

Serviço Social e Saúde: espaços de atuação a partir do SUS

Historicamente a saúde tem sido o maior empregador de assistentes sociais. Dos primórdios da profissão até o final dos anos de 1980, sua atuação neste campo se deu no âmbito curativo, por meio de abordagem individual se sustentando nos referenciais da psiquiatria, psicologia e funcionalismo norte americano. Nos projetos sociais do desenvolvimentismo a atuação do Serviço Social, sobretudo com grupo comunitários tinha uma proposta educativa, mas com caráter higienista e moralizante. Até 1960 o Serviço Social enquanto categoria não se apresentava com polêmicas significativas. A partir desta década alguns segmentos profissionais começaram a questionar a posição conservadora, articulados, sobretudo com a perspectiva de superação do subdesenvolvimento latino-americano, configurando assim o início do processo de reconceituação.

O período de renovação profissional no Brasil em meio a ditadura militar se desenvolveu em três direções: a perspectiva modernizadora, a reatualização do conservadorismo e a intenção de ruptura¹. Não é intenção deste trabalho explicitar as nuances de cada uma destas vertentes, mas ressaltar que o Serviço Social na área da saúde no período de renovação esteve voltado predominantemente para a estratégia de modernização conservadora, com vinculação destacada na estrutura do complexo previdenciário de assistência médica. Nesta época o mercado de trabalho se ampliou em hospitais e ambulatórios e na previdência social, mas apenas na saúde individual e não na coletiva. A ação do Serviço Social na saúde continuou por todo período como sendo uma atuação psicossocial junto a pacientes e familiares. O surgimento do Movimento Sanitário não teve repercussões nos assistentes sociais da área, assim como o processo organizativo e o aprofundamento teórico da profissão não influenciou o Serviço Social na saúde (Bravo e Matos, 1996).

O movimento de renovação ocorrido no Serviço Social foi relativamente simultâneo ao que aconteceu na saúde coletiva, com o Movimento de Reforma Sanitária, inclusive coincidindo em algumas categorias teóricas o debate: Estado, democracia, direitos sociais, prática institucional e políticas públicas (Krüger, 2006). Como no Movimento Sanitário, reconhece-se também no Serviço Social, avanços no aspecto legal/institucional, acadêmico e político. Estes inegáveis avanços do Serviço Social e movimento de lutas pela saúde pública não foram tão expressivos no segmento da categoria atuante na área da saúde. Esta parte da categoria não refletiu nem teórica, nem política e nem praticamente, até os inícios dos anos de 1990 os avanços da profissão e nem do

¹ Ver melhor caracterização de cada destas três perspectivas em NETTO, J. P. *Ditadura e Serviço Social*. 5ª ed. São Paulo: Cortez, 2001.

Movimento Sanitário (Bravo e Matos, 1996). Apesar de não termos condições de mensuração quantitativa é visível que este quadro vem se alterando nos últimos 20 anos.

A construção do projeto ético-político da profissão que se sustentou no Código de Ética de 1993, na Lei de Regulamentação da Profissão também de 1993 e nas Diretrizes Curriculares aprovadas em 1996, em termos pressupostos coincide com os fundamentos dos direitos sociais sociais reconhecidos em 1988 e que estavam sendo regulamentados e implementados nos anos de 1990 (Krüger, 2006). No início desta década o Serviço Social parecia ter uma conjuntura favorável para desenvolver práticas que respondessem a este novo momento da profissão, no entanto, logo se deparou com a consolidação do projeto neoliberal que vem de encontro ao projeto profissional hegemônico do Serviço Social e com o projeto da Reforma Sanitária. Diante desta conjuntura, Bravo e Matos (2006) afirma que o projeto da Reforma Sanitária passa a ser tencionado pelo projeto privatista. O projeto da Reforma Sanitária é o que se pauta nos princípios do SUS e no conceito ampliado de saúde e o projeto privatista que efetivamente se estrutura na segunda metade dos anos de 1990 é o projeto de saúde articulado ao mercado que se pauta na política de ajuste e na descentralização com isenção de responsabilidades do poder central. Para o Serviço Social, Bravo (2006 e Matos, p. 36) identifica que tanto o projeto privatista quanto o da Reforma Sanitária requerem demandas diferentes. Com relação ao primeiro:

Seleção socioeconômica dos usuários, atuação psicossocial por meio de aconselhamento, ação fiscalizatória aos usuários dos planos de saúde, assistencialismo através da ideologia do favor e predomínio de abordagens individuais.

Ao segundo:

Busca de democratização do acesso às 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 à participação cidadã.

Este tensionamento não tem permitido que o SUS se estruture efetivamente de acordo com seus princípios, causando rebatimentos no cotidiano das instituições, precarizando o processo de trabalho dos profissionais e alterando o perfil e necessidades de saúde dos usuários. Por outro lado processo de municipalização ampliou o mercado de trabalho do Serviço Social, assim como de outras profissões da área da saúde.

Os princípios do SUS² e o conceito ampliado de saúde³ com o reconhecimento das determinações sociais do processo saúde e doença, que no espaço do executivo/gestão se materializa em vários programas, está demandando com frequência o trabalho do Assistente Social, não como área exclusiva/privativa. Ao mesmo tempo é por meio do reconhecimento das determinações sociais do processo saúde e doença e das necessidades de saúde que o assistente social tem construído novos espaços de atuação, sobretudo nas áreas de promoção da saúde e prevenção de doenças. Os referenciais clínicos que pautaram o atendimento tradicional, em parte cedem lugar aos referenciais das ciências sociais para a construção de perspectivas de trabalho que visem atender as demandas coletivas. É nesta perspectiva que possibilidades de trabalho multiprofissionais, interdisciplinares e intersetoriais estão contando com a presença de assistentes sociais, muitas vezes na sua coordenação, na gestão e no planejamento.

Os espaços de debate político como os Conselhos e Conferências de Saúde, os processos de planejamento participativo e as capacitações de conselheiros ou trabalhadores da saúde são novos focos de atuação dos profissionais. Ao mesmo tempo estes espaços, como os de promoção da saúde apontados acima, podem ser ampliados e qualificados pelo trabalho dos assistentes sociais.

O Serviço Social na saúde a partir do SUS tem novos desafios e espaços ocupacionais em áreas não exclusiva, como: Planejamento (fazer diagnóstico; definir prioridades com debate sobre o orçamento, monitorar e avaliar); Sistema de informação; Geoprocessamento; Ouvidoria; Vigilância a Saúde (sanitária, epidemiológica, ambiental, saúde do trabalhador, DANTs, nutricional, violência...); Regulação e auditoria; Evitar debater de maneira ingênua sobre a Política de Humanização (acolhimento, vínculo), sobre a judicialização da saúde e sobre as Fundações Públicas de direito privado; Fortalecer o trabalho na atenção básica – ESF e NASF (matriciamento) e articular o SUS com as demais políticas de Seguridade Social e de direitos sociais potencializando ações intersetoriais.

² I - universalidade de acesso em todos os níveis; II - integralidade de assistência em todos os níveis; III - preservação da autonomia física e moral; IV - igualdade da assistência à saúde; V - direito à informação, às pessoas assistidas; VI - divulgação de informações dos serviços ao usuário; VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática; VIII - participação da comunidade; IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo: a) descentralização para os municípios; b) regionalização e hierarquização da rede; X - integração das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico; XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos das três esferas na prestação de serviços; XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos (Brasil, 1990 – art, 7º Lei 8.080/90).

³ “Saúde não é simplesmente não estar doente, é mais: é um bem estar social, é o direito ao trabalho, a um salário condigno; é o direito a ter água, à vestimenta, à educação, e até, a informação sobre como se pode dominar o mundo e transformá-lo. É ter direito a um meio ambiente que não seja agressivo, mas que, pelo contrário, permita a existência de uma vida digna e decente; a um sistema, político que respeite a livre opinião, a livre possibilidade de organização e de autodeterminação de um povo. É não estar todo tempo submetido ao medo da violência, tanto daquela violência resultante da miséria, que é o roubo, o ataque, como a violência de um governo contra o seu próprio povo, para que sejam mantidos os interesses que não sejam os do povo...” (AROUCA, 1987:36).

Nos trabalhos interdisciplinares⁴ na área da saúde o assistente social vem ocupando espaços significativos, na mesma medida em que grandes desafios vêm se colocando nestas relações e dinâmicas de trabalho. As experiências interdisciplinares têm colocado no âmbito do trabalho em saúde temas que historicamente foram negligenciados pelas práticas biomédicas, curativas e individuais: violência, dependência química; questões de gênero e etnia; poluição do meio ambiente, saneamento, movimentos sociais na área da saúde mental, de direitos reprodutivos, de portadores de patologia, controle social, organização comunitária. Para tratar destes temas que fogem as tradicionais demandas e relações de trabalho médica centrada o assistente social, por sua formação, tem o potencial para ser um articulador deste debate, conseguindo indicar reflexões e formas de atendimento numa perspectiva de totalidade. Ou seja, é o potencial para pautar as reflexões no grupo de profissionais em direção ao reconhecimento das necessidades em saúde e das determinações sociais do processo saúde e doença.

Debater a inserção do Serviço Social no campo da saúde, articulando a ação profissional às diretrizes do SUS, sinaliza para um estatuto diferenciado da profissão no campo da saúde, subsidia a ação do assistente social junto às equipes interdisciplinares, contribui para a materialização do projeto ético-político da categoria profissional no SUS e favorece um atendimento de qualidade à população usuária do sistema. Deste modo a inserção do Serviço Social na saúde, não pode ser circunscrita a uma política governamental, sujeita a modificações sazonais ou alterações políticas e programáticas. Portanto, é nesta perspectiva que as ações profissionais dos assistentes sociais podem ter maior centralidade. Isto implica que estes profissionais estejam munidos de todo o aparato teórico metodológico da profissão aliado aos conceitos fundamentais da área da saúde. Para uma atuação pautada na totalidade, é imprescindível que a ação profissional esteja sustentada no conhecimento da realidade e dos sujeitos para as quais são destinadas, desdobrando-se em definição de objetivos e escolha da abordagem adequada à aproximação dos sujeitos da ação (Mito e Nogueira, 2006).

Referências

⁴ O trabalho interdisciplinar por si só não é uma crítica aos saberes específicos, mas na medida em que compreendemos que a nossa intervenção se dá numa realidade social, a interdisciplinaridade implica uma concepção de totalidade, que se traduz em conhecimentos somados e acumulados sobre os elementos históricos, culturais, políticos, princípios, valores, indicadores e determinantes sociais de saúde e doença. Esta dinâmica de trabalho não significa coesão, consenso ou ausência de conflitos. Por isto um único profissional não pode ser visto como o único responsável pela desconstrução ou construção de uma prática interdisciplinar (Krüger, 2009).

BRAVO, M.I.S.; MATOS, M.C. Reforma Sanitária e Projeto Ético-Político do Serviço Social: elementos para o debate. In: BRAVO, M.I.S. et al. Saúde e Serviço Social. 2ª. Ed. São Paulo: Cortez, 2006a.

KRUGER, T. R. A Interdisciplinaridade: desafios na formação do profissional de saúde. In. Palestra proferida no I Encontro Interestadual de Residência Multiprofissional em Saúde da Família. Florianópolis, UFSC, 26/09/09.

_____. O projeto ético-político nos trabalhos do Serviço Social da saúde: um debate a meio caminho, Florianópolis, 08/2006. Artigo apresentado no concurso para professor adjunto ao DSS/UFSC.

MIOTO, R.C.T; NOGUEIRA, V. M. R.. Desafios Atuais do Sistema Único de Saúde – SUS e as Exigências para os Assistentes Sociais. In: MOTA, A. E; BRAVO, M.I. de S.; UCHÔA, R.; et al., (orgs). *Serviço Social e Saúde. Formação e trabalho profissional*. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, ABEPSS. Cortez, 2006.

VASCONCELOS, Ana Maria. *A prática do Serviço Social: cotidiano, formação e alternativas na área da saúde*. 3ª ed. São Paulo: Cortez, 2006.