

Projeto Ético-Político do Serviço Social e sua Relação com a Reforma Sanitária: elementos para o debate¹

Por Maria Inês Souza Bravo* e Maurílio Castro de Matos**

Apresentação

O artigo é fruto de reflexões sobre as características do Serviço Social brasileiro na saúde e quais os desafios que a atualidade apresenta para os profissionais da área. Visa contribuir para o fortalecimento dos projetos ético-político profissional do Serviço Social e da reforma sanitária. Está estruturado em quatro partes. Na primeira e segunda são desenvolvidas análises panorâmicas sobre a trajetória histórica do Serviço Social, sendo que na primeira é abordado o período de 1930 a 1979 e, na segunda, os anos 80 e 90. A terceira parte tem por objetivo desenvolver uma reflexão sobre os desafios postos na atualidade para o Serviço Social na área da saúde e, para tanto, busca uma interlocução com alguns autores da área que refletiram sobre o tema. Por fim, na última parte do artigo, são apresentadas algumas questões e proposições sobre o Serviço Social na Saúde, tomando como referência – e não por acaso – os princípios fundamentais do atual código de ética dos assistentes sociais.

1. Panorama Serviço Social no período de 1930 a 1979

Neste item será focado o surgimento do Serviço Social a partir das influências sócio-históricas da época.

1 - Texto revisto, e sintetizado, tendo por referência o artigo publicado pelos autores na coletânea "Saúde e Serviço Social", em 2004.

* - Assistente Social. Doutora em Serviço Social (PUC/SP). Professora aposentada da UFRJ. Professora Adjunta da Faculdade de Serviço Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Coordenadora do projeto "Políticas públicas de saúde: o potencial dos conselhos do Rio de Janeiro".

** - Assistente Social. Mestre em Serviço Social (UFRJ). Doutorando em Serviço Social (PUC/SP). Professor Assistente da UERJ e Integrante do Projeto de Pesquisa e Extensão "Políticas Públicas de Saúde: O Potencial dos Conselhos do Rio de Janeiro".

O surgimento e o desenvolvimento do Serviço Social no período de 30 a 64, bem como a ação profissional na área da saúde, mostram algumas evidências significativas².

A **conjuntura de 30 a 45** caracteriza o surgimento da profissão no Brasil, com influência européia e a área da saúde não foi a que concentrou maior quantitativo de profissionais, apesar de algumas Escolas terem surgido motivadas por demandas do setor. A formação profissional também se pautou, desde o seu início, em algumas disciplinas relacionadas à Saúde.

A **expansão do Serviço Social** no país, entretanto, ocorre **a partir de 1945**, relacionada com as exigências e necessidades de aprofundamento do capitalismo no Brasil e às mudanças que ocorreram no panorama internacional, em função do término da 2ª Guerra Mundial. Nesta década, a ação profissional na Saúde também se amplia, transformando-se no setor que mais vem absorvendo os assistentes sociais. A influência norte-americana na profissão substituiu a européia, que marcou a conjuntura anterior, tanto no nível da formação profissional – com alteração curricular – como nas instituições prestadoras de serviços. O marco desta mudança de influência situa-se no Congresso Interamericano de Serviço Social realizado em 1941, em *Atlantic City* (EUA). Posteriormente, foram criados diversos mecanismos de interação mais efetiva, como o oferecimento de bolsas aos profissionais brasileiros e a criação de entidades organizativas. Os assistentes sociais brasileiros começaram a defender que o ensino e a profissão nos Estados Unidos haviam atingido um grau mais elevado de sistematização; ademais, ali, na ação profissional, o julgamento moral com relação à população cliente é substituído por uma análise de cunho psicológico.

Uma indagação merece ser destacada em função do objeto deste artigo: Por que o Serviço Social na área de Saúde transforma-se no principal campo de absorção profissional?

Além das condições gerais que determinaram a ampliação profissional nesta conjuntura, o “novo” conceito de Saúde, elaborado em 1948, enfocando os aspectos biopsicossociais, determinou a requisição de outros profissionais para atuar no setor, entre eles o assistente

2 - Será utilizada nesta análise as questões apontadas na tese de Doutorado de Bravo (1991).

social. Este conceito surge de organismos internacionais, vinculado ao agravamento das condições de saúde da população, principalmente dos países periféricos, e teve diversos desdobramentos. Um deles foi a ênfase no trabalho em equipe multidisciplinar – solução racionalizadora encontrada – que permitiu: suprir a falta de profissionais com a utilização de pessoal auxiliar em diversos níveis; ampliar a abordagem em Saúde, introduzindo conteúdos preventivistas e educativos; e criar programas prioritários com segmentos da população, dada a inviabilidade de universalizar a atenção médica e social.

O assistente social consolidou uma tarefa educativa com intervenção normativa no modo de vida da “clientela”, com relação aos hábitos de higiene e saúde, e atuou nos programas prioritários estabelecidos pelas normatizações da política de saúde.

Outro fator importante refere-se à consolidação da Política Nacional de Saúde no país com ampliação dos gastos com a assistência médica, pela previdência social. Esta assistência, por não ser universal, gerou uma contradição entre a demanda e o seu caráter excludente e seletivo. O assistente social vai atuar nos hospitais colocando-se entre a instituição e a população, a fim de viabilizar o acesso dos usuários aos serviços e benefícios. Para tanto, o profissional utiliza-se das seguintes ações: plantão, triagem ou seleção, encaminhamento, concessão de benefícios e orientação previdenciária.

Os benefícios passaram a ser custeados total ou parcialmente pelos próprios beneficiários. Na lógica da estruturação de tais serviços, não há o componente distributivista, mas existe a preocupação de favorecer o capital. O conceito que passa a reger os programas assistenciais é o salário social indireto, que incorpora ao salário vários serviços que a “coletividade paga” ao trabalhador, com vistas à utilização futura. O piso salarial é rebaixado à medida que engloba os demais benefícios e o trabalhador paga os serviços pelas deduções salariais diretas, pela elevação do custo de vida, com a contribuição dos empregadores transferida para os preços dos produtos e através dos impostos e taxas recolhidos pelo poder público (Iamamoto e Carvalho, 1982).

As propostas racionalizadoras na Saúde, que surgem a partir da década de 50 – principalmente nos Estados Unidos, como a “medicina integral”, a “medicina preventiva” e seus desdobramentos a partir de 60, como a “medicina comunitária” – não tiveram

repercussão no trabalho dos assistentes sociais na saúde no Brasil. Os profissionais mantiveram como *locus* central de sua ação os hospitais e ambulatórios, apesar de os Centros de Saúde, segundo Costa (1986), serem criados a partir de meados da década de 20. Neles, os serviços básicos eram a higiene pré-natal, infantil, pré-escolar, tuberculose, verminose, laboratório e as atividades tinham como proposta fundamental introjetar na população educação sanitária por intermédio de educadores de higiene, professores instruídos em assuntos sanitários, como também testar formas específicas de descentralização do trabalho sanitário nas grandes cidades. Os centros de saúde contavam, para o desenvolvimento de suas atividades, com médicos, enfermeiras e visitadoras. Os assistentes sociais não foram absorvidos neste espaço senão muito mais tarde, em 1975. A esta constatação cabe a pergunta: *Por que os assistentes sociais na saúde priorizaram suas ações no nível curativo e hospitalar?* Para responder a questão, levantam-se algumas hipóteses. A exigência do momento concentrava-se na ampliação da assistência médica hospitalar e os profissionais eram importantes para lidar com a contradição entre a demanda e o seu caráter excludente e seletivo. Nos centros de saúde, os visitadores conseguiam desenvolver as atividades que poderiam ser absorvidas pelo assistente social. Outro componente relaciona-se à pouca penetração da ideologia desenvolvimentista no trabalho profissional na saúde. Uma ação que considera-se importante para os assistentes sociais é a viabilização da participação popular nas instituições e programas de saúde. Esta atividade entretanto, só teve maior repercussão na profissão nos trabalhos de Desenvolvimento de Comunidade (DC). O Serviço Social Médico, como era denominado, não atuava com procedimentos e técnicas do DC e sim, prioritariamente, com o Serviço Social de Casos, orientação inclusive da Associação Americana de Hospitais e da Associação Americana de Assistentes Médico-Sociais³. A participação só era visualizada na dimensão individual, ou seja, o engajamento do “cliente no tratamento”.

O Serviço Social sofreu profundas transformações, no **pós 1964**, que tiveram rebatimento no trabalho do assistente social na área da saúde.

3 - Esta Associação publicou em 1949 algumas diretrizes a serem aplicadas pelos assistentes sociais nos hospitais, nas clínicas e nos sanatórios.

A profissão, do seu desenvolvimento até os anos 60, não teve polêmica de relevo que ameaçasse o bloco hegemônico conservador que dominou tanto a produção do conhecimento como as entidades organizativas⁴ e o trabalho profissional. Alguns assistentes sociais com posições progressistas questionavam a direção do Serviço Social, mas não tiveram condição de alterá-la. Nos anos 60, esta situação começou a se modificar, surgindo um debate na profissão questionando o seu conservadorismo. Essa discussão não surgiu de forma isolada, mas com respaldo das questões levantadas pelas ciências sociais e humanas, principalmente em torno da temática do “desenvolvimento” e de suas repercussões na América Latina⁵. Esse processo de crítica foi abortado pelo golpe militar de 1964, com a neutralização dos protagonistas sócio-políticos comprometidos com a democratização da sociedade e do Estado (Bravo, 1996).

A modernização conservadora implantada no país exigiu a renovação do Serviço Social, face às novas estratégias de controle e repressão da classe trabalhadora efetivadas pelo Estado e pelo grande capital, bem como para o atendimento das novas demandas submetidas à racionalidade burocrática.

O principal veículo responsável pela elaboração teórica do Serviço Social, no período de 1965 a 1975, foi o Centro Brasileiro de Cooperação e Intercâmbio em Serviços Sociais (CBCISS). Este difundiu a “perspectiva modernizadora” no sentido de adequar a profissão às exigências postas pelos processos sócio-políticos emergentes no pós 1964 (Netto, 1996). Esta perspectiva teve como núcleo central a tematização do Serviço Social como integrador no processo de desenvolvimento, com aportes extraídos do estrutural-funcionalismo norte-americano, sem questionar a ordem sócio-política e sim, com a preocupação de inserir a profissão numa moldura teórica e metodológica.

4 - A primeira entidade da categoria dos assistentes sociais foi criada em 1940 e foi a Associação Brasileira de Assistentes Sociais (ABAS) que tinha seções em quase todos os estados brasileiros. A Associação de ensino (ABESS) foi criada em 1946. As demais entidades surgiram a partir de meados dos anos 50 e 60 e foram: associações profissionais e sindicatos e o Conselho Federal de Assistentes Sociais, em 1962.

5 - Na América Latina, a crítica ao Serviço Social se explicita com o “movimento de reconceituação” a partir de 1965, cujo eixo do debate centrava-se na contestação do Serviço Social importado com práticas assistenciais e ajustadoras.

O Serviço Social na saúde vai receber as influências da modernização que se operou no âmbito das políticas sociais, sedimentando sua ação na prática curativa, principalmente na assistência médica previdenciária – maior empregador dos profissionais. Foram enfatizadas as técnicas de intervenção, a burocratização das atividades, a psicologização das relações sociais e a concessão de benefícios. Foi utilizada uma terminologia mais sofisticada e coerente com o modelo político-econômico implantado no país (Bravo, 1996).

Na **distensão política**, 1974-1979, o Serviço Social na saúde não se alterou, apesar do processo organizativo da categoria, do aparecimento de outras direções para a profissão, do aprofundamento teórico dos docentes e do movimento mais geral da sociedade. O trabalho profissional continuou orientado pela vertente “modernizadora”. As produções teóricas, apesar de restritas na área, também não romperam com essa direção. Ressalta-se como exceção à essa tendência um artigo publicado na Revista Serviço Social e Sociedade, por Nicoletti (1979), que enfoca a planificação em saúde e a participação comunitária⁶, abordando questões presentes no debate do movimento sanitário (Bravo, 1996).

2. As alterações no Serviço Social nos anos 80 e 90

A **década de 1980**, Brasil, foi um período de grande mobilização política, como também de aprofundamento da crise econômica que se evidenciou na ditadura militar⁷. Nessa conjuntura há um movimento significativo na saúde coletiva, que também ocorre no Serviço Social, de ampliação do debate teórico e a incorporação de algumas temáticas como o Estado e as políticas sociais fundamentadas no marxismo.

O movimento sanitário, que vem sendo construído desde os meados dos anos 70, conseguiu avançar na elaboração de propostas de fortalecimento do setor público em

6 - A revista Serviço Social e Sociedade é uma publicação da Cortez Editora. Sua primeira edição é de 1979, a seguinte já data de 1980.

7 - Apesar de entre 1979 e 1985 o país ter sido presidido pelo General Figueiredo, esta gestão diferenciou-se dos governos militares anteriores, já que neste período ficou evidenciada a incapacidade da ditadura continuar como tal frente à articulação e mobilização de setores da sociedade civil, principalmente do movimento popular, e o acúmulo de forças da resistência democrática (Netto, 1996).

oposição ao modelo de privilegiamento do produtor privado, tendo como marco a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, em Brasília.

No que tange ao modelo de proteção social, a Constituição Federal de 1988 é uma das mais progressistas, onde a Saúde, conjuntamente com a Assistência Social e a Previdência Social integra a Seguridade Social. À saúde coube cinco artigos (Art. 196 - 200) e nestes está inscrito que esta é um direito de todos e dever do Estado, e a integração dos serviços 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 defendia os ideais da Reforma Sanitária, que podem ser resumidos como: a democratização do acesso, a universalidade das ações e a descentralização com controle social⁸. A premissa básica é a compreensão de que a saúde é um direito de todos e um dever do Estado. A vitória das proposições da reforma sanitária deveu-se a eficácia da Plenária, via sua capacidade técnica, pressão sobre os constituintes e mobilização da sociedade, e à Emenda Popular assinada por cinqüenta mil eleitores e cento e sessenta e sete entidades (Teixeira, 1989; Bravo, 1996).

Uma questão importante de ser clareada é identificar qual a preocupação da categoria dos assistentes sociais nesse momento.

Sem dúvida, o Serviço Social está recebendo influências desta conjuntura, (de crise do Estado brasileiro, de falência da atenção à saúde e do movimento de ruptura com a política de saúde vigente e construção de uma reforma sanitária brasileira) mas, por outro lado, está passando por um processo interno de revisão, de negação do Serviço Social Tradicional, havendo, assim, uma intensa disputa pela nova direção a ser dada à profissão.

8 - A categoria controle social significa a participação da sociedade civil na elaboração, implantação e fiscalização das políticas públicas, onde se compreende que o público deve ser expressão do conjunto das necessidades apresentadas pelos diferentes segmentos da sociedade.

O processo de renovação do Serviço Social no Brasil está articulado às questões colocadas pela realidade da época, mas por ter sido um movimento de revisão interna, não foi realizado um nexos direto com outros debates, também relevantes, que buscavam a construção de práticas democráticas, como o movimento pela reforma sanitária. Na nossa análise, esses são os sinalizadores para o descompasso da profissão com a luta pela assistência pública na saúde (Bravo, 1996).

No entanto, é importante identificar como se deu a relação do Serviço Social com o Movimento da Reforma Sanitária, na década de 1980.

É impossível falar do Serviço Social sem se referenciar aos anos 80. Esta década é fundamental para o entendimento da profissão hoje, pois significa o início da maturidade da tendência atualmente hegemônica na academia e nas entidades representativas da categoria - intenção de ruptura - e, com isso, a interlocução real com a tradição marxista. No entanto, os profissionais desta vertente se inserem, na sua maioria, nas Universidades, onde dentro do processo de renovação da profissão, pouco efetivamente intervêm nos serviços. (Netto, 1993 e Bravo, 1996). Se o Serviço Social cresceu na busca de uma fundamentação e consolidação teórica, poucas mudanças consegue apresentar na intervenção. Sem dúvida, para se avançar hoje na profissão, se faz necessário recuperar as lacunas da década de 80. E a intervenção é uma prioridade, pois poucas alterações trouxeram os ventos da vertente intenção de ruptura para o cotidiano dos serviços. Este fato rebate na atuação do Serviço Social na área da saúde - o maior campo de trabalho.

Num balanço do Serviço Social na área da Saúde dos anos 80, mesmo com todas essas lacunas no fazer profissional, observa-se uma mudança de posições, a saber: a postura crítica dos trabalhos em saúde apresentados nos Congressos Brasileiros de Assistentes Sociais de 85 e 89; a apresentação de alguns trabalhos nos Congressos Brasileiros de Saúde Coletiva; a proposta de intervenção formulada pela Associação Brasileira de Ensino de Serviço Social (ABESS), Associação Nacional dos Assistentes Sociais (ANAS) e Conselho Federal de Assistentes

Sociais (CFAS) para o Serviço Social do INAMPS; e a articulação do CFAS com outros conselhos federais da área da saúde⁹ (Bravo, 1996).

Os avanços apontados são considerados insuficientes pois, o Serviço Social na área da saúde chega à década de 1990 ainda com uma incipiente alteração da prática institucional; continua enquanto categoria desarticulado do Movimento da Reforma Sanitária e com isso, sem nenhuma explícita e organizada ocupação na máquina do Estado pelos setores progressistas da profissão (como estava sendo o encaminhamento da Reforma Sanitária); e insuficiente produção sobre “as demandas postas à prática em saúde” (Bravo, 1996).

Para analisar o **Serviço Social nos anos 90**, faz-se necessário ter em mente ser este o período de implantação e êxito ideológico do projeto neoliberal no país, do qual o governo de Fernando Collor de Mello foi o primeiro a tentar implementá-lo. Numa análise que já realizamos desta década (Matos, 2000; Bravo e Matos, 2001) afirmamos que no Brasil existem duas inflexões que são fundamentais. A primeira é o plano real e a segunda é a contra-reforma do Estado defendida pelo governo FHC e seus intelectuais.

O projeto político econômico consolidado no Brasil, nos anos 90, projeto neoliberal, confronta-se com o projeto profissional hegemônico no Serviço Social¹⁰, tecido desde a década de 80 e com o projeto da reforma sanitária. A partir das contradições evidenciadas surgem algumas questões: Como numa realidade político-conjuntural adversa, construir e concretizar uma prática que garanta um Estado participativo, formulador de políticas sociais equânimes, universais, não discriminatórias? Como ficam o Serviço Social e os defensores da reforma sanitária nesta trincheira?

Nas proposições referentes à política de saúde, o projeto da reforma sanitária é questionado e consolida-se na segunda metade dos anos 90, o projeto de saúde articulado ao mercado ou privatista. Este último, pautado na política de ajuste, tem como tendências a

9 - ANAS – Associação Nacional dos Assistentes Sociais, entidade atualmente desativada, que congregava os Sindicatos de Assistentes Sociais do país. CFAS – Conselho Federal de Assistentes Sociais, denominado desde 1993 como Conselho Federal de Serviço Social (CFESS). ABESS – Associação Brasileira de Ensino de Serviço Social, designada desde 1997 como Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS).

10 - Pelo que já foi explicitado nesse texto, o projeto hegemônico profissional no Serviço Social em seus principais formuladores nas entidades da categoria e na academia.

contenção dos gastos com a racionalização da oferta e a descentralização com isenção de responsabilidade do poder central. Ao Estado cabe garantir um mínimo aos que não podem pagar, ficando para o setor privado o atendimento aos cidadãos consumidores. Como principais características destaca-se: o caráter focalizado para atender as populações vulneráveis, a desconcentração dos serviços e o questionamento da universalidade do acesso.

A partir do exposto, identificou-se, já nos anos 90, que os dois projetos políticos em disputa na área da saúde, o projeto privatista e o projeto da reforma sanitária apresentaram diferentes requisições para o Serviço Social¹¹ (Bravo, 1998).

O projeto privatista requisitou, e vem requisitando, ao assistente social, entre outras demandas: seleção sócio-econômica dos usuários, atuação psico-social através de aconselhamento, ação fiscalizatória aos usuários dos planos de saúde, assistencialismo através da ideologia do favor e predomínio de práticas individuais.

Entretanto, o projeto da reforma sanitária vem apresentando como demandas que o assistente social trabalhe as seguintes questões: busca de democratização do acesso as unidades e aos serviços de saúde, atendimento humanizado, estratégias de interação da instituição de saúde com a realidade, interdisciplinaridade, ênfase nas abordagens grupais, acesso democrático às informações e estímulo a participação cidadã.

3. A recente produção do Serviço Social sobre a área da Saúde¹²

Visando compreender de que maneira o Serviço Social vem buscando produzir conhecimento e estratégias sobre a área da saúde, é que neste item serão utilizadas referências bibliográficas que buscaram pensar e/ou intervir no Serviço Social na saúde, a

11 - Como será afirmado adiante, tal disputa, e em conseqüência, as requisições para a profissão continuam presentes.

12 - Este item é resultado parcial de pesquisa desenvolvida pelos autores acerca da produção do conhecimento do Serviço Social sobre a área da saúde.

partir da realidade do final dos anos 90. A análise vai partir de três dimensões da profissão: a acadêmica, a política e o trabalho profissional nas instituições¹³.

No **aspecto acadêmico**, tomar-se-á como referência a dissertação de mestrado de Matos (2000)¹⁴. A indagação consiste em identificar qual o raio de influência do projeto da reforma sanitária e do projeto ético-político do Serviço Social no trabalho dos assistentes sociais da saúde. A busca desta resposta poderia ser realizada por diferentes caminhos. Optou-se por investigar o *debate* profissional. Assim, é que esse debate foi compreendido através da apreensão da reflexão escrita e, para tanto, foram pesquisados os artigos publicados na revista de maior circulação na área – Serviço Social e Sociedade –, bem como as comunicações apresentadas no mais importante congresso da categoria – os Congressos Brasileiros de Assistentes Sociais.

Pode-se afirmar que, na maioria, o debate do Serviço Social na Saúde vem acompanhado de uma referência ao projeto da reforma sanitária e ao projeto ético-político profissional, por mais que, muitas das vezes, não explicitamente. Entretanto, ficou patente a dificuldade da maioria em realizar – pelo menos é o que está posto na sistematização escrita – um trabalho que no cotidiano esteja norteado pelo projeto ético-político profissional e o da reforma sanitária. Ao contrário, foram os trabalhos que não realizavam reflexões sobre o cotidiano, os que conseguiam obter tal articulação.

No **aspecto político**, será resgatada aqui a contribuição de Souza (2001)¹⁵, em sua dissertação de mestrado sobre a contribuição política e profissional dos Assistentes Sociais aos Conselhos de saúde¹⁶, bem como será realizada uma análise do relatório final da gestão 1999-2002 do CFESS (Conselho Federal de Serviço Social).

13 - Tem-se por suposto que todas as dimensões da profissão têm relação com a política, pois não há neutralidade. Essa divisão é apenas didática.

14 - Uma versão condensada da parte da dissertação aqui abordada foi publicada em forma de artigo. Ver Matos (2003).

15 - Parte destas idéias está presente no artigo construído pela autora, em conjunto com Bravo. Ver Bravo e Souza (2002).

16 - Os conselhos de saúde são fóruns deliberativos, compostos por gestores, trabalhadores e usuários, são regulamentados nacionalmente através da Lei 8.142/90 e pela Resolução 33 do Conselho Nacional de Saúde, 1993.

Souza (2001) estudou todo o material sobre controle social na saúde publicado no âmbito do Serviço Social, bem como as comunicações apresentadas nos congressos da categoria, na década de 90. Também aproveitou a realização do Encontro Estadual de Seguridade Social, realizado em 2000, no Rio de Janeiro, com uma presença de 800 participantes e aplicou um questionário para os assistentes sociais presentes.

O resultado a que a autora chegou nos informa uma tendência otimista do Serviço Social, já que há uma preocupação com o controle social da política de saúde e o potencial de contribuição que a profissão pode proporcionar.

Sobre a concepção dos conselhos, presente nos trabalhos escritos pelos assistentes sociais ou no resultado dos questionários, a autora identificou duas tendências: o otimismo utópico e o pessimismo realista (com duas sub-tendências: conselho como espaço de cooptação ou conselho como um espaço tenso e contraditório, mas com potencial democratizante).

Apesar do resultado otimista, Souza (2001) apresenta algumas preocupações: poucos trabalhos de assessoria aos conselhos desenvolvidos por assistentes sociais, pouca participação dos assistentes sociais de unidades de saúde nos conselhos e uma incidência pequena (uma assistente social) participante de conselho com uma concepção de saúde voltada para o mercado.

O Conselho Federal de Serviço Social é sem dúvida a entidade nacional de representação desta categoria. Assim sendo, examinar as suas frentes de ação política é identificar qual tem sido a bandeira organizativa desta profissão. Um dos eixos de suas frentes foi "Trabalho, direitos e democracia: a resistência ao neoliberalismo", onde é reafirmada a defesa das políticas públicas, sendo o compromisso com a seguridade social pública uma estratégia central. Para tanto, essa luta não se dá de uma maneira endógena e sim, em articulação com outros trabalhadores, onde os espaços de controle social são fundamentais. Daí, pode-se observar que no período que o relatório cobre (1999-2002), o CFESS participou de diversos espaços: do Conselho Nacional de Saúde – CNS (representando o conjunto dos trabalhadores da saúde), bem como da 11ª Conferência Nacional de Saúde, do II Encontro Nacional de Conselheiros de Saúde, da Plenária Nacional de Saúde, da Plenária Nacional

dos Conselhos de Saúde e das Conferências Nacionais de Vigilância Sanitária e de Saúde Mental.

O CFESS na arena da saúde, tal qual nas outras áreas das políticas sociais públicas, possui reconhecimento enquanto entidade que tem como estratégia o fortalecimento da política pública, na perspectiva da democratização do Estado e da sociedade brasileira. Durante o período que o relatório abraça, cabe destacar a intervenção da entidade no debate sobre a Norma Operacional Básica sobre Recursos Humanos (NOB-RH); sobre o impacto dos cursos seqüenciais (que a Lei de Diretrizes e Bases da Educação propõe) na área da saúde; o aprofundamento da questão da humanização e acessibilidade no CNS; a intervenção, em conjunto com outras entidades, para a legalização dos cursos de residência para os profissionais não médicos; a discussão sobre a relevância do assistente social na composição das equipes do PSF (Programa de Saúde da Família), enquanto estratégia de melhoria da qualidade do atendimento e não por uma questão corporativista (o que culminou com a aprovação de uma moção sobre esse ponto na 11ª Conferência Nacional de Saúde) e o incentivo à qualificação da atuação do Assistente Social na área, no qual o documento “Assistente Social: trabalhador da saúde” é um exemplo.

Portanto, fazendo um paralelo entre as conclusões de Souza (2001) e o relatório do CFESS, pode-se considerar que, na atualidade, tem-se uma entidade forte e combativa na defesa das políticas públicas, incluso às da saúde. Entretanto, esta realidade e predisposição de luta nos espaços de controle social (no qual os Conselhos são estratégicos) ainda não foram apropriadas pelos Assistentes Sociais e nem incorporadas como atividade integrante do seu trabalho.

No aspecto do trabalho desenvolvido nos serviços é a tese de doutorado de Vasconcelos (1999)¹⁷ e a dissertação de mestrado de Costa (1998)¹⁸ que apresentam as ferramentas para análise. Vasconcelos (1999) entrevistou 78 assistentes sociais que trabalham na rede de saúde do município do Rio de Janeiro e concluiu que há uma diferença muito grande entre a

17 - Publicado em forma de livro no ano de 2002. Ver Vasconcelos (2002).

18 - Uma versão condensada da parte da dissertação aqui abordada foi publicada em forma de artigo. Ver Costa (2000).

intenção e discurso dos Assistentes Sociais com o trabalho desenvolvido. Pois, os assistentes sociais verbalizam um compromisso com a população usuária, mas não o conseguem transformá-lo em prática concreta. Assim, identificou que estes profissionais ainda reforçam os objetivos da instituição e não os do projeto ético-político da profissão.

Costa (1998) realizou um estudo com o objetivo de identificar o porque de apesar do Serviço Social ser a quarta maior categoria no âmbito do SUS, os seus profissionais reiteram um discurso de imprecisão da profissão e de desqualificação técnica na área da saúde. Assim, tomou como universo de sua pesquisa os serviços públicos de saúde de Natal (RN). A autora parte do princípio de que só se pode pensar o trabalho dos assistentes sociais, tomando como marco de análise o trabalho coletivo em saúde. A partir daí, Costa (1998) afirma que a legitimidade do Serviço Social na saúde se dá pelo avesso, pois esta profissão vem tendo sua utilidade nas contradições fundamentais da política de saúde. Mas, isto não vem sendo encarado pelos profissionais de Serviço Social como trabalho, daí a imprecisão discursada pelos mesmos. Obviamente, a autora acredita na possibilidade de uma outra ação do Serviço Social na área da saúde, mas considera que a superação do modelo médico hegemônico, com vistas a efetivação do projeto da reforma sanitária, é essencial para a reconstrução dos processos de trabalho em saúde, onde se insere o trabalho dos Assistentes Sociais.

Observa-se, tanto nas dissertações de Matos (2000), de Souza (2001) e de Costa (1998) e na tese de doutoramento de Vasconcelos (1999) que o desafio em comum identificado pelos autores é a necessidade de se consolidar a ruptura com o Serviço Social tradicional, para tanto se faz necessário fortalecer o projeto de “intenção de ruptura”, responsável pela construção do atual projeto ético-político profissional e, em especial, avançá-lo para os serviços, para o cotidiano de trabalho do assistente social.

4. Desafios postos na Atualidade para o Serviço Social na Saúde

Ao analisar a trajetória do Serviço Social na área da saúde e, principalmente nos anos 90, identifica-se que alguns desafios ainda estão postos na atualidade.

A eleição de Luís Inácio Lula da Silva, em 2002, para a presidência da república, foi o resultado da reação da população brasileira às medidas implantadas no período anterior. No seu programa de governo, a saúde é entendida como um direito fundamental e há o compromisso em garantir o acesso universal, equânime e integral às ações e serviços de saúde. O Ministério da Saúde tem apontado como principais desafios: a incorporação da agenda ético-política da Reforma Sanitária; a construção de novos modelos de fazer saúde com base na integralidade, a intersectorialidade e a atuação em equipe; o estabelecimento da cooperação entre ensino-gestão-atenção; controle social e a supressão dos modelos assistenciais verticais e voltados somente para a assistência médica. Como principais diretrizes para a atual gestão são destacadas: a ampliação do atendimento no SUS, de modo especial na atenção básica; o combate às endemias; e a melhoria do acesso aos medicamentos.

Algumas estratégias também têm sido ressaltadas para viabilização dos objetivos e metas a serem alcançados, cabendo destacar: a política de educação para o SUS (mudança na prática e formação); a capacitação continuada de conselheiros de saúde; o acesso à informação; a ênfase na educação para saúde; a ampliação das contratações de agentes comunitários de saúde e a efetivação de outras contratações (auxiliar e técnico de saneamento, agentes de vigilância sanitária e agentes de saúde mental); e o fortalecimento do Programa de Saúde da Família, transformando os pólos de capacitação específicos em capacitação de recursos humanos.

A análise que se faz, por conseguinte, após esses anos de governo é que a política macroeconômica do governo anterior foi mantida. As políticas sociais continuam fragmentadas e subordinadas a lógica econômica. Nessa setorização, a concepção de seguridade social não foi valorizada.

A partir do exposto, considera-se que, na atualidade, os dois projetos existentes na saúde, referidos anteriormente, ainda estão em disputa: o projeto da reforma sanitária x o projeto privatista. O atual governo ora fortalece o primeiro projeto e ora mantém a focalização e o desfinanciamento, características do segundo .

O Serviço Social não passa ao largo desta tensão. Ao mesmo tempo em que a década de 1990 é marcada pela hegemonia da tendência intenção de ruptura e , não por acaso, o

Serviço Social é uma profissão, já em sua maioria intelectual; é também, nesta mesma década, que se identifica a ofensiva conservadora a esta tendência. A crítica à tendência intenção de ruptura não se apresenta como antimarxista e sim afirmando que o marxismo não apresenta respostas para o conjunto dos desafios postos a profissão pela contemporaneidade. Segundo Netto (1996a), as críticas apresentam em comum o fato de apontarem como problemas o dogmatismo, quando de fato trata-se de ortodoxia, e os equívocos da tradição marxista, quando na realidade tratar-se-ia de possíveis lacunas desta tradição no âmbito do Serviço Social.

Na saúde, onde esse embate claramente se expressa, a crítica ao projeto hegemônico da profissão passa pela reatualização do discurso da cisão entre o estudo teórico e a intervenção, pela descrença da possibilidade da existência de políticas públicas e, sobretudo, na suposta necessidade da construção de um saber específico na área da saúde, que caminha tanto para a negação da formação original em Serviço Social ou deslança para um trato exclusivo de estudos na perspectiva da divisão clássica da prática médica.

Sobre o último eixo assinalado, cabe aqui apresentar três expressões. A primeira é a constatação de que ainda existe na categoria segmentos de profissionais que, ao realizarem a formação em saúde pública, passam a não se identificar mais como assistentes sociais, recuperando uma auto-apresentação de sanitaristas. A segunda tendência, na atualidade com mais vigor, é a de resgatar no exercício profissional um privilegiamento da intervenção no âmbito das tensões produzidas subjetivamente pelos sujeitos e tem sido autodenominada pelos seus executores como Serviço Social Clínico. E por fim, percebe-se gradativamente o discurso da necessidade da criação de entidades ou da realização de fóruns de capacitação e debates dedicados a importância da produção do conhecimento sobre o Serviço Social nas diferentes áreas de especialização da prática médica.

Sobre esses pontos, cabem algumas reflexões. O problema não reside no fato dos profissionais de Serviço Social buscarem estudos na área da saúde. O dilema se faz presente é quando este profissional, devido aos méritos de sua competência, passa exercer outras atividades (direção de unidades de saúde, controle dos dados epidemiológicos e etc.), e não mais as identifica como as de um Assistente Social. Assim, o profissional recupera – por vezes

impensadamente – uma concepção de que fazer Serviço Social é exercer apenas o conjunto de ações que historicamente lhe é dirigido na divisão do trabalho coletivo em saúde. Este consiste apenas na ação direta com os usuários, o que Netto (1990) denomina de execução terminal da política social. As novas demandas colocadas como gestão, assessoria e a pesquisa como transversal ao trabalho profissional que estão explicitadas na Lei de Regulamentação da Profissão (1993) e nas Diretrizes Curriculares, aprovadas pela ABEPSS (1996), na maioria das vezes, não são consideradas.

Uma outra questão é a tentativa de obscurecer a função social da profissão na divisão social e técnica do trabalho, pois o problema não está no domínio de teorias que abordam o campo *psi* ou sobre doenças, mas sim quando este profissional se distancia, no cotidiano de seu trabalho profissional, do objetivo da profissão, que na área da saúde passa pela compreensão dos aspectos sociais, econômicos, culturais que interferem no processo saúde-doença e a busca de estratégias para o enfrentamento destas questões. O exercício profissional do assistente social não se reduz a ação exclusiva sobre as questões subjetivas vividas pelo usuário e nem pela defesa de uma suposta particularidade entre o trabalho desenvolvido pelos assistentes sociais nas diferentes especialidades da medicina. Esta última perspectiva, fragmenta a ação do assistente social na saúde e reforça a concepção de especialização nas diversas patologias médicas, situação que tem sido colocada pelas demais profissões de saúde como necessária de superação. As novas diretrizes das diversas profissões têm ressaltado a importância de formar trabalhadores de saúde para o Sistema Único de Saúde com visão generalista e não fragmentada.

O trabalho do assistente social na saúde deve ter como eixo central a busca criativa e incessante da incorporação dos conhecimentos e das novas requisições à profissão, articulados aos princípios dos projetos da reforma sanitária e ético-político do Serviço Social. É sempre na referência a estes dois projetos que se poderá ter a compreensão se o profissional está de fato dando respostas qualificadas as necessidades apresentadas pelos usuários.

Assim, compreende-se que cabe ao Serviço Social – numa ação necessariamente articulada com outros segmentos que defendem o aprofundamento do Sistema Único de Saúde (SUS) – formular estratégias que busquem reforçar ou criar experiências nos serviços de

saúde que efetivem o direito social à saúde, atentando que o trabalho do assistente social na saúde que queira ter como norte o projeto-ético político profissional tem que, necessariamente, estar articulado ao projeto da reforma sanitária (Matos, 2003). Considera-se que o nosso código de ética apresenta ferramentas fundantes para o trabalho dos Assistentes Sociais na saúde. Destaca-se entre seus onze (11) princípios fundamentais:

- “Defesa intransigente dos direitos humanos e recusa do arbítrio e do autoritarismo”;
- “Posicionamento em favor da equidade e justiça social, que assegure universalidade de acesso aos bens e serviços relativos aos programas e políticas sociais, bem como sua gestão democrática”;
- “Articulação com os movimentos de outras categorias profissionais que partilhem dos princípios deste código e com a luta geral dos trabalhadores”;
- “Compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população e com o aprimoramento intelectual, na perspectiva da competência profissional”.

Ou seja, pensar hoje uma atuação competente e crítica do Serviço Social na área da saúde, ao nosso ver, é:

- Estar articulado e sintonizado ao movimento dos trabalhadores e de usuários que lutam pela real efetivação do SUS;
- Facilitar o acesso de todo e qualquer usuário aos serviços de saúde da Instituição, bem como de forma compromissada e criativa não submeter a operacionalização de seu trabalho aos rearranjos propostos pelos governos que descaracterizam a proposta original do SUS de direito, ou seja, contido no projeto de Reforma Sanitária;
- Tentar construir e/ou efetivar, conjuntamente com outros trabalhadores da saúde, espaços nas unidades que garantam a participação popular e dos funcionários nas decisões a serem tomadas;

- Elaborar e participar de projetos de educação permanente, buscar assessoria técnica e sistematizar o trabalho desenvolvido, bem como estar atento sobre a possibilidade de investigações sobre temáticas relacionadas à saúde.

Enfim, não existem fórmulas prontas na construção de um projeto democrático e a sua defesa não deve ser exclusividade apenas de uma categoria profissional. Por outro lado, não se pode ficar acuado frente aos obstáculos que se apresentam na atualidade e nem desconsiderar que há um leque de pequenas, mas não menos importantes, atividades e alternativas a serem desenvolvidas pelos profissionais de Serviço Social. Mais do que nunca, os assistentes sociais estão desafiados a encarar a defesa da democracia, das políticas públicas e consubstanciar um trabalho – no cotidiano e na articulação com outros sujeitos que partilhem destes princípios – que faça frente ao projeto neoliberal, já que este macula direitos e conquistas defendidos pelos seus fóruns e pelas legislações normativas da profissão. É nas palavras leves da poesia, que se encontra a dimensão do desafio: “Quebrando pedras, plantando flores” (Cora Coralina).

Referências Bibliográficas

BONETTI, D. et al. **Serviço Social e Ética: Convite a uma nova práxis**. São Paulo: Cortez, 1996.

BRASIL. **Constituição Federal de 1988**. Brasília, 1988.

BRAVO, M. I. S. **Questão da saúde e Serviço Social**. As práticas profissionais e as lutas no setor. São Paulo: PUC-SP (Tese de doutoramento), 1991. (mimeo).

_____. **Serviço Social e Reforma Sanitária: Lutas Sociais e Práticas Profissionais**. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UFRJ, 1996.

_____. **Superando Desafios - O Serviço Social na Saúde na década de 90**. In: *Superando Desafios - Cadernos do Serviço Social do HUPE (03)*. Rio de Janeiro: UERJ, 1998.

MATOS, Maurílio. **A Saúde no Brasil: Reforma Sanitária e Ofensiva Neoliberal**. In: BRAVO, Maria Inês e PEREIRA, Potyara. *Política Social e Democracia*. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2001.

BRAVO, Maria Inês e SOUZA, Rodriane de Oliveira. **Conselhos de Saúde e Serviço Social: luta política e trabalho profissional**. In: *Ser Social – Revista do Programa de Pós-graduação em política Social (10)*. Brasília: UnB, 2002.

CERQUEIRA FILHO, Gisálio. **A “questão social” no Brasil**. Crítica do discurso político. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1982.

CFESS. **Código de Ética do Assistente Social**. (3ª edição revista e atualizada). Brasília: CFESS, 1997.

_____. **Brasil, mostra tua cara – Relatório final – gestão 1999-2002**. Rio de Janeiro / Brasília: CFESS, 2002.

CORALINA, Cora. **Meu livro de cordel**. Rio de Janeiro: Global, 1985.

COSTA, Maria Dalva H. **Os elos invisíveis do processo de trabalho em saúde: um estudo sobre as particularidades do trabalho dos assistentes sociais nos serviços públicos de saúde nos anos 90 em Natal (RN)**. Recife: UFPE (Dissertação de Mestrado), 1998. (mimeo).

_____. **O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos(as) assistentes sociais**. In: *Revista Serviço Social e Sociedade (62)*. São Paulo: Cortez, 2000.

COSTA, Nilson R. **Lutas urbanas e controle sanitário**. Rio de Janeiro: Vozes, 1986.

FERNANDES, Florestan. **Nova república?** Rio de Janeiro: Zahar, 1986.

GUIMARÃES, R.; TAVARES, R. (orgs.). **Saúde e Sociedade no Brasil: Anos 80**. Rio de Janeiro: Relume-dumará, ABRASCO, IMS-UERJ, 1994.

IAMAMOTO, M.; CARVALHO, R. **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil**. São Paulo: Cortez e Celats, 1982.

IAMAMOTO, M. **O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. São Paulo: Cortez, 1998.

LUZ, Madel Therezinha. **Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de “transição democrática” – anos 80**. In: Revista Physis (01). Rio de Janeiro: Relume Dumará e IMS-UERJ, 1991.

MATOS, Maurílio Castro. **O Debate do Serviço Social na Saúde na Década de 90: sua relação com o projeto ético-político profissional e com o projeto da reforma sanitária**. Rio de Janeiro: ESS-UFRJ (Dissertação de Mestrado), 2000. (mimeo).

_____. **O Debate do Serviço Social na Saúde na Década de 90**. In: Revista Serviço Social e Sociedade (74). São Paulo: Cortez, 2003.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal**. In: MENDES, Eugênio Vilaça (org.). Distrito Sanitário – O processo social de mudança das práticas do Sistema Único de Saúde 4. ed. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1999.

NETO, Eleutério Rodrigues. **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 o controle social no SUS. Brasília: Ministério da Saúde/Brasil, 1994.

NETTO, José Paulo. **Ditadura e Serviço Social - Uma análise do Serviço Social no Brasil pós-64**. 3. ed. São Paulo: Cortez, , 1996.

_____. **Transformações societárias e Serviço Social – notas para uma análise prospectiva da profissão no Brasil**. In: Serviço Social (50). São Paulo: Cortez, 1996a.

NICOLETTI, Lenita. **Planificação em saúde e participação comunitária**. In: Revista Serviço Social e Sociedade (01). São Paulo: Cortez, 1979.

OLIVEIRA, Jaime A; TEIXEIRA, Sônia. M. F. **(Im)previdência social: 60 anos de história da previdência no Brasil**. Rio de Janeiro: Vozes/ ABRASCO, 1986.

PALOCCI FILHO, Antônio. (Coordenador). **Programa de Governo**. Coligação Lula Presidente. São Paulo, 2002.

Coordenador. **A Política de Saúde – Um Brasil para todos**. In: Revista Saúde em Debate (62). Rio de Janeiro: CEBES, set-dez, 2002.

SADER, E; GENTILI, P (orgs.). **Pós-neoliberalismo** - As Políticas Sociais e o Estado Democrático. 3. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1996.

SANTOS, Wanderley Guilherme. **Cidadania e Justiça**. Rio de Janeiro: Campus, 1979.

SOUZA, Rodriane de Oliveira. **Serviço Social na Saúde**: Contribuições políticas e profissionais ao exercício do controle Social. Rio de Janeiro: ESS-UFRJ (Dissertação de Mestrado), 2001 (mimeo).

VASCONCELOS, Ana Maria. **Tendências da prática profissional do Assistente Social na atenção à Saúde no município do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro: ESS-UFRJ (Tese de doutoramento), 1999 (mimeo).

_____. **A prática do Serviço Social. Cotidiano, formação e alternativas na área da saúde**. São Paulo: Cortez, 2002.