho, Saúde, Tecnologia e Estado. Essas categorias, extraídas durante o processo de abstração, permitiram maior compreensão acerca das implicações das TICs no cotidiano profissional, nas requisições institucionais e demandas dos usuários, nas condições de trabalho e na efetividade da operacionalização do acesso aos serviços de saúde.

Outro aspecto relevante é a identificação de lacunas teóricas e metodológicas, visto que há pouca problematização sobre os sistemas de informação em saúde, sobre o arcabouço

regulatório da inserção tecnológica na política de saúde, no financiamento e gestão da saúde digital, além dos desdobramentos ético-políticos da plataformização do trabalho na saúde pública. Isso reforça a necessidade de aprofundamento na discussão sobre governança, financiamento e organização do trabalho em tempos de saúde digital, bem como as implicações ao projeto ético-político do Serviço Social.

A exclusão digital, portanto, aparece como uma expressão da questão social, uma vez que reflete as desigualdades estruturais que atravessam a vida cotidiana. Frente a esse cenário, tornam-se fundamentais a formulação e implementação de políticas públicas voltadas à equidade digital. Isso implica não apenas ampliar a infraestrutura de conectividade, mas também garantir condições materiais de acesso e letramento digital, o que requer, portanto, reconhecer o acesso à *internet* como um direito básico, intrinsecamente ligado à justiça social.

As produções demonstram, ainda, que o uso de sistemas de informação em saúde, prontuários eletrônicos, plataformas de atendimento remoto e ferramentas de monitoramento digital tem ampliado a capacidade de registro e controle, mas também intensificado a carga de trabalho, a burocratização e a vigilância sobre os/as profissionais. Observa-se ainda que a sobreposição de tarefas técnicas e administrativas, mediadas pela tecnologia, tem comprometido a qualidade da intervenção profissional, reduzindo o tempo de escuta qualificada e dificultando a construção de vínculos entre profissional e usuário e usuário e serviço.

As alterações percebidas no cotidiano de trabalho profissional refletem os aspectos característicos da nova morfologia do trabalho na cena contemporânea, trazendo desdobramentos significativos ao trabalho de assistentes sociais. A ausência de condições adequadas, como equipamentos, infraestrutura e suporte técnico, aparecem como fatores que intensificam a sobrecarga de trabalho e o desgaste físico e mental dos/as assistentes sociais. Esse quadro tem evidenciado formas de subordinação da intervenção profissional à lógica de produtividade por metas em detrimento da dimensão crítica, interventiva e de defesa de direitos orientada pelo projeto ético-político do Serviço Social.

Para os usuários do SUS, a mediação digital reproduz e aprofunda desigualdades como a exclusão digital, o baixo letramento tecnológico, a infraestrutura e a conectividade precária, o que torna a tecnologia tanto potencializadora do acesso ao direito quanto propulsora de barreiras no acesso à saúde pública. Embora as TICs possam contribuir para a ampliação do acesso aos serviços de saúde, sua implementação tem ocorrido de forma desigual, com ausência de infraestrutura adequada nas regiões do país e, principalmente, participação dos/as trabalhadores/as e usuários/as na definição das políticas e programas implementados.

Quanto às limitações deste estudo, o recorte documental com ênfase em Teses e Dissertações indicam caminhos para pesquisas futuras, por meio de estudos empíricos sobre o impacto das TICs no cotidiano de trabalho profissional, a nível nacional e local, o que de fato irá contribuir e enriquecer o debate sobre o tema a partir da realidade observada no cotidiano de trabalho dos/as assistentes sociais.

Ao mesmo tempo, a perspectiva de um SUS digital mostra que tecnologias bem orientadas e reguladas podem aprimorar o acesso aos serviços, à gestão e produção de informações em saúde. Portanto, a transformação digital na saúde é portadora de possibilidades que tanto convergem para a ampliação do acesso à saúde quanto para o aumento das desigualdades sociais. Seu potencial emancipatório depende de uma regulação democrática e participativa na formulação de políticas públicas que priorizem o direito à saúde pública, estatal e universal como elemento central na concepção e inserção tecnológica no âmbito do SUS.

Nessa direção, a formação profissional em Serviço Social possui potencial estratégico ao possibilitar a construção de análises críticas sobre a perspectiva de um SUS digital. Ao fomentar o domínio teórico-metodológico, técnico-operativo e ético-político, a formação profissional contribui para que os/as assistentes sociais desenvolvam respostas profissionais comprometidas com a defesa do direito à saúde, com a universalidade do SUS e com o enfrentamento das desigualdades sociais, incluindo aquelas produzidas ou aprofundadas pela exclusão digital.

Seguindo essa linha de raciocínio, formação e trabalho profissional devem caminhar lado a lado, ambos em movimento, apreendendo a dinâmica da sociedade, da ciência e do contexto onde estamos inseridos. Na pós-graduação, a produção de conhecimento resulta desse processo reflexivo/investigativo, dialogando diretamente com a realidade tangenciada no cotidiano de trabalho, fato evidenciado a partir da análise das teses e dissertações. Portanto, refletir sobre as TICs no contexto da saúde no âmbito da formação profissional é também um compromisso ético-político, tendo em vista o fortalecimento e densidade crítica necessário a capacitação técnica de profissionais que irão trabalhar nas diversas políticas e serviços, especialmente na saúde pública.

Diante dessas reflexões, reitera-se a necessidade de fomentar a formação permanente como um espaço de construção de estratégias coletivas, envolvendo diferentes profissões e entidades. À medida em que se expande esse processo, qualifica-se o trabalho profissional e, conseqüentemente, favorece os usuários dos serviços de saúde, à participação e controle social. Nesta direção, as universidades e as entidades da categoria têm papel fundamental na indução,

organização de material técnico, na oferta de espaços de debate e orientações que oportunizem a formação continuada crítica e qualificada.

REFERÊNCIAS

- AGÊNCIA NACIONAL DE TELECOMUNICAÇÕES (ANATEL). Análise dos resultados do Índice Brasileiro de Conectividade (IBC) 2024. Disponível em: <https://informacoes.anatel.gov.br/paineis/meu-municipio/indice-brasileiro-de-conectividade>. Acesso em: 12 fev. 2025.
- ALVES, Giovanni. Crise do capitalismo global, desmedida do valor e as mutações orgânicas da totalidade viva do trabalho: notas críticas sobre o capitalismo do século XXI. **Cadernos do CEAS: Revista crítica de humanidades**, n. 239, p. 681-697, 2016.
- ALVES, Giovanni. **O novo e precário mundo do trabalho**: reestruturação produtiva e crise do sindicalismo. São Paulo: Boitempo, 2011.
- ANTUNES, Ricardo. **Adeus ao trabalho?** Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade no mundo do trabalho. São Paulo: Boitempo, 2010.
- ANTUNES, Ricardo. **Coronavírus**: o trabalho sob fogo cruzado. São Paulo: Boitempo, 2020.
- ANTUNES, Ricardo. **O privilégio da servidão**: o novo proletariado de serviços na era digital. São Paulo: Boitempo, 2018.
- ANTUNES, Ricardo. **Os sentidos do trabalho**: Ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho. São Paulo: Boitempo, 2009.
- BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.
- BEHRING, Elaine Rossetti. As novas configurações do Estado e da Sociedade Civil no contexto da crise do capital. In: CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). **Serviço social: direitos sociais e competências profissionais**. Brasília: CFESS/ABEPSS, v. 1, 2009.
- BEHRING, Elaine Rossetti. **Brasil em contra-reforma** - desestruturação do Estado e perda de direitos. 2ª ed. São Paulo: Cortez Editora, 2008.
- BEHRING, Elaine, BOSCHETTI, Ivanete. **Política Social**: Fundamentos e história. São Paulo: Cortez, 2011.
- BRANDÃO, Lucas da Costa. Informação em saúde. In: MATOS, Maurílio Castro de *et al.* (Orgs.). **Dicionário Crítico Do Serviço Social Na Saúde**. UBERLÂNDIA: Navegando Publicações, 2024.
- BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 2016. Disponível em: https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 20.09.2024.

BRASIL. Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). Diretoria de Avaliação. Documento de área: Serviço Social - Área 32. Brasília: CAPES, 2025.

Disponível em: https://www.gov.br/capes/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/avaliacao/sobre-a-avaliacao/areas-avaliacao/sobre-as-areas-de-avaliacao/colégio-de-humanidades/ciencias-sociais-aplicadas/copy_of_SERVSOCIAL_DOCAREA_2025_2028.pdf. Acesso em: 22 nov. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Departamento de Informática do SUS. **Estratégia de saúde digital para o Brasil 2020-2028**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategia_saude_digital_Brasil.pdf. Acesso em: 03 jan. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Gabinete da Ministra. PORTARIA GM/MS Nº 3.232, DE 1º DE MARÇO DE 2024. Brasília: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/se/dgip/air-e-melhoria-normativa/relatorios/2024>. Acesso em 14 jun. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. **Plano Nacional de Saúde 2012-2015**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/gestao-do-sus/instrumentos-de-planejamento/pns>. Acesso em: 24 jan. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. **Plano Nacional de Saúde 2020-2023**. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/gestao-do-sus/instrumentos-de-planejamento/pns>. Acesso em: 24 jan. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. **Plano Nacional de Saúde 2024-2027**. Brasília: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/gestao-do-sus/instrumentos-de-planejamento/pns>. Acesso em: 24 jan. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. Entendendo a Incorporação de Tecnologias em Saúde no SUS: como se envolver. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/entendendo_incorporacao_tecnologias_sus_envolver.pdf. Acesso em: 20 jun. 2024.

BRAVO, Maria Inês de Souza. **Saúde e serviço social no capitalismo**: fundamentos e história. São Paulo: Cortez, 2013.

BRAVO, Maria Inês Souza. Política de saúde no brasil. In: MOTA, Ana Elizabete; BRAVO, Maria Inês Souza; UCHÔA, Roberta. et.al. (Orgs.). **Serviço social e saúde**: formação e trabalho profissional. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2009.

BRAVO, Maria Inês Souza. Reforma sanitária. In: MATOS, Maurílio Castro de *et al.* (Orgs.). **Dicionário Crítico Do Serviço Social Na Saúde**. UBERLÂNDIA: Navegando Publicações, 2024.

BRAVO, Maria Inês Souza; MATOS, Maurílio Castro de. Projeto ético-político do serviço social e sua relação com a reforma sanitária: elementos para o debate. In: MOTA, Ana Elizabete; BRAVO, Maria Inês Souza; UCHÔA, Roberta. *et.al.* (Orgs.). **Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2009.

BRAVO, Maria Inês Souza; PELAEZ, Elaine Junger; MENEZES, Juliana Souza Bravo de. A saúde nos governos Temer e Bolsonaro: lutas e resistências. **Ser Social**, Brasília, v. 22, n. 46, p. 191-209, 2020.

CAMPINHOS, Marcelo Plategher. A inovação como fator de desenvolvimento econômico para as políticas públicas. 2019. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local). Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia, Vitória, 2019.

CAMPOS, Kamila de Mesquita. O acesso à informação pública e as novas tecnologias de informação e comunicação sob o neoliberalismo no Brasil: os portais de transparência como instrumento ideológico. 2015. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas). Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2015.

CALIL, Gilberto Grassi. A negação da pandemia: reflexões sobre a estratégia bolsonarista. **Revista Serviço Social e Sociedade**. São Paulo, n. 14, p. 30-47, jan. /abr., 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ssoc/a/ZPF6DGX5n4xhfJNTypm87qS/>. Acesso em: 20 ago. 2023.

CASARA, Rubens. **Contra a Miséria Neoliberal**: racionalidade, normatividade e imaginário. São Paulo: Autonomia Literária, 2021.

CFESS. Conselho Federal de Serviço Social. CFESS divulga nota sobre o exercício profissional diante da pandemia do Coronavírus. Brasília, 2020. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/visualizar/noticia/cod/1679>. Acesso em: 10 maio 2024.

CFESS. Conselho Federal de Serviço Social. **Parâmetros para atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde**. Trabalho e projeto profissional nas políticas sociais. Brasília, 2010. Disponível em: http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_a_Atualizacao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude.pdf Acesso em 13 de agosto de 2024.

COELHO NETO, Giliane Cardoso; CHIORO, Arthur. Afinal, quantos Sistemas de Informação em Saúde de base nacional existem no Brasil? **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, p. e00182119, 2021. Disponível em: <https://cadernos.ensp.fiocruz.br/ojs/index.php/csp/article/view/7883>. Acesso em: 20 jul. 2024.

COELHO NETO, Giliane Cardoso; CHIORO, Arthur. Fragmentação e integração entre sistemas de informação em saúde no Sistema Único de Saúde. In: CUNHA, Francisco José Aragão Pedroza; BARROS, Susane Santos; PEREIRA, Hernane Borges de Barros (Orgs.).

Conhecimento, inovação e comunicação em serviços de saúde: governança e tecnologias. Salvador: EDUFBA, 2020.

COCENTINO, Suany Tallita Alves de Sousa. A transformação digital do INSS: nova era ou o fim da previdência social. 2023. Dissertação (Mestrado em Serviço Social). Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2023.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). Atribuições privativas do/a Assistente Social em questão. vol.1. Brasília: CFESS, 2012. Disponível em: <https://www.cfess.org.br/arquivos/atribuicoes2012-completo.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2023.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). Atribuições privativas do/a Assistente Social em questão. vol.2. Brasília: CFESS, 2020. Disponível em: <https://www.cfess.org.br/arquivos/atribuicoes2012-completo.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2023.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). **Resolução n. 383/99 de 29 de março de 1999**. Caracteriza o assistente social como profissional da saúde. Disponível em http://www.cfess.org.br/arquivos/resolucao_383_99.pdf. Acesso em: 15 jul. 2023.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (CNS). **Resolução n. 218/1997 de 06 de março de 1997**. Regulamentação das profissões de saúde. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_97. Acesso em: 15 jul. 2023.

COORDENAÇÃO DE APERFEIÇOAMENTO DE PESSOAL DE NÍVEL SUPERIOR (CAPES). **Documento de Área do Serviço Social**. Brasília: CAPES, 2019. Disponível em: <https://www.gov.br/capes/pt-br/centrais-de-conteudo/doc-servico-social-01-11-pdf>. Acesso em: 25 ago. 2024.

DAGNINO, Renato. Em direção a uma teoria crítica da tecnologia. In: Tecnologia Social: contribuições conceituais e metodológicas [online]. Campina Grande: EDUEPB, 2014. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/7hbdT>. Acesso em: 12 ago. 2024.

DARDOT, Pierre; LAVAL, Christian. **A nova razão do mundo**. São Paulo: Boitempo, 2016.

DIAS JUNIOR, Ubiratan de Souza. Tecnologias da informação e comunicação no serviço social: um estudo de trabalhos apresentados nos congressos brasileiros de assistentes sociais. 2018. Dissertação (Mestrado em Serviço Social e Políticas Sociais). Universidade Federal de São Paulo, Santos, 2018.

DRUCK, Graça; FRANCO, Tânia. Trabalho e precarização social. Salvador: **Caderno CRH**, v. 24, p. 09-13, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ccrh/a/ZgVzjpGtvXMJdbBWms4JhvD/>. Acesso em: 12 ago. 2024.

ESCOREL, Sarah. História das Políticas de Saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à Reforma Sanitária. In: GIOVANELLA, Lígia; ESCOREL, Sarah; LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa. et.al. (Orgs.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012.

ESCOREL, Sarah; TEIXEIRA, Luiz Antônio. História das Políticas de Saúde no Brasil de 1822 a 1963: do Império ao desenvolvimentismo populista. In: GIOVANELLA, Lígia; ESCOREL, Sarah; LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa. et.al. (Orgs.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012.

ESCOREL, Sarah. História das Políticas de Saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à Reforma Sanitária. In: GIOVANELLA, Lígia; ESCOREL, Sarah; LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa. et.al. (Orgs.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012.

FARIAS, Rafaela Cabral. A reestruturação dos serviços de saúde no contexto hospitalar e os desafios para o serviço social frente à crise sociossanitária e estrutural do capital. 2023. Dissertação (Mestrado em Serviço Social). Universidade Federal do Tocantins, Miracema do Tocantins, 2023.

FILGUEIRAS, Vitor; ANTUNES, Ricardo. Plataformas digitais, uberização do trabalho e regulação no capitalismo contemporâneo. In: ANTUNES, Ricardo. **Uberização, trabalho digital e indústria 4.0**. Boitempo Editorial, 2020.

FONSECA, Lucas Alexssandher Tavares. Capitalismo pandêmico e a nova morfologia do trabalho no serviço social: uma análise das denúncias de violação de direitos do trabalho profissional acolhidas pela COFI – CRESS/RN (2020-2022). 2024. Dissertação (Mestrado em Serviço Social). Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2024.

FORNAZIN, Marcelo. Os desafios da participação nos sistemas de informação em saúde. In: CUNHA, Francisco José Aragão Pedroza. **Conhecimento, inovação e comunicação em serviços de saúde**. [S.l.]: EDUFBA, 2020.

FORTUNA, Sandra Lourenço de Andrade; GUEDES, Olegna de Souza. A produção do conhecimento e o projeto ético político do Serviço Social. **Revista Katálisis**, v. 23, n. 1, p. 34-42, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rk/a/gy6BXbsJgxQ5dPfrYtNtCqM/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 29 out. 2024.

GERALDI, Pedro de Araújo. Colonialismo Digital vs. Soberania de Dados: um estudo acerca do avanço das Big Techs sobre a Saúde Pública no Brasil. 2023. Dissertação (Mestrado em Análise e Gestão de Políticas Internacionais). Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2023.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. - São Paulo: Atlas, 2008.

GIRELLI, Clarice Machado Imperial. O uso da tecnologia da informação no SUAS Vitória: um estudo do SIGAFWEB. 2023. Dissertação (Mestrado em Política Social). Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2023.

GOMES, Ana Carla Grigorio Silva. Mediação e instrumentalidade: assistentes sociais diante da covid-19 no hospital clementino fraga em João Pessoa/PB. 2023. Dissertação (Mestrado em Serviço Social). Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2023.

GONÇALVES, Jefferson Ferraz. O trabalho do serviço social no hospital federal de Bonsucesso, no Rio de Janeiro, nos anos de 2020 e 2021: entre a “epidemia de precarização” e a pandemia de covid-19. 2023. Dissertação (Mestrado em Política Social). Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2023.

GROHMANN, Rafael. Plataformização do trabalho: características e alternativas. In: ANTUNES, Ricardo. **Uberização, trabalho digital e indústria 4.0**. Boitempo Editorial, 2020.

GROHMANN, Rafael. **Trabalho plataformizado e luta de classes**. Margem Esquerda, São Paulo: Boitempo, n. 36, p. 40-46, 2021.

GUERRA, Yolanda et al. Atribuições, competências, demandas e requisições: o trabalho do assistente social em debate. In: **Anais do Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social**, v. 1. n. 1, Anais [...]. Ribeirão Preto, 2016.

GUERRA, Yolanda. A dimensão investigativa no exercício profissional. In: CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). **Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais**. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009.

GUERRA, Yolanda. Precarização estrutural do trabalho e requisições profissionais: mudança no ethos, no perfil e no modus operandi do trabalho de assistentes sociais. In: **Anais do Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social**, v. 1. n. 1, 2022.

GUERRA, Yolanda. Tecnologias da Informação e Comunicação e seus impactos no modus operandi do trabalho profissional de assistentes sociais. In: **Anais do Encontro Internacional e Nacional de Política Social**, v. 1, n. 1, 2023.

HADDAD, Ana Estela; LIMA, Nísia Trindade. Saúde Digital no Sistema Único de Saúde (SUS). **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 28, p. e230597, 2024. Disponível em: <https://interface.org.br/edicoes/v-28-2024/>. Acesso em: 10 jan. 2025.

HARVEY, David. **A condição pós-moderna**. São Paulo: Boitempo, 2008.

HARVEY, David. **A loucura da razão econômica: Marx e o capital do século XXI**. São Paulo: Boitempo, 2018.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **O serviço social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 16 ed. São Paulo, Cortez; 2010.

IAMAMOTO, Marilda Villela. Projeto profissional, espaços ocupacionais e trabalho do assistente social na atualidade. In: CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). **Atribuições privativas do/a Assistente Social em questão**. vol.1. Brasília: CFESS, 2012.

IAMAMOTO, Marilda Villela. Serviço Social, “questão social” e trabalho em tempo de capital fetiche. In: RAICHELIS, Raquel. VICENTE, Damares. ALBUQUERQUE, Valéria (orgs). **A nova morfologia do trabalho no serviço social**. São Paulo: Cortez, 2018.

IAMAMOTO, Marilda Villela; CARVALHO, Raul de; **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil**: esboço de uma interpretação histórico-metodológica. São Paulo: Cortez, 2009.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Teletrabalho e trabalho por meio de plataformas digitais 2022**. PNAD contínua. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv102035_informativo.pdf. Acesso em: 15 mar. 2023.

INSTITUTO DE ESTUDOS PARA POLÍTICAS DE SAÚDE (IEPS). **Desafios da estratégia de saúde digital para o Brasil 2020-2028**. Rio de Janeiro: Instituto de Estudos para Políticas de Saúde; Instituto Veredas, 2022. Disponível em: <https://ieps.org.br/desafios-da-estrategia-de-saude-digital-para-o-brasil-2020-2028/>. Acesso em: 03 mar. 2025.

KIEKOW, Priscila. O trabalho das assistentes sociais nos hospitais do sudoeste do Paraná no contexto pandêmico da covid-19. 2023. Dissertação (Mestrado em Serviço Social). Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Toledo, 2023.

LARA, Ricardo. A produção do conhecimento em serviço social: o mundo do trabalho em debate. 2008. Tese (Doutorado em Serviço Social) Universidade Estadual Paulista, Franca, 2008.

LIMA, Mônica Silva de. Trabalho, tecnologia, capital: determinações de uma relação destrutiva revestida pelo desenvolvimento. 2016. Dissertação (Mestrado em Serviço Social). Universidade Federal de Alagoas, Maceió, 2016.

LOURENÇO, E. A. S. Trabalho e saúde das assistentes sociais da área da saúde. **Temporalis**, Brasília, DF, ano 17, n. 34, p. 355-381, 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/temporalis/article/view/17653>. Acesso em: 20 ago. 2023.

LOURENÇO, Edvânia Ângela de Souza. Política de saúde no Brasil: A dualidade do sistema público-privado e as consequências para o direito à saúde In: SILVA, José Fernando Siqueira; GUTIÉRREZ, Teresa del Pilar Muñoz (Orgs.). **Política Social e Serviço Social: Brasil e Cuba em debate**. São Paulo: Veras, 2016. p. 99-128.

MACHADO, Kamila Venturini. Tecnologias de informação e comunicação na atenção primária à saúde durante a pandemia de covid-19. 2023. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local). Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia, Vitória, 2023.

MELO, Cleomar Jamyson da Silva Melo. Serviço Social na saúde e tecnologias da informação e comunicação no contexto pandêmico. 2023. Dissertação (Mestrado em Serviço Social). Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2023.

MENDONÇA, Isabelle Pinto. O trabalho do assistente social na atenção básica em saúde em Sergipe (2015-2019). 2020. Dissertação (Mestrado em Serviço Social). Universidade Federal de Sergipe, São Cristóvão, 2020.

MANDEL, Ernest. **O capitalismo tardio**. São Paulo: Abril Cultural, 1985.

MARX, Karl. **O Capital**: crítica da economia política. Livro I: o processo de produção do capital. São Paulo: Boitempo, 2013.

MARX, Karl; ENGELS, Friedrich. **Manifesto do Partido Comunista**. São Paulo: Boitempo, 2010.

MATOS, Maurílio Castro de. A pandemia do coronavírus (COVID-19) e o trabalho de assistentes sociais na saúde. ABEPSS, 2020. Disponível em: [https://www.abepss.org.br/arquivos/anexos/artigo-a-pandemia-do-coronavirus-\(covid19\)-e-o-trabalho-de-assistentes-sociais-na-saude-202005072308575377550.pdf](https://www.abepss.org.br/arquivos/anexos/artigo-a-pandemia-do-coronavirus-(covid19)-e-o-trabalho-de-assistentes-sociais-na-saude-202005072308575377550.pdf)

MATOS, Maurílio Castro de. **Serviço social, ética e saúde**: reflexões para o exercício profissional. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2017.

MÉSZÁROS, István. **A Crise Estrutural do Capital**. São Paulo: Boitempo, 2009.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.). et al. **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Editora Vozes, 1994.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 10. ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2007.

MIOTO, Regina Célia Tamasso; LIMA, Telma Cristiane Sasso. Procedimentos Metodológicos na Construção do Conhecimento Científico: pesquisa Bibliográfica. **Revista Katálisis**, Florianópolis, v.10, 2007, p.37-45.

MORAES, I.H.S. Governança e modelo de gestão da informação e inovação em sistemas e serviços de atenção à saúde. In: CUNHA, F.J.A.P; LÁZARO, C.P; PEREIRA, H.B.B (Orgs.) Conhecimento, inovação e comunicação em serviços de saúde. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2014.

MOTA, Ana Elizabete. Crise contemporânea e as transformações na produção capitalista. In: CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). **Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais**. Brasília: CFESS/ABEPSS, v. 1, 2009.

MOTA, Ana Elizabete. Espaços ocupacionais e dimensões políticas da prática do assistente social. *Serviço Social & Sociedade*, 2014. p. 694-705, 2014.

NETTO, José Paulo. Desigualdade, pobreza e serviço social. **Revista Em Pauta**, n. 19, p. 135-170, 2007. Disponível em: <https://www.epublicacoes.uerj.br/revistaempauta/article/view/190>. Acesso em: 20 fev. 2024.

NETTO, José Paulo. **Capitalismo monopolista e serviço social**. Cortez editora, 2007.

NETTO, José Paulo; BRAZ, Marcelo. **Economia política**: uma introdução crítica. São Paulo: Cortez, 2006.

OLIVEIRA, Andréia; GHIRALDELLI, Reginaldo. O Serviço Social na atenção primária à saúde. **Revista Em Pauta**, v. 17, n. 44, pag. 255-273, 2019. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/revistaempauta/article/view/45243>. Acesso em: 10 dez. 2023.

ORTIZ, Fátima G.; PINHEIRO, Hamida Assunção; CANTALICE, Luciana; GOIN, Mariléia; REIDEL, Tatiana. **A centralidade da questão social para o Serviço Social Brasileiro**. Revista Temporalis, v. 21, n. 42, 2021. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/temporalis/article/view/37225>. Acesso em: 15 fev. 2025.

PAIM, Jairnilson Silva. **Reforma sanitária brasileira**: contribuição para a compreensão e crítica [online]. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. 356 p. Disponível em: <http://books.scielo.org>. Acesso em: 10 dez. 2023.

PAIVA, Sara Daltro Tavares. Trabalho profissional e saúde dos (as) assistentes sociais no contexto do INSS digital. 2021. Dissertação (Mestrado em Serviço Social). Universidade Federal do Pará, Belém, 2021.

PINTO, Neusa de Resende. O SISREG na atenção primária de saúde: um estudo sobre a reorganização da porta de entrada do SUS no município do Rio de Janeiro. 2020. Dissertação (Mestrado em Serviço Social). Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2020.

PINHEIRO, Hamida Assunção Pinheiro; BARROCO, Clívia Costa; SILVA, Bárbara Cristina Lira da. A política de saúde no Brasil e suas demandas atuais para a formação e para o trabalho do(a) assistente social. In: CUNHA, Marinez Gil Nogueira; PRATES, Jane Cruz; GOMES Vera Lúcia Batista; PINHEIRO, Hamida Assunção (orgs.) **Procad Amazônia 4: Formação e Trabalho do Assistente Social em Debate**. Manaus: EDUA; São Paulo: Alexa Cultural, 2023.

PINHEIRO, Hamida Assunção. A produção de conhecimento do Serviço Social e a relação com o projeto ético-político: o enfrentamento da área ao conservadorismo. **Revista Katálysis**, vol. 27, p. e00180, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-0259.2024.e00180>. Acesso em: 25 dez. 2024.

RACHID, Raquel et al. Saúde digital e a plataformização do Estado brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 28, p. 2143-2153, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2023.v28n7/2143-2153/> Acesso em: 25 jul. 2024.

RAICHELIS, R; Vicente, D; Vieira, N.P (Orgs.). Nova-velha morfologia do trabalho no serviço social - TICS e pandemia. São Paulo: EDUC: CAPES, 2022.

RAICHELIS, Raquel e ARREGUI, Carola C. O trabalho no fio da navalha: nova morfologia no Serviço Social em tempos de devastação e pandemia. **Serviço Social & Sociedade** [online]. 2021, n. 140, pp. 134-152. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0101-6628.242>. Acesso em: 06 jul. 2021.

RAICHELIS, Raquel et al. Serviço Social e a nova morfologia do trabalho: implicações do trabalho subordinado às TICs. **Temporalis**, v. 24, n. 48, p. 13-28, 2024. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/temporalis/article/view/46479>. Acesso em: 14 jan. 2025.

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

RAICHELIS, Raquel. Tecnologia, trabalho e pandemia no capitalismo em crise: admirável mundo novo? **Serviço Social & Sociedade**, n. 144, p. 5–16, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ssoc/a/345zbz7NtFJnx6MY7GQCLpw/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 4 jan. 2025.

REIS, Camila Ramos; PAIM, Jairnilson Silva. A Reforma Sanitária Brasileira durante os governos Dilma: uma análise da conjuntura. *Saúde em Debate*, v. 130, pág. 563–574, conjunto. 2021.

RESENDE, Gabriela de Andrade. As contribuições das tecnologias de informação e comunicação para a efetivação do controle social da assistência social no município de Uberaba/MG. 2020. Dissertação (Mestrado em Serviço Social). Universidade Estadual Paulista, Franca, 2020.

ROSA, Neno. O papel do serviço social na gestão dos serviços públicos digitais no brasil: desafios e possibilidades. 2023. Dissertação (Mestrado em Serviço Social). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2023.

RODRIGUES, Susana Almeida. Serviço Social frente às tecnologias digitais da informação e comunicação: uma análise a partir de dissertações e teses (1990-2021). 2022. Dissertação (Mestrado em Serviço Social). Universidade Federal de Sergipe, São Cristóvão, 2022.

RODRIGUES, Luna Alves de Souza. Tecnologia e trabalho do serviço social em tempos de pandemia da covid-19: análise das condições e relações de trabalho. 2023. Dissertação (Mestrado em Política Social). Universidade Federal do Espírito Santo, 2023.

SANDES, Deisy Almeida Araújo. O serviço social no sistema único de saúde (SUS): desafios e práticas sob o contexto do novo coronavírus no município de Paulo Afonso-BA. 2023. Dissertação (Mestrado em Serviço Social). Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2023.

SANTANA, Joana Valente; MIRANDA, Leonardo Costa. Produção de conhecimento no serviço social brasileiro: resistências do pensamento crítico e dialético. *Temporalis*. Brasília, ano 22, n. 44, p. 169-188, jul./dez. 2022. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/temporalis/article/view/38856>. Acesso em: 10 ago. 2024.

SANTOS, Fábio. Sistemas de informação e suas implicações no exercício profissional de assistentes sociais no Brasil. In: **XVII CONGRESSO BRASILEIRO DE ASSISTENTES SOCIAIS**, 16, 2019, Brasília. Anais [...]. Brasília, 2019. p. 1-13. Disponível em: Acesso em 08 set. 2023.

SANTOS, Zélia Maria de Sousa Araújo. Tecnologia em saúde: aspectos teórico-conceituais. In: SANTOS, Zélia Maria de Sousa Araújo; FROTA, Mirna Albuquerque; MARTINS, Aline

Barbosa Teixeira. **Tecnologias em saúde**: da abordagem teórica a construção e aplicação no cenário do cuidado [livro eletrônico]. Fortaleza: Editora da UECE, 2016.

SANTOS, Amanda Nascimento Lougon dos. Serviço social e saúde: uma análise do exercício profissional em um hospital universitário no contexto de enfrentamento da pandemia da covid-19. 2023. Dissertação (Mestrado em Política Social). Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2023.

SANTOS, Maria de Fátima de Moura Porto dos. Os processos de trabalho das (os) assistentes sociais na política de saúde mental: uma análise nos centros de atenção psicossocial (CAPS) do estado do Piauí. 2022. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas). Universidade Federal do Piauí, Teresina, 2022.

SILVA, Maria Ozanira da Silva e; CARVALHO, Denise Bomtempo Birche de. A pós-graduação e a produção de conhecimento no Serviço Social brasileiro. **Revista Brasileira de Pós-Graduação**, Brasília, v. 4, n. 8, p. 192-216, 2007. Disponível em: <https://rbpg.capes.gov.br/rbpg/article/view/129>. Acesso em: 29 out. 2024.

SILVA, Bárbara Cristina Lira da. Saúde pública e serviço social: análise da produção de conhecimento sobre as parcerias público-privadas e suas implicações ao trabalho de assistentes sociais. 2024. Dissertação (Mestrado em Serviço Social e Sustentabilidade na Amazônia). Universidade Federal do Amazonas, Manaus, 2024.

SILVA, Luciana da Conceição. A precarização do trabalho dos assistentes sociais no sistema único de saúde do Rio de Janeiro. 2022. Tese (Doutorado em Serviço Social). Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2022.

SILVA, Marenilse Saturnino da. Requisições institucionais à assistentes sociais em tempos de pandemia do novo coronavírus/COVID-19: uma análise a partir das demandas encaminhadas à COFI do CRESS-RJ no período de março a dezembro de 2020. 2022. Dissertação (Mestrado em Serviço Social). Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2022.

SILVA, Rafaela Nascimento da. O trabalho sob fogo cruzado e as formas de precarização no exercício profissional na saúde: o cotidiano profissional de assistentes sociais no serviço de pronto atendimento em tempos de covid-19. 2024. Dissertação (Mestrado em Serviço Social). Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2024.

SCHREIDER, Erika. Tecnologia e saúde: impactos para o processo de trabalho em uma unidade hospitalar de alta complexidade. 2021. Tese (Doutorado em Serviço Social). Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2021.

SIMIONATTO, Ivete. Intelectualidade, política e produção do conhecimento: desafios ao Serviço Social. **Serviço Social & Sociedade**, n. 117, p. 7–21, mar. 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ssoc/a/CTHdNkixQpVFgzmsn5YYWSL/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 12 dez. 2024.

SOARES, Raquel Cavalcante. **Contrarreforma no SUS e o serviço social**. Recife: Editora UFPE, 2020.

SOARES, Raquel Cavalcante; CORREIA, Maria Valéria Costa; SANTOS, Viviane Medeiros dos. Serviço Social na política de saúde no enfrentamento da pandemia da covid-19. **Serviço Social & Sociedade**. São Paulo, no. 140, p. 118-133, abril, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sssoc/n140/0101-6628-sssoc-140-0118.pdf>. Acesso em: 29 nov. 2023.

SODRÉ, Francis. Serviço Social e o campo da saúde: para além de plantões e encaminhamentos. **Serviço Social & Sociedade**, n. 103, p. 453–475, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sssoc/a/RzTqSGSgYj69MbtN9tzk9tP/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 14 jun. 2024.

SOUZA, Aline Carvalho. As ações do (a) assistente social na saúde no cenário inicial de pandemia da covid-19 em Santa Catarina. 2022. Dissertação (Mestrado em Serviço Social). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2022.

SPOSATI, Aldaíza. Pesquisa e produção de conhecimento no campo do Serviço Social. **Revista Katálisis**, v. 10, n. esp., p. 15–25, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rk/a/vdTf77kKdcRQKfjKY9qrgjF/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 10 ago. 2024.

VASCONCELOS, Ana Maria de. et.al. Profissões de saúde, ética profissional e seguridade social. In: BRAVO, Maria Inês Souza; VASCONCELOS, Ana Maria de; GAMA, Andréa de Sousa; MONNERAT, Giselle Lavinias (Orgs.). **Saúde e Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 2022.

VELOSO, Renato. **Serviço Social, tecnologia da informação e trabalho**. São Paulo: Cortez, 2011.

VELOSO, Renato. Tecnologia da informação: contribuição importante para o exercício profissional? 2006. Tese (Doutorado em Serviço Social). Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Rio de Janeiro, 2006.

VELOSO, Renato. Tecnologias em Saúde. In: MATOS, Maurílio Castro de *et al.* (Orgs.). **Dicionário Crítico Do Serviço Social Na Saúde**. UBERLÂNDIA: Navegando Publicações, 2024.

VIEIRA PINTO, Álvaro. O Conceito de Tecnologia. Rio de Janeiro: Contraponto, 2008.

APÊNDICE I

INSTRUMENTO DE COLETA E ANÁLISE DOS DADOS

I - IDENTIFICAÇÃO

Tipo:

Ano de defesa:

Título:

Resumo:

Autoria:

Orientador:

IES:

Programa:

Região:

Área:

Palavras-chave:

II – INFORMAÇÕES ADICIONAIS

a) Principais categorias de análise:

b) Conceitos utilizados:

c) Aspectos relativos às requisições institucionais e demandas dos usuários na área da saúde:

d) Aspectos relativos ao trabalho profissional na área da saúde:

e) Relação entre TICs, saúde e trabalho profissional:

III – ROTEIRO DE ANÁLISE DOS DADOS

EIXO 1 – SAÚDE

Democratização da Saúde

Sistema Único de Saúde

Emergência Sanitária

Impactos da pandemia de Covid-19

Política de Saúde

Saúde Pública

Saúde Digital

EIXO 2 – TRABALHO

Condições de trabalho

Relações de trabalho

Nova morfologia do trabalho

Novas formas de trabalho (trabalho remoto, teletrabalho, teleatendimento)

Requisições Institucionais
Precarização
Demandas Tradicionais e Novas
Atribuições e Competências
Trabalho profissional
Projeto Ético-Político
Processo de trabalho em saúde

EIXO 3 – TECNOLOGIA

Reestruturação produtiva
Forças produtivas
Revolução 4.0
TICs
Inovação Tecnológica
Plataformização
Sistemas
Informação
Sistemas de Informação em Saúde

EIXO 4 - ESTADO

Neoliberalismo
Crise estrutural do capital
Contrarreforma do Estado
Digitalização do Estado
Governo Eletrônico
Governo Digital
Gestão em Saúde
Acesso democrático
Participação social
Equidade no acesso

APÊNDICE II
TESES E DISSERTAÇÕES SOBRE AS TICS NA ÁREA DE SERVIÇO SOCIAL

Nº	TIPO	ANO	TÍTULO	AUTOR	IES	REGIÃO
1	Dissertação	2020	As contribuições das Tecnologias de Informação e Comunicação para a efetivação do controle social da Assistência Social no município de Uberaba/MG	Gabriela de Andrade Resende	UNESP	Sudeste
2	Dissertação	2022	Serviço Social frente às Tecnologias Digitais da Informação e Comunicação: uma análise a partir de Dissertações e Teses (1990-2021)	Susana Almeida Rodrigues	UFS	Nordeste
3	Dissertação	2019	A influência das Tecnologias da Informação e Comunicação – TIC's nas relações sociais (de trabalho) entre motoristas e a Uber	Fabio Ramos Cannas	UFRGS	Sul
4	Dissertação	2023	Tecnologias de Informação e Comunicação na atenção primária à saúde durante a pandemia de covid-19	Kamila Venturini Machado	EMESCAM	Sudeste
5	Dissertação	2018	Tecnologias da Informação e Comunicação no Serviço Social: um estudo de trabalhos apresentados nos congressos brasileiros de assistentes sociais	Ubiratan de Souza Dias Junior	UNIFESP	Sudeste
6	Dissertação	2015	O acesso à informação pública e as novas Tecnologias de Informação e Comunicação sob o neoliberalismo no Brasil: os Portais de Transparência como instrumento ideológico	Kamila de Mesquita Campos	UFMA	Nordeste
7	Dissertação	2022	Requisições institucionais à assistentes sociais em tempos de Pandemia do novo Coronavírus/Covid-19: uma análise a partir das demandas encaminhadas à COFI do Cress-Rj no período de março a dezembro de 2020	Marenilse Saturnino da Silva	UERJ	Sudeste
8	Dissertação	2023	O uso da Tecnologia da Informação no SUAS Vitória: um estudo do SIGAFWEB	Clarice Machado Imperial Girelli	UFES	Sudeste
9	Dissertação	2022	Inovações Tecnológicas, Big Techs e o capitalismo contemporâneo	Giovanna Borges Bortotto	UFES	Sudeste

10	Dissertação	2016	Saúde e Previdência Social: uma avaliação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora a partir dos Sistemas de Informação	Kleber José Da Silva	UFPB	Nordeste
11	Dissertação	2018	Os Sistemas de Informação no Serviço Social: reforço da racionalidade formal-abstrata no exercício profissional dos/as assistentes sociais	Fábio Dos Santos	UFS	Nordeste
12	Dissertação	2019	A Inovação Tecnológica como fator de desenvolvimento econômico para Políticas Públicas	Marcelo Plategher Campinhos	EMESCAM	Nordeste
13	Dissertação	2016	Trabalho, Tecnologia, Capital: determinações de uma relação destrutiva revestida pelo desenvolvimento	Monica Silva de Lima	UFAL	Nordeste
14	Tese	2021	Tecnologia e Saúde: impactos para o processo de trabalho em uma unidade hospitalar de alta complexidade	Erika Schreider	UFRJ	Sudeste
15	Tese	2018	As ações de Tecnologia e Informação no processo de vigilância socioassistencial previsto na política de assistência social: aproximações e distanciamentos	Rosaura Espirito Santo da Silva	UCPEL	Sul
16	Dissertação	2023	A transformação digital do INSS: nova era ou o fim da Previdência Social	Suany Tallita Alves de Sousa Cocentino	UFRN	Nordeste
17	Tese	2019	Tempo de aprendizagem flexível: as novas tendências de aprendizagem mediadas pelo uso das tecnologias da informação e comunicação para a classe trabalhadora brasileira	Taise Cristina Gomes Clementino de Negreiros	UFPE	Nordeste
18	Tese	2022	O teletrabalho no INSS: a visão de entidades sindicais de trabalhadores sobre o teletrabalho em implementação na autarquia federal	Murilo Oliveira Souza	UNB	Centro-oeste
19	Dissertação	2021	Trabalho profissional e saúde dos(as) assistentes sociais no contexto do INSS digital	Sara Daltro Tavares Paiva	UFPA	Norte
20	Dissertação	2023	Serviço Social na Saúde e Tecnologias da Informação e Comunicação no contexto pandêmico	Cleomar Jamyson da Silva Melo	UFPE	Nordeste
21	Dissertação	2022	As ações do (a) assistente social na saúde no cenário inicial de pandemia da covid 19 em Santa Catarina	Aline Carvalho Souza	UFSC	Sul

22	Dissertação	2023	Serviço Social e Saúde: uma análise do exercício profissional em um hospital universitário no contexto de enfrentamento da pandemia da Covid-19.	Amanda Nascimento Lougon dos Santos	UFF	Sudeste
23	Dissertação	2023	Mediação e Instrumentalidade: assistentes sociais diante da covid-19 no hospital Clementino Fraga em João Pessoa/PB	Ana Carla Grigorio Silva Gomes	UFPB	Nordeste
24	Dissertação	2023	Indicadores Sociais e Sistemas de Informação a partir da Política de Assistência Social	Ângela Cristina Lopes	UEL	Sul
25	Dissertação	2015	Inovações Tecnológicas, trabalho e reestruturação produtiva no Brasil contemporâneo: o papel do Estado, a política de inclusão digital e as desigualdades regionais	Beatriz Trindade de Abrantes	UFF	Sudeste
26	Dissertação	2023	Plataformização e Uberização do trabalho: uma análise do trabalho de entregadores(as) por aplicativos em Belém-Pará	Bianca Neves Arnaud	UFPA	Norte
27	Dissertação	2021	A “nova razão do mundo”, a tendência neoconservadora e as políticas sociais	Bruna Maria de Sousa do Nascimento	UFRJ	Sudeste
28	Dissertação	2022	Nas trincheiras da Previdência: o trabalho do assistente social no contexto do “INSS digital”	Cristiane de Oliveira Xavier Machado	UFRB	Nordeste
29	Dissertação	2021	Tendências da ação profissional do Serviço Social em relação à saúde: uma análise a partir das produções do CBAS	Débora Cristina da Silva	UFSC	Sul
30	Dissertação	2023	O Serviço Social no Sistema Único de Saúde (SUS): desafios e práticas sob o contexto do novo coronavírus no município de Paulo Afonso – BA	Deisy Almeida Araújo Sandes	UFPB	Nordeste
31	Dissertação	2024	Racionalização e precarização do trabalho no Brasil: o caso dos servidores públicos da agência do Instituto Nacional de Seguro Social de Viçosa-MG	Denise Alves da Costa	UFV	Nordeste
32	Dissertação	2021	Serviço Social e Cuidados Paliativos: concepções e desafios de assistentes sociais que atuam em equipes especializadas do Hospital do Câncer do Maranhão	Francilene Gomes Nunes Moura	UFMA	Nordeste

33	Dissertação	2023	Implicações do Ensino Remoto na formação acadêmico-profissional dos (as) estudantes de graduação em Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba no contexto da pandemia da Covid-19	Géssica Tamires da Silva Anselmo	UEPB	Nordeste
34	Dissertação	2023	Trabalho subordinado por meio de plataformas: um estudo sobre os impactos de acidentes na vida de entregadores por aplicativos	Henrique Vieira Moreira	UFSC	Sul
35	Dissertação	2020	O trabalho do assistente social na Atenção Básica em Saúde em Sergipe (2015 a 2019)	Isabelle Pinto Mendonça	UFS	Nordeste
36	Dissertação	2023	O trabalho do serviço social no Hospital Federal de Bonsucesso, no Rio de Janeiro, nos anos de 2020 e 2021: entre a “epidemia da precarização” e a pandemia da Covid-19	Jefferson Ferraz Gonçalves	UFF	Sudeste
37	Dissertação	2023	A uberização das relações de trabalho: um estudo sobre seus fundamentos e desdobramentos no Brasil contemporâneo	Kenai Henrique Carvalho Correia	UFES	Sudeste
38	Dissertação	2022	Nas bordas da eficácia: a intensificação do trabalho docente em tempos de pandemia	Laiany Lara Emiliano	UNIFESP	Sudeste
39	Dissertação	2021	Política Social brasileira: a ponta de um iceberg no mar da crise estrutural do capital	Lais do Nascimento Vidal Lage	UFRJ	Sudeste
40	Dissertação	2020	As questões afetas ao precariado no contexto da uberização nas relações de trabalho: (des)caracterização do vínculo empregatício, precarização do trabalho e dumping social	Larissa Saraiva Garrido Carneiro	UFMA	Nordeste
41	Dissertação	2024	Capitalismo pandêmico e a nova morfologia do trabalho no serviço social: uma análise das denúncias de violação de direitos do trabalho profissional acolhidas pela COFI - CRESS/RN (2020 - 2022).	Lucas Alexssandher Tavares Fonseca	UFRN	Nordeste
42	Dissertação	2023	Tecnologia e trabalho do serviço social em tempos de pandemia da Covid-19: análise das condições e relações de trabalho	Luna Alves De Souza Rodrigues	UFES	Sudeste
43	Dissertação	2023	O trabalho do/da assistente social em equipe multidisciplinar de cuidados paliativos de um Hospital Universitário em Teresina – PI: um estudo sob a ótica dos profissionais de serviço social	Marcia Helena Ferreira da Silva	UFPI	Nordeste

44	Dissertação	2022	Os processos de trabalho das(os) assistentes sociais na política de saúde mental: uma análise nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Estado do Piauí	Maria de Fátima de Moura Porto dos Santos	UFPI	Nordeste
45	Dissertação	2023	O papel do serviço social na gestão dos serviços públicos digitais no Brasil: desafios e possibilidades	Neno Rosa	PUC-SP	Sudeste
46	Dissertação	2020	O SISREG na atenção primária de saúde: um estudo sobre a reorganização da porta de entrada do SUS no Município do Rio de Janeiro	Neusa de Resende Pinto	UERJ	Sudeste
47	Dissertação	2023	Segurança de renda na pandemia: um estudo em interface com a plataforma covid-19 Paraíba	Patrícia Albuquerque Medeiros	UFPB	Nordeste
48	Dissertação	2023	O trabalho das assistentes sociais nos hospitais do sudoeste do Paraná no contexto pandêmico da Covid-19	Priscila Kiekow	UNIOESTE	Sul
49	Dissertação	2024	O trabalho sob fogo cruzado e as formas de precarização no exercício profissional na saúde: o cotidiano profissional de assistentes sociais no serviço de pronto atendimento em tempos de COVID-19	Rafaela Nascimento da Silva	UFRN	Nordeste
50	Dissertação	2023	Expressões e tendências do trabalho uberizado: uma análise do motorista de aplicativo da Uber a partir da realidade de Belém-PA	Renato Soares de Aquino	UNB	Centro-oeste
51	Dissertação	2023	“Parece que a qualquer hora a gente está disponível”: a intensificação do trabalho home office docente no ensino superior público mediado pelas Tecnologias de Informação e Comunicação (TICs) no contexto da Covid-19	Vinícius Paulino Lopes da Silva	UFPE	Nordeste
52	Tese	2020	A Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde e o enfrentamento às doenças negligenciadas no Brasil: interesses e racionalidades na agenda de prioridades e pesquisa em saúde	Amanda Silva Madureira	UFMA	Nordeste
53	Tese	2019	Representações sobre o docente em serviço social e seus reflexos: apropriação e uso das Tecnologias Digitais de Informação e Comunicação (TDIC)	Antônio Sandro Schuartz	UFSC	Sul

54	Tese	2017	O ciberespaço e as reconfigurações burocráticas: a experiência brasileira atual	Claudia Maria da Costa Archer	UFMA	Nordeste
55	Tese	2023	Trabalho e superexploração: os entregadores por aplicativos no Brasil	Laryssa Gabriella Gonçalves dos Santos	UFRJ	Sudeste
56	Tese	2022	A precarização do trabalho dos assistentes sociais no Sistema Único de Saúde do Rio de Janeiro	Luciana da Conceição e Silva	PUC-RJ	Sudeste
57	Tese	2023	Controle capitalista e tecnologia: mecanismos de intensificação da exploração do trabalho nas centrais de telemarketing	Maricelly Costa Santos	UFAL	Nordeste
58	Tese	2023	Tecnologia de Informação e Comunicação e serviço social: o trabalho da assistente social no Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Goiás	Sandra Lucia Goncalves	UFRJ	Sudeste
59	Tese	2023	O serviço social na produção de conteúdo em plataformas sociodigitais: um estudo do Instagram e do Youtube	Shellen Batista Galdino	PUC-SP	Sudeste
60	Dissertação	2023	A reestruturação dos serviços de saúde no contexto hospitalar e os desafios para o serviço social frente à crise socio sanitária e estrutural do capital	Rafaela Cabral Farias	UFT	Norte