



O SERVIÇO SOCIAL NA POLÍTICA DE SAÚDE: ENTRE AVANÇOS E DESAFIOS PARA UMA PRÁTICA CRÍTICA

Jéfitha Kaliny dos Santos Silva (*Assistente Social na Secretaria Municipal de Saúde de Timbaúba-PE e Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba, jeh_fitha@hotmail.com*)

Mônica Barros da Nóbrega (*Doutora em Serviço Social pela Universidade Federal de Pernambuco e Docente vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e ao Curso de Graduação em Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba, monicabnobreaga@yahoo.com.br*)

Resumo: Este artigo discorre sobre o Serviço Social na Política de Saúde, destacando os avanços e os desafios da profissão para a efetivação de uma prática profissional crítica. É fruto de um levantamento bibliográfico para subsidiar uma pesquisa documental e bibliográfica, com abordagem qualitativa e fundamentada no arsenal heurístico da Teoria Social Crítica, que será desenvolvida junto ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba, com o objetivo de realizar uma interlocução entre as requisições societárias e a prática profissional do/a Assistente Social, no setor psiquiátrico brasileiro. Bem como das experiências do cotidiano profissional na Secretaria Municipal de Saúde de Timbaúba- PE.

Palavras-chave: Serviço Social; Política de Saúde; Prática Profissional.

1. INTRODUÇÃO

As profissões resultam do processo de reconhecimento da relação entre as necessidades humanas básicas e a possibilidade de atendimento das mesmas, através de ações especializadas que visem suprir as necessidades sociais de natureza material e espiritual, no sentido destas não interferirem na organização da reprodução e manutenção do modo de produção capitalista, conforme Mota (1987,p.26) apud Vasconcelos(2015, p.2).

Na área da saúde, o processo de reconhecimento das profissões, de acordo com Vasconcelos (2015), está associado à divisão social e técnica do trabalho neste campo, de modo que as demandas em saúde são historicamente construídas e determinadas pelo movimento societário, no qual o Estado e à tessitura das políticas sociais são agentes determinantes no processo de reconhecimento de suas necessidades e respostas, na medida em que as ações nessa área são determinadas pela compreensão desses agentes sobre a concepção de saúde.



Neste sentido, cabe-nos pontuar que a constituição do Serviço Social como uma profissão inserida na área da saúde nos diversos momentos históricos que demarcam a história da sociedade brasileira desde 1930 - época em que esta especialização do trabalho emerge no cenário brasileiro - dar-se no bojo das relações sociais, no qual cada momento histórico irá requisitar uma atuação profissional conforme as necessidades societárias emergentes.

Assim, este artigo que é fruto de um levantamento bibliográfico para subsidiar uma pesquisa documental e bibliográfica, com abordagem qualitativa e fundamentada no arsenal heurístico da Teoria Social Crítica, que será desenvolvida junto ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba, com o objetivo de realizar uma interlocução entre as requisições societárias e a prática profissional do/a Assistente Social, no setor psiquiátrico brasileiro, bem como das experiências do cotidiano profissional na Secretaria Municipal de Saúde de Timbaúba- PE, buscará tratar do Serviço Social na Política de Saúde, ressaltando os avanços e os desafios da profissão para a efetivação de uma prática profissional crítica. Para tanto, se faz necessário compreender como essa profissão tem desenvolvido seu fazer profissional na Política de Saúde, frente ao quadro das requisições societárias que lhe perpassam e determinam a rede de serviços em saúde,

2. O SERVIÇO SOCIAL NA POLITICA DE SAÚDE BRASILEIRA

No Brasil, assim como em outros países da América Latina, o Serviço Social teve a sua gênese vinculada a caridade e a filantropia praticadas pela Igreja Católica, por meio da influência do Serviço Social Europeu e Norte Americano. Segundo Silva e Silva (2007), a vinculação do Serviço Social com a Igreja Católica, se deu através de uma série de exigências societárias que requisitavam para ordem e manutenção do capital o desenvolvimento de uma política de assistência vinculada às organizações representativas do proletariado, por intermédio da moral cristã da Igreja Católica.

Assim sendo, o Serviço Social é uma profissão que surgiu na sociedade para atender as necessidades societárias expressas pela ordem do capital. Isto é, se inseriu no processo das relações sociais, como auxiliar e subsidiária no



controle da sociedade e na difusão da ideologia dominante entre a classe trabalhadora, intervindo na sociedade por meio de serviços sociais que criavam as condições favoráveis a reprodução da força de trabalho (Silva e Silva, 2007).

Nesse sentido, Netto (2011) comenta que o Serviço Social tem suas conexões genéticas no bojo do capitalismo monopolista quando a relação capital x trabalho intensificou suas contradições e aguçou a questão social¹. Para o citado autor, o capitalismo monopolista recolocou em patamar mais alto o sistema totalizante das contradições que confere à ordem burguesa os seus traços basilares de exploração, alienação e transitoriedade histórica.

Destarte, Bravo e Matos (2006) pontuam que o surgimento e desenvolvimento do Serviço Social no período de 1930 a 1960 e a ação profissional na área da saúde datam algumas significativas evidências. Segundo os autores a conjuntura de 1930 e 1945 caracteriza o surgimento da profissão no Brasil e devido às exigências e necessidades no panorama internacional, em função do término da Segunda Guerra Mundial, a ação profissional na saúde também se amplia.

Assim,

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 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. (BRAVO, MATOS, 2006, p. 28-29).

¹ Questão social aqui compreendida como sendo o conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista madura, que tem um fundamento comum, ou seja, a produção social é cada vez mais coletiva, o trabalho torna-se mais amplamente social, enquanto a apropriação dos seus frutos mantém-se privada, monopolizada por uma parcela da sociedade (IAMAMOTO, 1998).



Portanto, o trabalho do/a Assistente Social na saúde foi marcado pelo desenvolvimento de uma prática educativa voltada para higiene social, além de lidar com a contradição entre a demanda e o seu caráter excludente e seletivo. Nesse momento, pois, os/as Assistentes Sociais atuavam em hospitais com a função de colocar-se entre a instituição e a população a fim de viabilizar o acesso dos usuários aos serviços e benefícios, de modo que suas ações eram: plantão, triagem ou seleção, encaminhamento, concessão de benefícios e orientação previdenciária.

De acordo com Lessa (2011, p. 80-81), na divisão social e técnica do trabalho em saúde, o Serviço Social emerge como uma profissão paramédica, isto é, subsidiária à ação médica num contexto de ascensão do saber clínico e do hospital contemporâneo. Período, portanto, “em que o hospital volta-se definitivamente para a cura, integrando o saber médico, que passa a valorizar o meio como elemento fundamental da terapêutica”.

No Serviço Social norte-americano foi preponderante esta característica, pois,

A função do assistente social era, assim, auxiliar o médico e suas atribuições, determinadas por este profissional. Durante esse período, a influência do serviço social norte-americano foi preponderante, sendo a sua função balizada pelos da American Association of Social Work, por sua vez articulada à American Hospital Association (BEROZOVSKY, 1977, p.5 APUD LESSA, 2011, p.81)

No Brasil, o grande salto da inserção do/a Assistente Social na área da saúde ocorreu na década de 1960 quando houve a unificação dos institutos de pensão (IAP), com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Nesse momento, segundo Lessa (2011), se verificou o aumento dos postos de trabalho no complexo médico assistencial previdenciário, que passou a ser o maior empregador na área da saúde.

Nos anos de 1960 alguns/ algumas Assistentes Sociais começaram a questionar o bloco hegemônico conservador que impulsionava o conservadorismo profissional. Este fato não ocorreu de forma isolada, mas com o respaldo das questões levantadas pelas ciências sociais e humanas na época.

Desta forma, Bravo e Matos (2006) elucidam que a modernização conservadora implantada no país na década de 1960 exigiu a renovação do Serviço Social, face às 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.

Logo, nesse momento,

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 técnicas de intervenção, a burocratização das atividades, a psicologização das relações sociais e a concessão de benefícios. (BRAVO; MATOS, 2006, p.31)

Segundo Netto (2011), nesse período o trabalho profissional do/a Assistente Social foi orientado pela vertente modernizadora, de modo a trazer grandes impasses teórico-metodológicos, ético-políticos e técnico-operativos para a produção do conhecimento, para a prática profissional e para a ação política da profissão, à medida que essa vertente não possibilitava que o/a (s) profissionais rompessem com o conservadorismo profissional.

Para Lessa (2011, p. 82),

O serviço social se ampliou quantitativamente como profissão da saúde, portanto, dentro do núcleo de execução do modelo assistencial médico, curativo e hospitalocêntrico da previdência social, que reproduzia a lógica burocrático-centralizada das políticas públicas à época. O profissional se posicionava majoritariamente, nesse contexto, como um 'executor terminal' de programas e projetos subsidiários da atenção individual-curativa, definidos pelas instâncias das instituições previdenciárias.

Segundo a autora acima referida, a partir dos anos de 1970 e início dos anos de 1980 ocorreram profundas modificações no cenário político-sanitário brasileiro, com o processo de democratização política do país, a crise fiscal do Estado, a falência do modelo de atenção à saúde anterior (medico-privatista) e a ascensão de novos atores sociais no cenário político nacional.

Bravo e Matos (2006) ressaltam que a década de 1980 foi um período de grande mobilização política, como também de



aprofundamento da crise econômica que se evidenciou na ditadura militar.

Assim, Lessa (2011) elucida que as modificações operadas entre as décadas de 1970 e 1980 no cenário brasileiro gerou as condições propícias para emergência do Movimento de Reforma Sanitária, o qual propunha mudanças no conceito de saúde (determinantes sociais, históricos e econômicos), na forma de organização dos serviços (universalidade, equidade e descentralização) e no fazer ético-político dos profissionais, buscando redesenhar o processo de participação social nas decisões sobre o sistema de saúde.

Nessa mesma direção, Soares (2014) comenta que com a crise do regime ditatorial e a mobilização dos trabalhadores da saúde, junto com demais organizações dos movimentos popular e sindical, em torno de um projeto de reforma sanitária, foi possível incorporar na Constituição Federal de 1988 um novo projeto de saúde pública universal e democrático, ou seja, o Sistema Único de Saúde (SUS). Sistema este que foi deflagrado na Constituição Federal de 1988, materializando-se através da Lei Orgânica da Saúde de 1990, a qual é constituída pelas leis 8080/90 e 1.142/90. A lei 8080/90 dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. A lei 1.142/90 dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde.

Entretanto,

É evidente que esta conquista não foi fácil, visto que, durante o processo que levou a ela, 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 de 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 o controle social. A premissa básica é a compreensão de que a saúde é um direito de todos e um dever do Estado. (BRAVO, MATOS, 2006, p.33)

Desta feita, observa-se que a criação do SUS foi uma conquista em meio à batalha entre dois projetos antagônicos que disputavam o mesmo espaço, além de possibilitar o processo de ampliação dos postos de trabalho para o/a(s) Assistentes Sociais e criar mecanismos para uma atuação profissional crítica, pautada em valores humanitários como a equidade, justiça social e igualdade.



Destarte, Lessa (2011) explica que as interrelações pessoais que são estabelecidas no campo da saúde mediatizam um processo político que, em geral, leva à suspensão da condição de cidadão dos chamados “pacientes”, e por esse motivo eles precisam ser objeto de reflexão do Serviço Social.

Segundo a autora acima citada, prudente seria relativizar certas categorizações sobre o trabalho do Serviço Social uma vez que a humanização das relações interpessoais, assim como a circulação de conhecimentos sobre direitos previdenciários e trabalhistas, ajuda supletiva e de cidadania que marcam a vertente tradicional da profissão no campo da saúde, podem assumir dimensões políticas, onde o respeito à condição de sujeito dos usuários dos serviços públicos de saúde é o foco.

Assim, é importante pontuarmos que as possibilidades criadas pela instauração do SUS para uma prática crítica do Serviço Social também advém da maturidade alcançada pela profissão no início dos anos de 1990 com a elaboração do seu projeto ético- político e do seu Código de Ética de 1993, ao passo que este tem o reconhecimento da liberdade como seu valor ético central e das demandas políticas a ela inerentes- autonomia, emancipação e plena expansão dos indivíduos sociais, conforme Barroco, Terra e CFESS (2012).

No entanto,

[...] a contrarreforma interrompeu o início da implementação do SUS conforme seu marco legal original, posto na Constituição de 1988 e nas leis 8080/90 e 1.142/90. De forma mais sistemática a partir do Governo Fernando Henrique Cardoso- FHC e, posteriormente, qualitativamente superior no Governo Lula e com a continuidade no de Dilma Rousseff, a contrarreforma vem sendo estruturada. (SOARES, 2014, p.2014)

Lessa (2011) expõe que durante toda a década de 1990 viveu-se sob forte tensão de projetos distintos para a saúde: de uma lado, o projeto que emergiu do Movimento de Reforma Sanitária, o qual propugna a construção de uma modelo de atenção público, universal e equânime -o SUS-, e do outro, o projeto de mercantilização da saúde, que devido a tensão do capital em tratar a saúde como uma mercadoria faz com que a política de saúde assuma nuances variadas e complexas.



Soares (2014) elucida que na entrada dos anos 2000 alguns elementos podem ser destacados, tais como o alto índice de aprovação do governo Lula, o que lhe conferiu grande margem de ação e legitimidade social, intenso movimento de transformismo das lideranças dos trabalhadores que passaram a defender projetos alinhados ao neoliberalismo e aos interesses econômicos do grande capital nacional e internacional, continuidade da política econômica conservadora, centralidade da política de assistência- principalmente de transferência de renda- e políticas sociais com enfoque assistencial, precarizado e fragmentado.

No governo Lula se corporificou um novo projeto que se relacionou umbilicalmente ao projeto privatista: o projeto *SUS possível*, defendido pelas antigas lideranças do Movimento de Reforma Sanitária, flexibilizando os princípios político-emancipatórios que orientam sua racionalidade, em nome da modernização e aperfeiçoamento do SUS.

Assim, para Soares (2014, p. 208),

Essas atuais configurações têm impacto nas práticas sociais da saúde pública, incluindo as do assistente social, seja porque inserem novos elementos e instrumentos de gestão no espaço das unidades de saúde, ou porque reiteram velhas práticas não superadas e reprodutoras do modelo de atenção à saúde prioritariamente assistencial, curativo e individualista.

Nesse sentido Lessa (2011) ressalta que as transformações nas últimas décadas têm levado a significativas mudanças na prática do/a (s) Assistentes Sociais na área da saúde, fazendo-os assumir novas posturas. Ou seja,

Hoje, vive-se um momento em que novas e velhas posturas e práticas dos profissionais convivem cotidianamente. Muitas das atividades do serviço social passaram a ter novas funções dentro do sistema (refuncionalização das tradicionais práticas do serviço social), colaborando para implementação do SUS. Outras ações tradicionais permanecem reforçando elementos do modelo anterior que ainda não foi superado, como a lógica hospitalocêntrica. (LESSA, 2011, p. 88)

Logo, o trabalho do/a Assistente Social nos dias atuais tem sido marcado por constantes desafios, limites e algumas possibilidades para o exercício de uma prática crítica, ao passo que ao mesmo tempo que há uma ampliação dos espaços sócio ocupacionais e uma mudança significativa na concepção de saúde, a



terceirização, privatização e as parcerias público-privadas tem tornado a saúde uma mercadoria de modo que flexibiliza os vínculos empregatícios e assim diminui a autonomia profissional das profissões.

3. CONSIDERAÇÕES APROXIMATIVAS

Diante do exposto podemos ressaltar que a saúde juntamente com a assistência e a previdência social compõe o tripé da seguridade social. A partir da Constituição Federal de 1988 a Saúde passou a ser um direito adquirido, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

Assim, a política de saúde integra o conjunto das políticas de seguridade social reproduzindo o conteúdo assistencial da racionalidade política hegemônica no Estado brasileiro, de modo que essa racionalidade compõe o projeto de desenvolvimento socioeconômico em andamento, por um lado, de um Estado que invista fortemente na garantia do crescimento e maximização, e, por outro, que implemente políticas sociais básicas e precárias, com ênfase assistencial (SOARES, 2014)..

Desta feita, a saúde pública torna-se cada vez mais espaço de lucratividade, à medida que a expansão do SUS ao mesmo tempo em que estende as ações assistenciais precarizadas, também investe em incorporações tecnológicas e técnicas que garantem o adensamento da privatização e da mercantilização dos serviços de saúde no país.

Portanto, mesmo o SUS possibilitando uma atuação mais crítica do/a Assistente Social frente às expressões da questão social que chegam por meio das demandas profissionais no seu cotidiano de trabalho, ele tem se configurado como um espaço de reatualização das práticas conservadoras que marcaram a gênese da profissão, ao passo que as instituições de saúde têm requisitado práticas profissionais assistencialista, imediatistas e pragmáticas.

Enfim, tal conjuntura tem requisitado do/a (s) Assistentes Sociais maior clareza sobre



o mandato social da profissão, os seus princípios normativos e a direção estratégica inscrita no projeto ético-político do Serviço Social brasileiro, para que assim as problemáticas sociais que perpassam o cotidiano profissional possam ser compreendidas em sua totalidade, singularidade e especificidade e possibilitem uma reflexão e intervenção crítica sobre as mesmas.

4. REFERENCIAL BIBLIOGRÁFICO

BARROCO, Maria Lucia Silva; TERRA, Sylvia Helena; CFESS, Conselho Federal de Serviço Social. **Código de Ética do/a Assistente Social comentado**. São Paulo: Cortez, 2012.

BRAVO, Maria Inês; MATOS, Maurilio C.. **Reforma Sanitária e projeto ético-político do Serviço Social**. In: BRAVO, Maria Inês; VASCONCELOS, Ana Maria; GAMA, Andréa de Sousa; MONNERAT, Giselle Martins. **Serviço Social e Saúde**. São Paulo: Cortez Editora, 2006.

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

LESSA, Ana Paula Girão. **O trabalho do assistente social no SUS: desafios e perspectivas**. Fortaleza: EDUECE, 2011

NETTO, José Paulo. **Capitalismo Monopolista e Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 2011.

Soares, Raquel Cavalcante. **Contrarreforma na política de saúde e prática profissional do Serviço Social nos anos 2000**. In: MOTA, Ana Elizabete; AMARAL, Ângela. (Orgs). **Serviço Social Brasileiro nos anos 2000: cenários, pelezas e desafios**. Recife: Editora UFPE, 2014.

Vasconcelos, Kathleen E. L.. **Serviço Social como profissão da saúde: contribuições para o debate**. Disponível <<https://coloquio3.files.wordpress.com/2015/03/o-servic3a7o-social-como-profissc3a3o-de-sac3bade.pdf>> acesso em 05 de maio de 2017.



II CONBRACIS
II Congresso Brasileiro de Ciências da Saúde

