

3. O Serviço Social e o espaço institucional da saúde como campo de atuação profissional

Como política social pública, a saúde sempre representou um grande campo de atuação profissional para o assistente social e ao longo das décadas a participação dos assistentes sociais no planejamento e execução de ações na área da saúde se deu de forma diferenciada. Através dessa participação, inúmeras foram as contribuições para os diversos perfis profissionais que temos hoje em atuação dentro do Serviço Social na saúde.

Também ao longo desses anos, muitas foram as mudanças no cenário da categoria profissional, bem como no cenário da política de saúde, como uma política social pública.

Dentre dessa trajetória o período de 1930 a 1945 caracterizou o surgimento da profissão do Serviço Social no Brasil com grande influência européia e a área da saúde neste momento ainda não era a que mais concentrava um maior quantitativo de profissionais, mesmo identificando que a formação profissional de algumas escolas já estavam sendo pautadas em algumas disciplinas relacionadas a saúde. Ou seja, apesar da saúde já estar diretamente imbricada na formação profissional do assistente social e algumas escolas terem surgido já motivadas por demandas do setor saúde, ainda nesse momento era considerada pequena a interlocução entre Serviço Social e saúde.

A partir de 1945 o Serviço Social se espante no país e a ação profissional na área da saúde também se amplia. É a partir desse momento que o setor saúde transforma-se numa das áreas que mais absorve profissionais do Serviço Social, além disso, é a partir dessa década que a profissão substitui a influência européia pela norte americana. Essa alteração de influência traz como ponto principal na ação profissional a substituição do julgamento moral por uma análise de cunho psicológico da população-cliente.

Segundo Bravo e Matos (2004) o fato que motivou a ampliação do espaço profissional para o assistente social na área da saúde teve seu marco no novo conceito de saúde elaborado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1948, quem enfocou os aspectos biopsicossociais determinando a requisição

de outros profissionais no setor saúde dentre eles o assistente social. Esse novo conceito buscou já nessa época, a abordagem de conteúdos preventivistas e educativos, criando programas prioritários com segmentos da população em função da inviabilidade ainda de universalizar a atenção médica e social.

Com base ainda nesse novo conceito os assistentes sociais passaram a enfatizar nessa prática cotidiana as ações educativas com intervenção normativa no modo de vida da chamada “clientela”. Essa intervenção estava relacionada principalmente aos hábitos de higiene e saúde da população.

Com a consolidação da Política Nacional de Saúde ocorreu uma considerável ampliação dos gastos com assistência médica pela previdência social, porém essa assistência ainda não era universal o que gerou uma grande contradição entre a demanda surgida e o caráter excludente e seletivo dentro das unidades de saúde. Nesse período os assistentes sociais passam a atuar dentro dos hospitais numa postura de mediador entre a instituição e a população. Para tentar viabilizar um maior acesso desses usuários aos serviços e benefícios os profissionais utilizavam-se de ações como: plantão, triagem ou seleção, encaminhamento e orientação previdenciária.

De acordo com Iamamoto e Carvalho (1982, p.75),

Os benefícios passaram a ser custeados total ou parcialmente pelos próprios beneficiários. Na lógica da estruturação de tais serviços, não há o componente distributivista, mais existe a preocupação de favorecer o capital. O conceito que passa a reger os programas assistenciais é o de salário social indireto que incorpora ao salário vários serviços ao trabalhador que a “coletividade paga”, 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 direta, 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.”.

A partir de 1950 o Brasil passou a sofrer influências da “medicina integral”, a “medicina preventiva”, tal influência foi oriunda dos Estados Unidos. Essa proposta, identificada como proposta racionalizadora na saúde teve uma série de desdobramentos a partir da década de 60. Entre esses rebatimentos, está o surgimento da medicina comunitária. Porém, tais mudanças não repercutiram no trabalho já desenvolvido pelos assistentes sociais na saúde no

Brasil, eles mantiveram como ponto central de sua ação os hospitais e ambulatórios.

Segundo Costa (1986), em meados da década de 1920 o Brasil já contava com centros de saúde onde os serviços básicos eram: a higiene pré-natal, infantil e pré-escolar, combate à tuberculose e verminoses e laboratório. Tais atividades tinham como proposta fundamental prestar esclarecimentos à população quanto à educação sanitária, por intermédio de educadores de higiene. Os assistentes sociais não foram absorvidos neste espaço, pelo menos nesse momento. Os centros de saúde contavam apenas com médicos, enfermeiras e visitadoras.

Segundo Bravo (2004), apesar de um intenso trabalho realizado nos centros de saúde onde grande parte das atividades desenvolvidas pelas visitadoras, poderia ser absorvida pelos assistentes sociais, porém a exigência do momento concentrava-se na ampliação da assistência médica hospitalar. Dessa forma, os assistentes sociais acabaram priorizando suas ações no nível curativo e hospitalar, de onde demandava um maior quantitativo de profissionais que eram estritamente necessários para lidar com a contradição entre demanda, exclusão e seletividade.

Os assistentes sociais tinham uma linha de trabalho voltada para o Serviço Social de Casos, era o Serviço Social Médico, tal orientação era passada pela Associação Americana de Hospitais e pela Associação Americana de Assistentes Médico-Sociais¹.

No pós-1964 o Serviço Social sofreu algumas transformações que tiveram rebatimento direto no trabalho do assistente social na área da saúde. No debate interno da profissão questionava-se a forma conservadora com que eram realizadas as ações na área da saúde.

No período de 1965 a 1975 o Serviço Social passa a receber as influências do processo da modernização que se operava no país no âmbito das políticas sociais. As ações profissionais foram sedimentadas na prática curativa, principalmente na assistência médica previdenciária, enfatizando as técnicas de intervenção, a burocratização das atividades, a psicologização das relações

¹ A Associação Americana de Assistentes Médico-Sociais foi fundada em 1945 e em 1949 foi responsável pela publicação de algumas diretrizes a serem aplicadas pelos assistentes sociais nos hospitais, nas clínicas e nos sanatórios.

sociais e a concessão de benefícios. Até 1979 não houve grande alteração no processo organizativo do Serviço Social na área da saúde.

A década de 80 chega e com ela um dos marcos na política de saúde brasileira, o Movimento da Reforma Sanitária. Apesar do Movimento de Reforma Sanitária representar uma luta por uma saúde mais justa de acesso universal como direito social de todo cidadão, o Serviço Social no Brasil estava imbricado no seu próprio processo de renovação e esse fato acabou afastando os profissionais de outros debates de grande importância na construção de um cenário mais democrático no espaço nacional.

Toda discussão interna da profissão na busca de crescimento, fundamentação e consolidação teórica deslocou-se do cotidiano dos serviços e poucas foram as mudanças apresentadas nas ações de intervenção. Esse é um fato que ainda hoje repercute na atuação do Serviço Social na área da saúde.

De acordo com Bravo (2004, p. 34):

O processo de renovação de 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 nexo direto com outros debates, também relevantes, que buscavam a construção de práticas democráticas, como movimento pela reforma sanitária. Na nossa análise esses são os sinalizadores para o descompasso da profissão com a luta pela assistência pública na saúde. É impossível falar do Serviço Social sem se referenciar aos anos 80. Estes são fundamentais para o entendimento da profissão hoje.

Bravo (2004) enfatiza ainda que no balanço geral do Serviço Social na área da saúde dos anos 80, mesmo com todas as lacunas no fazer profissional, observou-se uma mudança de posição com adoção de uma postura um pouco mais crítica dos profissionais com relação as atividades desenvolvidas nas unidades de saúde e tal reflexo pôde ser percebido nos trabalhos apresentados em Congressos da categoria e nos Congressos Brasileiros de Saúde Coletiva de 1985 e 1989.

Todo histórico institucional do Serviço Social na área da saúde aliado a conjuntura ideológica do projeto neoliberal em implantação no país, trouxe consideráveis rebatimentos para o Serviço Social na área da saúde na década de 90, que passava a apresentar dois projetos políticos em disputa na área da

saúde, o projeto privatista e o projeto da reforma sanitária e ambos apresentaram requisições diferentes para o Serviço Social.

Segundo Bravo (2004) o projeto privatista requisitou e continua requisitando ao assistente social ações que seguem na contra mão da proposta da Reforma Sanitária, ou seja, os profissionais voltam a atuar realizando aconselhamento psicossocial, fiscalização de usuários, assistencialismo através da ideologia do favor e predomínio de abordagens individuais. Os assistentes sociais se vêem em meio a uma formação voltada para a equidade, justiça social e democracia, tendo que atuar em uma área, anteriormente marcada pela luta por equidade e universalidade no acesso e agora transpassada por projetos diferentes, antagônicos e que disputam espaço dentro da política de saúde brasileira.

Esse cenário apresentado no início da década de 90 fez com que o Serviço Social assumisse algumas posturas diferenciadas dentro do cotidiano das unidades de saúde. Apesar das inúmeras publicações e discussões promovidas dentro dos espaços acadêmicos, a interlocução com o espaço prático de atuação profissional demonstrava pouca aproximação, o que favoreceu para que o desenvolvimento das atividades e ações profissionais, em muitas unidades de saúde, assumisse um caráter empírico, promovendo certa desqualificação da ação profissional e em muitos casos a dificuldade de identificação do papel profissional a ser desenvolvido pelo assistente social no espaço multidisciplinar da saúde.

Os reflexos dessa dificuldade de identificação transparecem não só para os demais profissionais de saúde que atuam nas equipes multidisciplinares, mas também entre os próprios assistentes sociais, que manifestam suas incertezas com relação ao seu papel profissional em publicações que trazem à tona a dificuldade desses profissionais em entender qual o referencial teórico, metodológico e técnico deve ser adotado para a construção de uma atuação profissional que esteja comprometida com a ética e com as diretrizes de uma proposta democrática na saúde.

As instituições demandam repostas emergenciais e a prática profissional acaba ganhando um caráter solidificado e enrijecido, sem uma articulação e uma avaliação crítica constante por parte dos próprios profissionais, para a reconstrução de suas práticas e a interlocução de seu fazer profissional dentro

da saúde, baseado em referenciais teóricos não só da própria categoria, mas também do que está no pano de fundo da política pública de saúde brasileira, suas alterações, requisições, definições, etc. Segundo Iamamoto (2000: p.89):

As constantes redefinições conformam mais uma “passagem da prática” do que uma prática cristalizada o que muitas vezes é vivido pela categoria como uma “crise profissional”. Essa crise não é mais do que a expressão, na consciência de seus agentes, da temporalidade dessas práticas, da necessidade de redefinições.

Essa chamada “crise profissional” passou a ser reavaliada ao longo dos anos 90 o que proporcionou aos dias atuais novas propostas de trabalho por parte dos assistentes sociais em diversas unidades de saúde. Os assistentes sociais voltaram a buscar qualificação profissional através dos cursos de especialização, extensão e supervisão.²

No espaço da saúde em especial, os assistentes sociais têm buscado sobressair como profissional de saúde que tem sua formação voltada ao conceito ampliado de saúde, ou seja, à consciência que os fatores determinantes e condicionantes da saúde além de todo o escopo da política de saúde como política social pública, nada mais são do que instrumentos de trabalho para o assistente social. O conhecimento e a capacidade de manejo desses instrumentos fazem o diferencial para a atuação profissional do assistente social dentro de uma equipe multidisciplinar de saúde.

Como descreve Sarreta (2008), o Serviço Social se sobressai no endosso ao reconhecimento dos fatores determinantes e condicionantes das condições de saúde, para o enfrentamento das expressões da questão social. A profissão vem produzindo conhecimento e alternativas para enfrentar as dificuldades vivenciadas no cotidiano, provocando o alargamento do trabalho profissional, que, associada à produção de conhecimento e constante qualificação, tem ampliado a inserção do profissional na área da saúde.

O desafio atual para o Serviço Social passa pela construção de uma proposta crítica e criativa de trabalho que consiga conciliar o papel profissional

² O Centro Brasileiro de Cooperação e Intercâmbio em Serviços Sociais (CBCISS) publicou em 2001 na sua revista de número 87 um artigo que informava em dados quantitativos o retorno dos assistentes sociais ao espaço acadêmico. Tal artigo enfatizou a importância do aprimoramento teórico e técnico para uma maior qualificação e reconhecimento profissional dentro dos espaços de atuação.

dentro de uma equipe multidisciplinar, a conquista e ampliação do espaço profissional dentro das unidades de saúde sem perder de foco a busca constante pela consolidação da saúde como direito social de todo cidadão, tendo como norte o projeto ético político profissional e a base democrática de acesso universal igualitário, com equidade e justiça social proposto pela Reforma Sanitária.

3.1.

Assistente social - profissional de saúde: possibilidades e desafios em um cenário de desconstrução de direitos sociais

Um dos pontos que passaram a nortear o trabalho profissional do assistente social na saúde foi o Código de Ética Profissional aprovado em 1993³. Tal código representou para a profissão um projeto profissional, denominado pela categoria como projeto ético-político profissional, por ter sido construído e legitimado pelo debate profissional, contemplando o pluralismo como elemento fundamental tanto da sociedade quanto do exercício profissional.

As proposições enunciadas no projeto ético-político do Serviço Social e materializadas no Código de Ética convergem e refletem o movimento de Reforma Sanitária Brasileira, visando efetivar a universalidade do acesso à saúde, por meio de políticas públicas efetivas, já que sua implementação destina-se a amenizar as diferenças e injustiças instaladas na sociedade e considerar mecanismos que permitam ampliar as possibilidades de acesso a bens e serviços produzidos.

De acordo com Netto (2006), os valores, idéias, opções, éticas e políticas, que caracterizam o projeto ético-político do Serviço Social assinalam o compromisso com os interesses da classe trabalhadora brasileira, portanto, antagônico ao projeto defensor do neoliberalismo, que vem promovendo a redução de direitos sociais, a privatização do Estado, o sucateamento dos serviços públicos e a redução das políticas sociais.

³ O Código de Ética Profissional dos assistentes sociais foi aprovado em 15 de março de 1993 pela Resolução CFESS Nº 273/93 de 13 de março de 1993.

Ou seja, o projeto ético-político do Serviço Social tem relação direta com a proposta do ideário que orienta a Reforma Sanitária Brasileira e que sustenta a construção do Sistema Único de Saúde, que tem como referência central fortalecer a descentralização político-administrativa, a participação popular e a concepção integral de saúde, com o objetivo de superar o modelo curativo que visa atender exclusivamente os interesses e as demandas do mercado.

Para tanto, o movimento considera, nesse processo, as responsabilidades do Estado na implementação de políticas sociais e de ações intersetoriais, para o desenvolvimento de uma política de saúde que programe ações e medidas eficazes ao reduzir as desigualdades sociais na perspectiva de qualidade de vida.

Para a implantação e desenvolvimento do Sistema Único de Saúde no país o papel da força de trabalho atuante nas unidades de saúde, bem como nos aparelhos de gestão e coordenação de programas e projetos de saúde pública, se tornou de grande relevância e cada profissional de saúde, com seu conhecimento técnico e político, passa a ter uma participação especial dentro do escopo da política de saúde pública no Brasil e, dentre eles, o assistente social.

Segundo Bravo (2006), a implantação e desenvolvimento do SUS no país vem requerendo a atuação do assistente social no processo de (re)organização dos serviços, nas ações interdisciplinares e intersetoriais, no controle social, entre as demandas que expressam a abrangência do conceito de saúde vigente, especialmente nos municípios, onde se concretizam as ações e serviços de saúde, buscando fortalecer a perspectiva da universalização do acesso a bens e serviços relativos aos programas e políticas sociais.

Visando atender as necessidades e demandas desse Sistema, a profissão vem produzindo conhecimentos e alternativas para enfrentar as dificuldades vivenciadas no cotidiano, provocando o alargamento da prática profissional, que, associado à produção de conhecimentos e à qualificação profissional, tem ampliado a inserção do assistente social na área da saúde e, ao mesmo tempo, vem legitimando o seu trabalho, ampliando as possibilidades de acesso e de inclusão social.

O Serviço Social na área da saúde consegue se destacar em relação aos demais profissionais de saúde por ter conhecimento teórico e técnico dos fatores condicionantes e determinantes da saúde da população. Dito de outra forma, ele

é o profissional que tem em sua formação conhecimento sobre as demais políticas sociais públicas que precisam estar atreladas à política de saúde para dar conta de fatores como trabalho, renda, alimentação, moradia, educação, saneamento básico, assistência e o total acesso a bens e serviços essenciais à população que sofre as diversas expressões da questão social.

Para o reconhecimento das novas formas de produção e reprodução da questão social é necessário que o assistente social tenha como suporte a contribuição científica e o uso de tecnologias em saúde que se apresentem como caminho para desenvolver o hábito da práxis, a leitura e a constatação empírico-teórica da realidade dos usuários que frequentam diariamente as unidades de saúde pública em nosso país, bem como da própria sociedade.

Dessa forma, o reconhecimento do Serviço Social como profissão da área da saúde vem se construindo através da inserção nas políticas e programas de saúde desde o seu surgimento, visto que esta relação é constitutiva na construção da identidade da profissão no país e fortalecida na defesa do SUS como política social pública que apresenta princípios semelhantes aos preconizados pelo Serviço Social.

Este reconhecimento se deu também pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) que, através da Resolução de nº 218 de 3 de março de 1997⁴, reafirmou o assistente social como profissional da saúde e delegou ao Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) a sua caracterização.

O Conselho Federal de Serviço Social, através da Resolução de nº 383 de 29 de março de 1999⁵, dispõe sobre as atribuições específicas do assistente

⁴ O Plenário do Conselho Nacional de Saúde em sua Sexagésima Terceira Reunião Ordinária, realizada nos dias 5 e 6 de março de 1997, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, considerando que: a 8ª Conferência Nacional de Saúde concebeu a saúde como "*direito de todos e dever do Estado*" e ampliou a compreensão da relação saúde/doença como decorrência das condições de vida e trabalho, bem como do acesso igualitário de todos aos serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, colocando como uma das questões fundamentais a integralidade da atenção à saúde e a participação social; a 10ª CNS reafirmou a necessidade de consolidar o Sistema Único de Saúde, com todos os seus princípios e objetivos; a importância da ação interdisciplinar no âmbito da saúde; e o reconhecimento da imprescindibilidade das ações realizadas pelos diferentes profissionais de nível superior constitui um avanço no que tange à concepção de saúde e à integralidade da atenção. Resolve: Reconhecer como profissionais de saúde de nível superior as seguintes categorias: 1. assistentes sociais; 2. Biólogos; 3. Profissionais de Educação Física; 4. Enfermeiros; 5. Farmacêuticos; 6. Fisioterapeutas; 7. Fonoaudiólogos; 8. Médicos; 9. Médicos Veterinários; 10. Nutricionistas; 11. Odontólogos; 12. Psicólogos; 13. Terapeutas Ocupacionais.

⁵ O Conselho Federal de Serviço Social, no uso de suas atribuições legais e regimentais e considerando que a Constituição Federal vigente estabelece a saúde com um direito de todos e dever do Estado, devendo ser garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a

social na área da saúde. Tal reconhecimento constitui um instrumento importante na construção de estratégias para o exercício profissional e na busca de alternativas visando ao atendimento das necessidades sociais apresentadas pelos usuários nos serviços de saúde. Essas atribuições ressaltam a perspectiva interdisciplinar para a atenção integral, juntamente com ações intersetoriais e comunitárias que se aproximem do cotidiano da população e ampliem o reconhecimento da realidade local e regional.

Ao valorizar a perspectiva interdisciplinar, a fim de garantir a atenção a todas as necessidades da população usuária na mediação entre seus interesses e a prestação de serviços e, ao desenvolver as diversas atividades e ações na área da saúde – plantão, avaliação socioeconômica, assistência material, entrevista, trabalho com grupos, visitas domiciliares e outras, o Serviço Social contribui para um maior acesso da população ao Sistema Único de Saúde. Talvez esse seja um ponto demonstrado inclusive pela facilidade de acesso do usuário ao assistente social dentro das unidades de saúde, observado no acolhimento, na escuta diferenciada, na divulgação e informação dos programas coordenados e desenvolvidos pelos profissionais de Serviço Social.

redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde; Considerando que, a partir da 8ª Conferência Nacional de Saúde, um novo conceito de saúde foi construído, ampliando a compreensão da relação saúde-doença, como decorrência das condições de vida e de trabalho; Considerando que a 10ª Conferência Nacional de Saúde reafirmou a necessidade de consolidar o Sistema Único de Saúde, com todos os seus princípios e objetivos; Considerando que as ações de saúde devem se dar na perspectiva interdisciplinar a fim de garantir a atenção a todas as necessidades da população usuária na mediação entre seus interesses e a prestação de serviços; Considerando que atribui-se ao assistente social, enquanto profissional de saúde, a intervenção junto aos fenômenos sócio-culturais e econômicos que reduzam a eficácia dos programas de prestação de serviços nos níveis de promoção, proteção e/ou recuperação da saúde; Considerando que o assistente social, em sua prática profissional contribui para o atendimento das demandas imediatas da população, além de facilitar o seu acesso às informações e ações educativas para que a saúde possa ser percebida como produto das condições gerais de vida e da dinâmica das relações sociais, econômicas e políticas do País; Considerando que, para a consolidação dos princípios e objetivos do Sistema Único de Saúde, é imprescindível a efetivação do Controle Social e o assistente social, com base no seu compromisso ético-político, tem focalizado suas atividades para uma ação técnico política que contribua para viabilizar a participação popular, a democratização das instituições, o fortalecimento dos Conselhos de Saúde e a ampliação dos direitos sociais; Considerando que o Conselho Nacional de Saúde, através da Resolução de nº 218 de 06 de março de 1997, reafirmou o assistente social, entre outras categorias de nível superior, como profissional de saúde; Considerando, ainda, que a antedita Resolução, em seu item II, delega aos Conselhos de Classe a caracterização como profissional de saúde, dentre outros, do assistente social; Considerando que o Serviço Social não é exclusivo da saúde, mas qualifica o profissional a atuar com competência nas diferentes dimensões da questão social no âmbito das políticas sociais, inclusive a saúde; Considerando a aprovação da presente Resolução pelo Plenário do Conselho Federal de Serviço Social, em reunião ordinária realizada em 27 e 28 de março de 1999; Resolve: Art. 1º - Caracterizar o assistente social como profissional de saúde. Art. 2º - O assistente social atua no âmbito das políticas sociais e, nesta medida, não é um profissional exclusivamente da área da saúde, podendo estar inserido em outras áreas, dependendo do local onde atua e da natureza de suas funções.

Outro aspecto que também pode ser observado no trabalho do assistente social dentro das unidades de saúde, embora esta não seja uma característica exclusiva deste profissional, é o desenvolvimento da capacidade de identificação das demandas no âmbito da saúde e de extrair destas demandas as reais necessidades sociais e de saúde, apontando a formulação e execução de políticas sociais, projetos e programas como um direito.

Conforme já tratado nos capítulos anteriores, o movimento de contra-reforma, que desconstrói os direitos assegurados na legislação e reduz as políticas sociais no país, leva o Serviço Social a refletir e buscar novos caminhos para a conquista do direito universal e integral à saúde, do acesso e da qualidade do atendimento, orientado-se pelos princípios e diretrizes assinaladas. Ao imprimir uma postura investigativa no trabalho, o assistente social fortalece a atividade profissional, determinada e influenciada pela realidade social. Ao valorizar a atividade científica por meio da pesquisa, gera dados ligados às condições de vida da população, à reprodução das relações sociais e à implementação das políticas sociais.

De acordo com Sarreta (2008), estes são procedimentos significativos no cotidiano, que se aperfeiçoam pela busca de conhecimento e de aprimoramento técnico-operativo e teórico-metodológico, com vistas ao fortalecimento do trabalho. São funções e respostas que a profissão vai desenvolvendo, em razão das necessidades apresentadas pela população, que acabam influenciando as demandas institucionais, bem como o papel da profissão na saúde, e que dá legitimidade para o projeto profissional, de busca da superação da situação atual.

Sendo assim, o desempenho profissional, assim como os aportes teóricos, metodológicos e ideológico, está marcado pela busca de uma referência para subsidiar a análise da realidade, considerando a realidade brasileira e o contexto onde se gestam as políticas sociais no país, inclusive a saúde. Dessa forma, a instrumentalidade construída pelo Serviço Social considera o movimento da realidade, dado através das condições para o desenvolvimento das capacidades profissionais.

Para que o assistente social inserido na área da saúde consiga desenvolver seu trabalho voltado para a garantia de acesso aos usuários, bem como aliado a uma interação com os conhecimentos técnicos e teóricos dentro

do espaço da saúde, tendo a política de saúde como seu instrumental de trabalho cotidiano, torna-se imprescindível o aprofundamento científico sobre os determinantes do trabalho profissional e dos instrumentos próprios da profissão. A busca pela autonomia no exercício profissional pode dimensionar o trabalho do assistente social no SUS, fazendo-o adotar atitudes no cotidiano para exercitar a prática contínua de documentação do trabalho, planejamento em equipe, visando ao desenvolvimento de ações e programas sempre voltados aos critérios de inclusão dos usuários no Sistema.

Como diz Sarreta (2008, p. 38),

A construção da práxis fundamentada a partir deste contato com a realidade social, suas contradições e possibilidades. Na dialética da práxis, o trabalho é influenciado pelo senso comum, com saber acrítico, imediatista, marcado pela falta de profundidade. É quando a ausência da revisão, com conteúdos teóricos em confronto com a prática, pode levar ao desprezo de instrumentos e técnicas apropriadas ao exercício profissional, produzindo um caráter assistencialista e empírico ao trabalho, distanciando-o dos critérios de cientificidade da ação profissional.

Em tempo de desconstrução de direitos sociais, onde os reflexos da política neoliberal e sua sistemática de privatização dos serviços públicos vai aos poucos se aprofundando dentro das unidades de saúde pública no país, ao assistente social na área da saúde, aqui considerado como um profissional que tem o papel de trabalhar com os usuários o conhecimento e a consciência crítica de seus direitos como usuário da saúde pública, resta a busca incessante por um exercício profissional fundamentado na perspectiva de direitos sociais coletivos, que envolvam uma dimensão política, ética e técnica, na busca de alternativas que contribuam com o processo de democratização dos serviços públicos de saúde.

3.2.

Trabalhando direitos sem ter direitos: as diferentes inserções no espaço institucional das unidades de saúde

Como dito em capítulo anterior, a saúde recebeu todos os impactos resultantes da implementação de uma política de corte neoliberal, que passou a

conceber a idéia de um Estado mínimo para os pobres e máximo para o capital, onde as políticas sociais públicas poderiam ser executadas por organizações sociais, visando a saída “de cena” do Estado com o comprometimento com o cidadão na garantia de direitos, em geral, e da saúde como direito social, em particular.

Conforme apontado por Behring e Boschetti (2010), no âmbito das políticas sociais públicas, a saúde foi a política que mais diretamente recebeu os impactos de uma transformação que influenciou diretamente a execução de suas atividades e da chamada “privatização branca”⁶, que passou a influenciar diretamente os serviços de saúde, não só com o gerenciamento de unidades, mas, também, com os procedimentos, serviços e mão de obra qualificada em saúde.

As unidades de saúde passaram a contar com alguns serviços executados por empresas terceirizadas como, por exemplo, laboratórios de análise clínicas, exames de imagens e até mesmo procedimentos de média complexidade⁷ utilizados em investigação diagnóstica.

No contexto da “privatização branca” um dos fatores que acabam influenciando diretamente a qualidade da prestação dos serviços de saúde se dá pela terceirização da mão de obra qualificada. Contratos de trabalho precários, que são utilizados pelas organizações de saúde para suprir os quadros de profissionais que na maioria das unidades de saúde pública no Brasil, encontram-se defasado, seja pela ausência de concursos públicos, seja pelo envelhecimento do quadro.

Em muitas unidades de saúde do país, inúmeros profissionais chegam ao seu tempo de aposentadoria e não há realização de concursos públicos periódicos de forma a repor essa força de trabalho, antes da necessidade em alta escala. Ou seja, as unidades vão se esvaziando e a emergência em suprir as necessidades de reposição de profissionais que compõem as equipes de saúde torna-se o elemento principal para contratações temporárias de médicos,

⁶ De acordo com Behring (2010), considera-se “privatização branca” a transferência para o “setor público não estatal” dos serviços nas áreas de ensino, saúde e pesquisa, dentre outros, transformando-se as atuais fundações públicas em organizações sociais, ou seja, entidades de direito público, sem fins lucrativos, que tenham autorização específica do Poder Legislativo para celebrar contrato de gestão com o Poder Executivo e assim ter direito a dotação orçamentária.

⁷ De acordo com Mehry (2008) a média complexidade compreende procedimentos que podem ser realizados em pequeno período de internação, com uso de pequena equipe de apoio.

enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais e tantos outros profissionais de saúde.

Essas contratações apresentam características negativas para a continuidade e efetividade dos serviços, pois geralmente os contratos apresentam tempo definido e pré-estabelecido, baixa remuneração, nenhuma cobertura previdenciária e sem as prerrogativas previstas pela CLT⁸.

Atualmente, no Rio de Janeiro, uma das organizações que mais representa o quadro da terceirização de profissionais de saúde é o IABAS⁹, que trabalha com a contratação de profissionais de todas as especialidades em saúde.

A contratação precária faz com que a rotatividade de profissionais seja um dos pontos mais vulneráveis na prestação do serviço. Os profissionais acabam não tendo um vínculo adequado com o serviço e, conseqüentemente, com os usuários daquele serviço. Os contratos acabam se tornando uma renda extra para o profissional, ou uma saída emergencial até que ele consiga uma oportunidade melhor de trabalho.

Outro ponto importante é a descontinuidade de projetos e programas, que, por falta de profissionais ou pela rotatividade dos profissionais, são extintos ou interrompidos por longos períodos, o que leva à dificuldade de adesão ao tratamento clínico indicado, por falta de identificação e até mesmo confiança dos usuários com o trabalho que está sendo desenvolvido.

Essa falta de adesão gera outro complicador para as unidades de saúde, o deslocamento dos usuários no espaço programático de atendimento, gerando

⁸ A Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT) normatiza os contratos de trabalho e prevê pagamento de Fundo de Garantia por Tempo de Serviço, Carteira de Trabalho assinada, Contribuição para a Previdência Social e o recebimento de Seguro Desemprego.

⁹ O Instituto de Atenção Básica e Avançada em Saúde - IABAS é uma organização social de direito privado, sem fins lucrativos, com autonomia administrativa e financeira, que tem por objetivo fornecer apoio técnico-operacional ao desenvolvimento de projetos na área de saúde. O IABAS possui as credenciais necessárias junto ao poder público na área da saúde, que o habilita a atuar na administração de projetos, na prestação de serviços, celebrados por intermédio de convênios e contratos, com instituições nacionais e estrangeiras. Foram definidos como princípios básicos a serem observados em todas as suas contratações e aquisições de bens e serviços, os mesmos previstos no art. 37, inciso XXI, da Constituição Federal do Brasil: legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e principalmente, a eficiência. Mantém diversas parcerias em todas as suas áreas de atuação. E possui um quadro de profissionais de distintos níveis de formação, nas áreas de análise e gerência de projetos, assessoramento jurídico, recursos humanos, suprimentos, finanças, contabilidade, informática, serviços gerais, almoxarifado e arquivo. Informações disponíveis em: www.iabas.org.br. Acesso em 25 de julho de 2011.

superlotação de algumas unidades que acabam dispondo de mais serviços e especialidades de saúde.

Em se tratando do Serviço Social, as contratações de assistentes sociais seguem a mesma realidade. Os profissionais que têm como foco principal nas equipes multidisciplinares de saúde trabalhar a questão do direito social à saúde e a interlocução da saúde com as demais políticas sociais públicas, acabam tornando-se vulneráveis a esse mesmo sucateamento que atinge os usuários que ele diariamente atende.

No próximo capítulo será abordado o espaço institucional utilizado como campo de pesquisa para a análise do trabalho do assistente social como profissional de saúde. Através da abordagem realizada, é possível identificar como esse espaço sofre a influência direta da terceirização de serviços e de profissionais de saúde, e de como essa terceirização influencia diretamente o trabalho desenvolvido pelo assistente social e, principalmente, como essa terceirização, em um hospital universitário que desenvolve pesquisa e extensão, afeta diretamente o usuário e, conseqüentemente, altera e atinge o princípio fundamental da saúde pública: acesso universal e igualitário aos usuários dos serviços.