

Assistente Social: Trabalhador(a) da Área da Saúde. Reflexões a Partir do Debate Brasileiro

Maurílio Castro de Matos

A presente comunicação pretende refletir sobre o que caracteriza o exercício profissional do assistente social na saúde. Entendemos que este tema se encontra, no Brasil, na pauta do dia no debate profissional e no da gestão do trabalho em saúde, ou seja, também no campo dos recursos humanos da área.

Atualmente, o Serviço Social, junto com outras, é compreendido como uma profissão da área da saúde. Expressão disto é a resolução nº. 218/1997 do Conselho Nacional de Saúde¹ que dispõe sobre o tema. Contudo, ao mesmo tempo em que há esse reconhecimento profissional, fruto de lutas dos profissionais e de suas entidades, os assistentes sociais que trabalham nos serviços de saúde têm solicitado aos órgãos de fiscalização profissional – Conselhos Regionais de Serviço Social – subsídios para garantir a autonomia do seu exercício profissional na

¹ O Conselho Nacional de Saúde é uma instância, no âmbito da política pública de saúde brasileira, que reúne os gestores públicos e privados, trabalhadores da saúde e usuários para juntos discutirem a situação da saúde e proporem políticas para área. É um órgão, na gestão pública, permanente e deliberativo. Contudo, a trajetória histórica dos conselhos – não só o nacional, mas sobretudo os conselhos estaduais e municipais – tem sido de muitos percalços e deslegitimidade por parte da maioria dos governantes. Há hoje no Brasil uma ampla produção sobre essa realidade; na área do Serviço Social destacamos, dentre outros, Bravo (2001) e Correia (2003).

área, donde no embate dentro das instituições de saúde ou com outros profissionais, não são identificados, os assistentes sociais, como trabalhadores da saúde.

Entendemos que a questão acima delimitada é expressão de uma clássica contradição: a saúde é historicamente no Brasil o maior campo de trabalho dos assistentes sociais, entretanto, por esses profissionais não atuarem somente nesta política, estes têm sido sistematicamente questionados, por outros trabalhadores, sobre a sua competência no campo do trabalho coletivo em saúde, ao mesmo tempo em que possuem – os assistentes sociais – dificuldades de produzir uma resposta sistematizada.

Assim, esta comunicação apresenta panoramicamente a evolução da política de saúde no Brasil, de forma apenas a contextualizar para o leitor estrangeiro, e também para outros que por ventura se interessarem, as principais características desta área da realidade brasileira. Também desenvolveremos um breve panorama do Serviço Social brasileiro na saúde, priorizando informações que nos auxiliem ao entendimento do objetivo deste texto, que é trazer dados sobre o porquê do assistente social ser, de fato, um trabalhador da área da saúde.

BREVE HISTÓRICO DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL

O germe da intervenção do Estado na área da saúde foram as CAP's (Caixas de Aposentadoria e Pensões), surgidas na década de 1920 através da lei proposta pelo deputado Eloy Chaves. As CAP's eram formadas por contribuições financeiras do empresariado e do trabalhador, sendo administradas por estes. Eram organizadas por categorias profissionais e prestavam assistência médica e previdenciária de forma heterogênea aos trabalhadores visto que nem todos os segmentos de trabalhadores possuíam uma CAP, bem como entre aqueles segmentos que contavam com as CAP's o tamanho da cobertura e a qualidade do atendimento eram diferenciados.

Na década de 1930, quando Getúlio Vargas era o presidente da república², as CAP's foram transformadas em IAP's (Institutos de Aposentadorias e Pensões) e incorporadas à órbita do Estado, sendo a presidên-

2 Getúlio Vargas governou o Brasil entre 1930 e 1954. Em 1930, assumiu a presidência por meio da Revolução de 1930. Entre 1934 e 1937 governou como presidente constitucional e de 1937 e 1945 como ditador. Voltou a presidência em 1951, desta vez eleito pela população, e permaneceu no governo até 1954, quando se suicidou, em meio a um grande conflito político.

cia exercida por representantes delegados pelo Estado. O que se passou realmente por detrás deste ato foi a centralização (característica muito própria deste período) e interesse pelo controle do montante de dinheiro que essas instituições gerenciavam.

Em 1966, no teto do regime militar imposto em abril de 1964, os IAP's são unificados no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), o que gerou uma ainda maior centralização e junção de grandes recursos que seriam usados pelo governo sem controle público.

A ditadura militar de 1964³ é significativa nos rumos deste país. No que tange a saúde, que no Brasil nunca foi um direito de todos, há um agravamento da situação que se expressa, por exemplo: pelo investimento ao setor privado em detrimento do público, por meio de convênios e, com isso, muitos foram os hospitais particulares construídos e equipados com dinheiro público; pela inversão de prioridades, onde a saúde pública ficou, em termos de investimento financeiro, relegada em segundo plano devida a uma priorização na assistência médica e isso fez ressurgir várias doenças já extintas; a introdução acrítica de novas tecnologias em saúde; e a ênfase na ideologia do modelo hospitalocêntrico.

Mas também, data do período da ditadura militar, mas precisamente da década de 1970, o início de um movimento fundamental para a saúde no país: o Movimento Sanitário. Este movimento questionava o sistema de saúde vigente e apresentava propostas que apontavam para a construção de um sistema de saúde que não discriminasse nenhuma pessoa, que não precisasse contribuir financeiramente para ser atendido, e que fosse eficaz.

Devido ao regime autoritário vigente, estas propostas tiveram dificuldades de serem divulgadas. A partir do final da década de 1970, onde se evidenciou a impossibilidade da ditadura militar continuar como tal, devido ao clamor e rearticulação da sociedade civil, o governo se viu na eminência de iniciar a reabertura política, lenta e gradualmente. Por isso é que nos anos de 1978, 1979 voltaram à cena vários movimentos políticos. No ano de 1979 aconteceu o I Simpósio Nacional de Política de

3 A ditadura militar no Brasil, conforme se refere Netto (1996), não pode ser entendida como um fenômeno isolado da conjuntura internacional, nem como um período homogêneo e sim como momentos distintos. O primeiro, de abril de 1964 a dezembro de 1968. O segundo, que abarca de dezembro de 1968 a 1974. E o terceiro período que vai de 1974 a 1979. Netto não inclui o governo de Figueiredo, por entender que nessa gestão já se evidencia o final desse ciclo, na medida em que mostra a incapacidade da ditadura continuar como tal frente à articulação da sociedade civil e, principalmente do movimento popular, e o acúmulo de forças da resistência democrática.

Saúde, promovido pela Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados. Segundo Neto (1994) este simpósio possibilitou apresentar em debate, pela primeira vez, as propostas da Reforma Sanitária.

Na década de 1980 – em meio a crise política e econômica do Estado brasileiro – pôde se dar o debate de idéias entre as propostas do Movimento Sanitário e as contrapropostas à construção da política pública de saúde. Propostas estas articuladas ao poder estatal e defendidas pela FBH (Federação Brasileira de Hospitais) e pela ABRAMGE (Associação Brasileira de Medicina de Grupo). Os anos de 1980, ao contrário do que conclamam as mídias, foram muito importantes para os movimentos sociais brasileiros. O bordão ‘década perdida’ na verdade remete-se a apenas a ausência do crescimento econômico. É dessa década o movimento ‘pelas Diretas Já!’ – que contou com grandes mobilizações de massa exigindo o fim da ditadura militar e eleições diretas para a presidência da república – que é, provavelmente, o exemplo paradigmático da riqueza desta década⁴.

Em 1986 aconteceu a VIII Conferência Nacional de Saúde⁵, que até hoje é o marco histórico fundamental na trajetória da política pública de saúde pública neste país. Reuniu cerca de 4.500 pessoas, sendo 1.000 delegados, para discutir os rumos da saúde no país. O temário da VIII teve como eixos: ‘Saúde como direito de cidadania’, ‘Reformulação do Sistema Nacional de Saúde’ e ‘Financiamento Setorial’. Foi aprovada nesta Conferência a bandeira da Reforma Sanitária, agora configurada em proposta, legitimada pelos segmentos sociais representativos presentes à Conferência. O relatório desta Conferência, transformado em recomendações, é que serviu de base para a negociação do setor saúde na reformulação da Constituição Federal, que substituiu a outorgada pela ditadura militar.

No que tange a saúde, a Constituição Federal de 1988 é uma das mais progressistas, onde a saúde, conjuntamente com a Assistência Social e a Previdência Social integram a Seguridade Social. À saúde couberam cinco artigos (Art. 196-200) e nestes está claro, entre outras, que é a saúde um direito de todos e dever do Estado e a integração dos serviços

4 Não houve eleições diretas e sim uma eleição indireta no Congresso Nacional entre dois candidatos a presidência da república. Tancredo Neves foi o eleito, mas veio a falecer na véspera da posse. Por isso, José Sarney, vice-presidente eleito, governou o Brasil entre 1985 e 1990.

5 As conferências – que se realizam no Brasil na esfera nacional, estadual, municipal e em algumas localidades também no plano regional e distrital – foram criadas no mesmo espírito dos conselhos. São encontros periódicos que reúnem os diferentes segmentos de representantes com vistas a discutir e aprovar diretrizes para a política de saúde.

de saúde de forma regionalizada e hierárquica, constituindo um sistema único.

É evidente que esta conquista não foi dada, na medida em que no processo constituinte foi visível a polarização da discussão da saúde em dois blocos antagônicos: um formado pela Federação Brasileira de Hospitais (FBH) e pela Associação das indústrias farmacêuticas (internacionais) que defendia a privatização dos serviços de saúde, e outro denominado ‘Plenária Nacional da Saúde’, que propugnava os ideais do Movimento Sanitário. A conquista – que podemos até denominar como surpreendente – da criação do SUS (Sistema Único de Saúde) deveu-se a eficácia da Plenária, via sua capacidade técnica, pressão sobre os constituintes e mobilização da sociedade, e à Emenda Popular assinada por cinquenta mil eleitores e cento e sessenta e sete entidades. (Bravo 1996: 81).

Os anos noventa, no Brasil, foi marcado pelo êxito ideológico do projeto neoliberal. Assim, a Constituição Federal de 1988 já no seu nascedouro enfrentou dificuldades de implementação. O projeto neoliberal se constitui em uma estratégia de rearticulação do capital ao nível planetário, que traz consigo a defesa de um Estado mínimo para as questões do social e promove também uma reestruturação do mundo do trabalho, onde a precarização e a drástica redução das conquistas sociais e trabalhistas são revistas ou postas em cheque (Soares 1999).

O governo de Fernando Collor de Mello (1990-1992) foi o primeiro a tentar implementar o projeto neoliberal no país⁶, sendo deflagrado de fato, entretanto, desde o primeiro governo de Fernando Henrique Cardoso (1995-1998 e 1999-2002). Nesta década existem duas inflexões que são fundamentais. A primeira é o plano real – que mais que a eleição de FHC, possibilitou a coalizão de forças necessária para a implementação do ajuste econômico chancelado pelo Banco Mundial (Fiori 1994) – e a segunda é a Reforma do Estado, defendida pelo FHC e seus intelectuais, que se constituía em uma estratégia de corte de direitos, de desresponsabilização do Estado, por isso expressou, na realidade, em uma contra-reforma (Behring 2003).

A Seguridade Social brasileira, na sua plenitude, nunca foi implantada. Ao contrário, desde a sua promulgação, assistimos discursos e práticas que apontam para o seu desmonte. Frente aos discursos de uma crise do Estado brasileiro, existiu e existem, por parte das diferentes

6 Collor de Mello, primeiro presidente eleito após a ditadura militar imposta em 1964, foi afastado do governo por meio do *impeachment*. Entre 1992 e 1994 o presidente da república foi Itamar Franco, vice-presidente eleito. Na gestão de Itamar o ministro da fazenda foi Fernando Henrique Cardoso, que veio a ser o presidente da república.

esferas de governo, prática de cortes na efetivação dos direitos sociais garantidos constitucionalmente. A Seguridade Social tem sido o principal alvo, mas encarada de forma particularizada (Soares 1999)⁷.

Nos anos noventa se assistiu a proposta de mercantilização da saúde e da previdência, e a privatização da assistência social (Netto 1999a). Neste ataque, a saúde e a assistência sofreram mais, em virtude da pouca legitimidade por parte da população, além da existência de poucos movimentos nacionais e da ausência de sindicatos fortes na sua defesa (Vianna, 1999). A saúde, apesar do seu debate interno e das fragilidades por que passava o movimento sanitário, conseguiu empreender algumas resistências, devido, sobretudo, ao grande número de conselhos, e conseqüentemente, o número de sujeitos envolvidos na defesa da política, a representatividade das conferências de saúde e a mobilização quando alguma ameaçava emergir, como as Plenárias Nacionais de Saúde. Já a assistência social, apesar de contar com uma competente e combativa corporação na sua defesa – a categoria dos assistentes sociais – foi, das três, a mais atacada, devido ao seu histórico caráter de não política (Sposati 1994). Enquanto a previdência – além de movimentar um grande montante de dinheiro e envolver poderosos interesses – contou com o combativo papel da Confederação Brasileira de Aposentados e Pensionistas (COBAP) e um rápido pronunciamento das entidades representativas dos trabalhadores quando se aventava alguma mudança (Vianna, 1999). Contudo, isso não impediu que o governo FHC promovesse a reforma da previdência, até porque esta era uma exigência dos organismos internacionais de financiamento.

Nos anos 2000, desde o início do seu primeiro mandato em 2003 até o momento presente, o governo Lula⁸ manteve a política macroeconômica do governo anterior e em algumas áreas a aprofundou. Impactante foi a reforma da previdência do servidor público, que reduziu o teto máximo e aumentou o tempo de serviço, aprovada de uma só vez e logo no início do governo.

7 A seguridade social tem sido alvo de fecundas reflexões no âmbito do Serviço Social brasileiro. Pereira (1998) afirma que mesmo sendo acanhada e restrita, frente ao próprio plano Beveridge, a seguridade social, no Brasil, é um avanço. Boschetti (2004), afirma que, na prática, a seguridade social brasileira ficou na travessia entre o seguro e a assistência. Mota (1995) associa à suposta impossibilidade de efetivação da seguridade à uma cultura de crise. Enfim, mesmo com diferentes abordagens, há em comum nos autores do Serviço Social, a defesa da seguridade social pública e a constatação de que esta não foi implementada totalmente.

8 Luiz Inácio Lula da Silva cumpriu seu primeiro mandato entre 2003 e 2006. Uma vez reeleito iniciou a sua segunda gestão em 2007.

No que tange a saúde permanece o marco geral da política social do governo Lula: algumas estratégias importantes, enquanto expressões de requisições históricas das forças progressistas brasileiras, aliadas a uma frágil, por vezes inexistente, alocação de recursos.

Bravo (2006), em uma análise sobre o primeiro mandato (2003-2006) do governo Lula, identifica na política de saúde do governo duas dimensões: uma de inovação e outra de continuidade.

Como aspectos de inovação, Bravo (2006) indica: o retorno da concepção de reforma sanitária; a escolha de profissionais comprometidos com a reforma sanitária para segundo escalão; a redefinição da estrutura do Ministério da Saúde com a criação da secretaria de gestão do trabalho, da secretaria de gestão participativa e da secretaria de atenção a saúde, que visou unificar atenção básica, secundária e terciária; a convocação extraordinária da 12ª conferência em 2003⁹ e a elaboração de um documento preliminar para discussão nas conferências preparatórias; a escolha da Central Única dos Trabalhadores (CUT) para a secretaria executiva do Conselho Nacional de Saúde.

Sobre os aspectos de continuidade, Bravo (2006) aponta: a ênfase na precarização do trabalho em saúde; a focalização, expressa por exemplo na ênfase da Estratégia Saúde da Família, sem alterá-la significativamente e no programa de farmácia popular; a terceirização dos recursos humanos, da qual a expressão cabal é o caso dos agentes comunitários de saúde; a ampliação do conceito de 'ações de serviços de saúde' para gastos com saneamento e segurança alimentar; a utilização sistemática dos recursos da seguridade social para outros gastos; a falta de vontade de construir a seguridade social e o desfinanciamento da política de saúde.

Sobre essa última característica, Bravo (2006) chama a atenção para a proposta de desvinculação da CPMF da receita do setor saúde, bem como a proposta de desvinculação legal do percentual de gastos com a saúde e a educação. O que é extremamente preocupante, segundo a autora, já que o investimento em saúde do Brasil é baixo, 3,4% do PIB. Tal afirmação é corroborada, visto o investimento de outros países, que vizinhos, são menores e possuem potencial de arrecadação inferior, como o Uruguai que investe 5,1% do seu PIB na saúde, o Panamá que investe 4,8% e a Argentina que põe na saúde 4,7% do PIB.

9 Entretanto, como comenta a própria autora, essa conferência poderia ter sido organizada de forma articulada com a Conferência Nacional de Assistência Social e, assim, fortalecer o conceito de Seguridade Social. Na sua realização, a Conferência Nacional de Saúde não aumentou o número de participantes, e não deu tempo de acabar as votações, sendo estas realizadas a distância, com envio dos votos pelo correio.

Assim, conforme vimos, em que pese a presença de profissionais progressistas, defensores das políticas públicas, em especial no ministério da saúde e da assistência social, o que se observa no governo Lula é a prevalência do ajuste econômico em detrimento da efetivação de políticas sociais públicas e universais¹⁰.

BREVE HISTÓRICO DO SERVIÇO SOCIAL BRASILEIRO NA SAÚDE

O Serviço Social é uma profissão que se particulariza na divisão social e técnica do trabalho pelo seu trato com as expressões da questão social, produto da desigualdade do modo de acumulação capitalista. Assim, esta profissão surge no trânsito do capitalismo concorrencial para o monopolista, onde frente à agudização da questão social fez-se necessário um profissional que lidasse com as suas expressões. Portanto, mesmo que o Serviço Social tenha características próprias construídas pelos seus pioneiros, não é esta profissão fruto somente do desejo destes. Ao contrário, o Serviço Social, tal qual as outras profissões, só surge e permanece por ter uma função a ser desenvolvida na divisão social e técnica do trabalho. (Iamamoto e Carvalho 1991; Netto 1992).

O Serviço Social no Brasil, em suas origens, buscou, com êxito, a institucionalização da profissão sem um questionamento ao modelo burguês de desenvolvimento. A adoção de teorias positivistas e psicologizantes, que também reforçavam a ordem societária vigente, foram buscadas em diferentes momentos nesse período. Daí era necessário institucionalizar essa nova profissão a partir desses pressupostos.

Devida à notável capacidade política dos pioneiros da profissão, muitos ganhos – ainda presentes – foram conquistados desde os anos quarenta do século passado, como: a regulamentação profissional e au-

10 No momento em que revisamos esse texto está em andamento o primeiro ano de gestão do segundo mandato do Presidente Lula. O Ministro da Saúde, José Gomes Temporão, é um profissional historicamente vinculado ao movimento sanitário. Contudo, está em curso pelo governo brasileiro um grande projeto – inclusive enviado ao Congresso Nacional – de transformação das instituições públicas em fundações públicas de direito privado, com início pela área da saúde. É uma clara proposta de privatização do serviço público, com nítida remissão a contra-reforma do Estado empreendida pelo governo anterior, de Fernando Henrique Cardoso (Bravo et alli, 2007). Esse projeto tem sido debatido em alguns espaços e na recente Conferência Nacional de Saúde a proposta foi rejeitada pelos participantes. Mas, isso não quer dizer, infelizmente, que esse projeto será arquivado. Por exemplo, no estado do Rio de Janeiro, o projeto foi aprovado na Assembléia Legislativa, mesmo após a Conferência Nacional de Saúde.

tonomia no seu exercício; a constituição de entidades representativas; e a organização de congressos nacionais da profissão. Contudo, cabe aqui também registrar que neste período – voltamos a dizer condizente com a conjuntura da época – o Serviço Social vai construir um discurso e uma prática de metodologias e teorias próprias para cada processo interventivo (caso, grupo, e nos anos cinquenta comunidade). Somado à compreensão de que existiam diferentes modos de intervenção que variariam a depender do tipo de instituição em que se trabalhava. É nessa perspectiva que é cunhado o ‘Serviço Social Médico’.

A inserção do Serviço Social nos serviços de saúde se deu por meio de uma busca de construção do exercício profissional a partir do modelo médico clínico. Assim, o Assistente Social foi identificado, em conjunto com outros profissionais, como aquele que podia contribuir para o aperfeiçoamento do trabalho do médico. A relação pautada numa perspectiva de complementaridade, onde o gestor do trabalho era a figura do médico. Daí, muito ter se usado na época a categoria de ‘paramédico’ para os outros profissionais não médicos que trabalhavam na saúde. Aparentemente não se tinha um objetivo próprio, para os ‘paramédicos’, ficando a sua atuação para aquilo que o profissional da medicina delegava, que era o que este julgava não ter capacidade ou não queria fazer. Contudo, estamos nos referindo à uma época específica, década de quarenta, quando o serviço de saúde estava sendo construído no país¹¹ e o campo do conhecimento das outras áreas também se pautavam em pressupostos positivistas.

A década de cinquenta é marcada no Brasil, e no mundo Ocidental, como o tempo do desenvolvimentismo. Este se constituiu em uma estratégia propugnada pela Organização das Nações Unidas (ONU) com vistas à freiar possíveis movimentos de libertação nacional dos países subdesenvolvidos, frente à ameaça do comunismo representada pela guerra fria, polarizada entre os EUA (Estados Unidos da América) e a URSS (União das Repúblicas Socialistas Soviéticas). No Brasil, ilustração do desenvolvimentismo foi o governo de Juscelino Kubitschek (1956-1961) e sua promessa de crescer o país. É representativo também dessa época a abertura do país para a indústria internacional. A ONU propôs para o país um programa de internalização de sua ideologia via um processo educativo no meio rural. Contraditoriamente foi essa iniciativa um espaço para as experiências educativas na perspectiva libertadora de Paulo Freire. Os assistentes sociais também irão participar

11 O sistema de saúde no Brasil se constitui na época por meio da prestação filantrópica pelas Santas Casas e pelos Institutos de Aposentadoria e Pensões que existiam apenas para alguns ramos dos trabalhadores.

dessa perspectiva progressista, mas somente no início dos anos sessenta, pois nos anos cinqüenta, em geral, estarão os assistentes sociais trabalhando sobre a política desenvolvimentista por meio da adoção do planejamento tecnocrático (Bravo 1996). E entendendo o trabalho com comunidade como mais um processo específico: o Serviço Social de Comunidade. Naturalmente, este Serviço Social não teve inserção na saúde, já que á época se compreendia esta atuação limitada aos serviços de saúde.

É nos anos sessenta que emerge no Brasil e na América Latina um movimento interno de questionamento à direção social da profissão. Este foi conhecido como movimento latino-americano de reconceitualização do Serviço Social, que se desenvolveu de maneira diversificada em cada país, devido a um conjunto de fatores do qual destacamos: a conjuntura política notadamente derivada dos golpes militares vivenciados nos anos sessenta e setenta por cada um e as características dos protagonistas profissionais de cada país.

É somente a partir dos anos setenta que o Serviço Social brasileiro passa a encarar polêmicas de relevo no seio da profissão (Netto 1996). Aqui, se faz importante remetermos ao processo de renovação do Serviço Social brasileiro e, especialmente a importância da tendência ‘intenção de ruptura’¹². Este processo foi extremamente rico, mas se deu de forma paralela ao movimento da reforma sanitária brasileira que reunia profissionais da saúde e militantes, com vista a alterar o modelo médico-assistencial privatista, conforme tratado no item anterior.

Bravo (1996) considera que até os anos oitenta a profissão encontrou-se desarticulada da discussão coletiva progressista na área da saúde, articulada em torno do movimento sanitário.

A partir dos anos noventa podemos afirmar que há uma incorporação pelos assistentes sociais dos princípios da reforma sanitária, que se constituem na sua maioria nos princípios do SUS. Diferentes estudos apontam para isso, mas é necessário que se façam mais investigações para se certificar se essa incorporação tem alterado o exercício profissional no cotidiano. Pois, a hipótese é que essa incorporação vem se

12 Netto (1996) analisa a renovação do Serviço Social no Brasil pós-1964. Identifica três tendências neste processo. A primeira, hegemônica nos anos sessenta e setenta, denominada ‘perspectiva modernizadora’, que faz um recurso ao estrutural-funcionalismo; a segunda identificada pelo autor como ‘reatualização do conservadorismo’ pautada na fenomenologia; e a terceira hegemônica desde os anos oitenta denominada ‘intenção de ruptura’, que realizada um recurso – inicialmente enviesado – com a tradição marxista. Essa última tendência não só anima o debate desde então, mas é fundamental na constituição do atual projeto profissional, que mais a frente será abordado.

dando por meio do seu discurso, mas não está devidamente apropriada (Vasconcelos 2002). Mesmo assim é um salto muito grande na década de 1990, em relação a década de 1980.

REFLEXÕES SOBRE O SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE NA ATUALIDADE

Vasconcelos (2001, 2002) identificou que os Assistentes Sociais verbalizam um compromisso com os direitos da população usuária, assim afirmam o seu compromisso com o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS)¹³ e do projeto ético-político de sua profissão¹⁴. Mas efetivamente não conseguem construir uma prática concreta que viabilize esta perspectiva.

O exercício profissional dos assistentes sociais nos serviços de saúde aponta para uma ação pouco crítica e distante dos citados projetos. Dentre os vários dados que a rica pesquisa de Vasconcelos aponta percebemos que independente do tipo de unidade de saúde em que trabalham, seja um centro de saúde ou um hospital de alta complexidade, os assistentes sociais, no fundo, estabelecem a mesma rotina: contato com usuário para levantamento das necessidades após o atendimento

13 O projeto da reforma sanitária, no qual o SUS é uma estratégia, tem sua origem no movimento sanitário na década de setenta, mas só emerge com força propositiva na década seguinte. Conforme já sinalizado anteriormente, o ponto de partida do movimento foi a crítica ao sistema de saúde brasileiro. Na época, já se argumentava que a falência do sistema de saúde estava ligada diretamente ao seu modelo de concepção e gerenciamento. O SUS parte de uma concepção abrangente de saúde e do papel do Estado na sua garantia e dos seus princípios, destacamos: a universalidade, a descentralização, a hierarquização dos serviços, a integralidade da assistência, a regionalização e a participação popular.

14 O projeto ético-político da profissão se origina na busca de ruptura com o Serviço Social anteriormente estabelecido no país e a construção de uma perspectiva de profissão pautada no reconhecimento da liberdade como valor ético central, entendida como a possibilidade de se escolher entre as alternativas concretas. Daí, o compromisso com a emancipação humana e plena expansão dos indivíduos sociais. Com isso esse projeto propõe uma nova ordem social, sem exploração de classe, gênero, orientação sexual e etnia. Portanto, é um projeto construído por Assistentes Sociais, mas não se encerra na preocupação com a corporação profissional. Para tanto, apóia novos aportes teóricos e metodológicos que culminam com uma nova visão da profissão em vários aspectos, como sua relação com a realidade, sua trajetória histórica e sua relação com os empregadores e usuários (Cf. Netto 1999; Cardoso 1999). Anteriormente já sinalizamos que esse projeto profissional tem suas raízes históricas no processo de renovação profissional, mais a frente trataremos melhor sobre esse tema.

médico, para providenciar encaminhamentos e orientações necessárias à implementação da consulta (Vasconcelos 2001: 27).

Segundo a mesma pesquisa (Vasconcelos 2001), 47% dos Assistentes Sociais *somente* realizam entrevistas e neste universo, 72%, em resposta a uma demanda específica e imediata. Já o trabalho com grupos é desenvolvido por 53% dos Assistentes Sociais, sendo que deste 41% desenvolvem salas de espera e 54% grupos fechados.

A priori podemos observar que há uma rígida estrutura da materialização do exercício profissional nos serviços de saúde, uma alta prevalência de atendimentos individuais e que estes, em geral, se constituem em uma ação única, já que é imprevisível saber se o assistente social terá outro contato com o usuário.

Poderíamos pensar, como nos aparece ter sido algo real anos atrás, que o problema identificado por Vasconcelos (2001 e 2002) seria o hiato entre a Academia e os Serviços. Ou seja, os atuantes nas instituições eram aqueles que estariam distantes da Universidade e desarticulados do debate profissional. No entanto, duas constatações refutam estas hipóteses no tempo presente.

A primeira advém das formulações de Vasconcelos (2001, 2002), pois parte expressiva dos assistentes sociais pesquisados tinha pouco tempo de formação, tendo passado pela graduação já com o currículo mínimo para os cursos de graduação em Serviço Social vigente desde 1982. Esse currículo, mesmo com lacunas, como a história apontou, foi um grande avanço ao romper com uma visão tricotômica do Serviço Social – que se supunha ‘teoria’ e ‘metodologia’ próprias, que eram o Serviço Social de caso, de grupo e de comunidade – e ao adotar o eixo teoria-história e método.

O outro argumento tem seu substrato em pesquisa por nós conduzida (Matos 2003), onde queríamos identificar qual o raio de influência do projeto ético-político profissional e do projeto da reforma sanitária brasileira no debate do Serviço Social. Para tanto, analisamos as comunicações sobre saúde apresentadas nos ‘Congressos Brasileiros de Assistentes Sociais’ realizados nos anos noventa, bem como o conjunto de artigos sobre a mesmo tema publicados na revista ‘Serviço Social e Sociedade’, editados pela Cortez Editora, durante o mesmo período. Pudemos identificar uma grande penetração dos dois projetos no debate. Entretanto, são justamente os poucos artigos e comunicações que refletiam sobre experiências concretas de trabalhos desenvolvidos pelo Serviço Social (inclusive escritos por professores), que não coadunavam com os projetos citados.

Os dados existentes sobre o exercício profissional do assistente social na saúde mostram um descompasso entre o enorme avanço que significam o projeto ético político-profissional e o projeto da reforma sanitária. Acreditamos que os motivos para esse descompasso podem se originar de dois pontos, que interagem entre si.

O primeiro se refere a dificuldade de se efetivar, por parte dos governos de diferentes esferas, a política universal e de direitos que o SUS preconiza; bem como a forma como está estruturado o trabalho coletivo em saúde, que se configura por meio de várias ações profissionais fragmentadas, sobrepostas, com pouca ou nenhuma interdisciplinaridade, tendo como objeto de suas ações a doença e não a saúde propriamente dita. Esta problemática não atinge só o trabalho dos assistentes sociais, mas sim o coletivo dos trabalhadores da saúde. O outro ponto refere-se à nebulosa concepção da própria categoria dos assistentes sociais sobre qual a particularidade do seu exercício profissional no âmbito do SUS.

No próximo item trataremos mais do segundo ponto, o que não quer dizer que o primeiro seja menos importante, ao contrário. Como nos remeteremos, mais a frente, só se pode pensar o exercício profissional do assistente social na saúde se forem consideradas as condições objetivas deste exercício profissional e é por meio da análise – e pelo debate e enfrentamento – do trabalho coletivo em saúde que isso se dará.

ENFIM, O QUE PARTICULARIZA O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE

O ponto de partida para a compreensão desta reflexão é o reconhecimento de que os assistentes sociais quando lidam com a política de saúde, mediatizada pela sua operacionalização nos serviços de saúde, não desenvolvem no seu exercício profissional nenhum procedimento interventivo ou mesmo conhecimento que só sirva e se explique para a atuação na área da saúde. Contudo, mesmo não havendo uma atuação ou saber exclusivos do Serviço Social nesta área – como também em nenhuma área das políticas sociais setoriais – há no exercício profissional na saúde particularidades que buscaremos, aqui, desvendá-las.

O Serviço Social é uma profissão que atua sobre as diferentes expressões da questão social, conforme anteriormente sinalizado, que se apresentam metamorfoseadas em falsos problemas / disjunções que ora são identificados como de responsabilidade dos indivíduos ora da sociedade. Mas, raramente são identificados, esses problemas, como cria

própria da desigualdade gerada pelo modo de acumulação capitalista.

Entretanto, a questão social se expressa de diferentes formas. Por isso é importante o estudo de situações concretas. Assim, pode-se dizer que a saúde, com o qualquer outro campo de trabalho profissional, apresenta particularidades que necessitam ser desveladas pelos que atuam na área. Portanto, compreender os determinantes da política de saúde e seus rebatimentos no trabalho desenvolvido na instituição e na vida dos usuários torna-se fundamental.

Costa (2000), de forma certa, identificou que os assistentes sociais reiteram um discurso de imprecisão técnica e de deslegitimação do seu trabalho. Contudo, frente à realidade isso é um paradoxo, na medida em que o Serviço Social é no âmbito do SUS a quarta categoria profissional em termos numéricos. Como somos sabedores que empregador nenhum contrata algum serviço que não tenha utilidade, existe aí uma questão. Uma vez que os dados confirmam que o Serviço Social possui claramente uma função na divisão social e técnica do trabalho na saúde. Se há alguém que não sabe o seu papel pelo visto é o sujeito profissional, são os próprios assistentes sociais.

Por outro lado, Costa (2000) considera que Serviço Social se legitima na saúde a partir das contradições fundamentais da política de saúde. É nas lacunas, geradas pela não implantação efetiva do SUS que o profissional de Serviço Social vem sendo demandado a intervir. Por meio de sua atuação profissional, o assistente social tem sido o profissional que vem constituindo o 'elo invisível' do SUS. Entretanto, essas atividades não são vistas pelo profissional de Serviço Social como trabalho – e sim tratadas como inúmeras exceções – daí a imprecisão verbalizada reiteradamente pelos assistentes sociais.

Assim, podemos observar o vínculo do exercício profissional na saúde com a política de assistência social, na medida em que da forma como está atualmente estruturado o trabalho coletivo em saúde, vem cabendo aos assistentes sociais buscarem, ou tentarem, diferentes recursos – para além das ofertadas pelos serviços de saúde – com vistas a garantir ao usuário os seus direitos. Seria, então, o assistente social, trabalhador da política de assistência social na saúde?

Creemos que não. Pois se assim fosse, o mesmo não necessitaria conhecer plenamente a lógica da política de saúde e dos seus serviços. Ou seja, não integraria a força de trabalho em saúde. Ademais, a política de assistência social é uma resposta fragmentada – tal qual as outras políticas sociais – e não significa o fundamento da profissão. Nada melhor que a realidade para nos apresentar pistas, pois além de conhecer a rede

de serviços do entorno é também esse profissional que detém todo o conhecimento sobre os setores do serviço de saúde em que atua. Isso ocorre porque sabem os assistentes sociais que o êxito do seu trabalho depende da articulação de uma rede de serviços e de profissionais, dentro e fora do seu local de trabalho.

Além de necessariamente compor a força de trabalho nos serviços de saúde, podemos também atentar que apesar dos serviços de saúde ainda estarem estruturados para atenderem a doença, a realidade tem apontado a influência de outros componentes na concepção de saúde. As condições de vida da população usuária – como, por exemplo, a pauperização, a velhice e ausência de vínculos familiares – têm sido ‘problemas’ para os serviços de saúde. E nos serviços a ‘resposta’ a esses ‘problemas’ tem sido encarada como responsabilidade do Serviço Social.

Na dureza de trabalho dos serviços de saúde, onde ‘problemas’ originados pela contradição da acumulação capitalista são postos como alvo de ‘resposta’ dos assistentes sociais, é previsível que estes não queiram aceitar essa demanda como trabalho. Contudo, ao negarem, não apreendem, por dentro, o que essa demanda significa e nem desvelam a função que ocupam no trabalho coletivo. É encarando essa realidade que será possível ao assistente social construir novas estratégias e frentes de trabalho.

Não é o profissional de Serviço Social exclusivo da política de assistência social e sim esta, que atravessa diferentes políticas – como a saúde e a educação. Para a efetivação do SUS faz-se necessário uma interface com a assistência social. O assistente social domina essa interface, mas não somente. Hoje os profissionais de Serviço Social, com vistas a responder as demandas que se originam a partir das diferentes expressões da questão social, também vêm atuando em diferentes ações no âmbito do SUS, como por exemplo, o planejamento e a educação em saúde. É no conhecimento da realidade concreta da política de saúde que o trabalho do Serviço Social tem sido o ‘elo invisível’ do SUS.

O debate sobre o trabalho do assistente social na saúde deve ser aprofundado com os outros sujeitos profissionais, a partir do que caracteriza a nossa intervenção, mas também resgatando o conceito ampliado de saúde. Se levarmos esse conceito na sua totalidade, observaremos que muito são os trabalhadores da saúde.

REFERÊNCIAS

- Behring, Elaine
2003 *Brasil em Contra-Reforma: Desestruturação do Estado e Perda de direitos*. São Paulo: Cortez.
- Boschetti, Ivanete
2004 'Seguridade Social e Projeto Ético-Político do Serviço Social: Que Direitos para qual Cidadania?'. *Serviço Social e Sociedade* 79.
2004 'Assistência Social no Governo Lula: Uma Política Social em Disputa e em (re) Construção'. *Inscrita* 9.
- Bravo, Maria Inês
1996 *Serviço Social e Reforma Sanitária: Lutas Sociais e Práticas Profissionais*. São Paulo / Rio de Janeiro: Cortez / UFRJ.
2001 'Gestão Democrática na Saúde: O Potencial dos Conselhos. In *Política Social e Democracia*. Editado por M. I. S. Bravo e P. A. P. Pereira. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ.
2006 'Política de Saúde no Brasil. In *Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional*. Editado por Ana Elisabete Mota et al. São Paulo: Cortez.
- Bravo, Maria Inês et al. (eds.)
2007 *Política de Saúde na Atual Conjuntura: Modelos de Gestão e Agenda para a Saúde*. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius.
- Cardoso, Priscila F. G.
1999 A Hegemonia do Projeto Profissional na Década de 90: Questionar é Preciso, Aderir (não) é Preciso. São Paulo: Dissertação de Mestrado, PUC/SP.
- Conselho Federal de Serviço Social, CFESS
1997 *Código de Ética do Assistente Social e Lei 8.662/93* (3ª edição, revista e atualizada). Brasília: CFESS.
- Correia, Maria Valéria
2003 *Que Controle Social?: Os Conselhos de Saúde como Instrumento*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Costa, Maria Dalva H.
2000 'O Trabalho nos Serviços de Saúde e a Inserção dos(as) Assistentes Sociais'. *Serviço Social e Sociedade* 62. São Paulo: Cortez.

- Fiori, José Luís
1994 *Debate sobre o Ponto Crítico: Consenso de Washington X Apartheid Social*. Série Estudos em Saúde Coletiva 90. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social / UERJ.
- Iamamoto, Marilda; Carvalho, Raul
1991 *Relações Sociais e Serviço Social no Brasil*. São Paulo: Cortez e Celats.
- Iamamoto, Marilda
1998 *O Serviço Social na Contemporaneidade: Trabalho e Formação Profissional*. São Paulo: Cortez.
- Matos, Maurílio C.
2003 'O Debate do Serviço Social na Saúde nos Anos Noventa'. *Serviço Social e Sociedade* 74.
- Mota, Ana Elizabete
1995 *Cultura da Crise e Seguridade Social: Um Estudo sobre as Tendências da Previdência e da Assistência Social Brasileira nos Anos 80 e 90*. São Paulo: Cortez.
- Neto, Eleutério
1994 A Reforma Sanitária e o Sistema Único de Saúde: Suas Origens, Suas Propostas, Sua Implantação, Suas Dificuldades e Suas Perspectivas. In *Incentivo à Participação Popular e ao Controle Social no SUS*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Netto, José Paulo
1992 *Capitalismo Monopolista e Serviço Social*. São Paulo: Cortez.
- 1996 *Ditadura e Serviço Social: Uma Análise do Serviço Social no Brasil pós-64*. São Paulo: Cortez.
- 1999 'A Construção do Projeto Ético-Político do Serviço Social Frente à Crise Contemporânea'. In: ABEPSS, CFESS, CEAD-UnB. *Capacitação em Serviço Social e Política Social – Crise Contemporânea, Questão Social e Serviço Social*, nº. 01. Brasília: Unb.
- 1999a 'FHC e a Política Social: Um Desastre para as Massas Trabalhadoras. In *O Desmonte na Nação: Balanço do Governo FHC*. Editado por Ivo Lesbaupin. Petrópolis: Vozes.
- Pereira, Potyara A P.
1998 'Uma Arena de Conflitos'. *Inscrita* 2.

Sposati, Aldaíza.

1994 'Os Desafios da Municipalização do Atendimento à Criança e ao Adolescente: O Convívio entre a LOAS e o ECA'. *Serviço Social e Sociedade* 46.

Soares, Laura Tavares

1999 *Ajuste Neoliberal e Desajuste Social na América Latina*. Rio de Janeiro: UFRJ / EEAN.

Vasconcelos, Ana Maria

2001 'Serviço Social e Práticas Democráticas'. In *Política Social e Democracia*. Editado por M. I. S. Bravo e P. A. P. Pereira. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ.

2002 *A Prática Profissional do Serviço Social: Cotidiano, Formação e Alternativas na Área da Saúde*. São Paulo: Cortez.

Viana, Maria Lúcia Werneck

1999 'As Armas Secretas que Abateram a Seguridade Social'. In *O Desmonte na Nação: Balanço do governo FHC*. Editado por Ivo Lesbaupin. Petrópolis: Vozes.

Assistente Social: Trabalhador(a) da Área da Saúde. Reflexões a partir do Debate Brasileiro

Social Worker: A Worker in the Health Field. Reflections from the Brazilian Debate

Sumário

Summary

A história da política de saúde no Brasil está intimamente relacionada com o desenvolvimento do Serviço Social brasileiro no sector da saúde, constituindo o maior campo de trabalho dos assistentes sociais. No entanto, o seu papel no campo do trabalho coletivo em saúde tem sido sistematicamente questionado, por outros profissionais, ao mesmo tempo que os assistentes sociais possuem dificuldades de produzir uma resposta sistematizada e garantir a autonomia do seu exercício profissional na área e na política de saúde.

Palavras-chave: Brasil, assistente social, saúde, serviço social no campo da saúde, política de saúde

The history of health policy in Brazil is closely related to the development of the Brazilian Social Work in the health sector, constituting the largest work field for social workers. However, their role in the field of collective work in health has been systematically questioned by other professionals, at the same time as social workers have difficulty in producing a systematized response and in ensuring the autonomy of their professional activity in the health area and policy.

Key-words: Brazil, social worker, health, social work in the health field, health policy