

A CONFORMAÇÃO DA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE NO BRASIL E O EXERCÍCIO PROFISSIONAL DOS ASSISTENTES SOCIAIS NO REFERIDO SETOR

Resultado de Investigação Finalizada

GT 19- Salud y seguridad social: transformaciones sociales e impactos en la población

Ingrid Adame Moreira¹

Resumo

O presente artigo é resultado de uma parte da monografia de conclusão de curso apresentada ao Departamento de Serviço Social da Universidade Federal Fluminense em dezembro de 2011. O objetivo do mesmo é problematizar o exercício profissional dos assistentes sociais, à luz dos parâmetros ético-políticos que orientam a profissão, na Política Pública de Saúde no Brasil.

Palavras Chaves: Política Pública de Saúde, Serviço Social e exercício profissional.

1- Apresentação

Partimos da assertiva de que o Serviço Social é uma profissão inserida nas dinâmicas históricas das relações sociais no contexto da acumulação capitalista, e é determinada pela forma como a sociedade está organizada (COSTA, 2003). Com base nesse princípio, é primordial que assistentes sociais atuantes em esferas estatais, compreendam as dinâmicas da realidade para além da aparência, para que assim eles possam extrair da mesma as possibilidades de construir estratégias capazes de efetivar o direito dos usuários dos serviços públicos que operam.

Foi a partir da importância de se compreender os processos históricos como forma de transcender as aparências no cotidiano que na parte inicial do artigo dissertamos brevemente sobre a constituição das bases históricas de conformação da Política Pública de Saúde no Brasil, país de industrialização tardia e acelerada (FURTADO, 1974), marcadamente dependente em seu modelo de desenvolvimento. Realizamos o esforço de problematizar tal trajetória desde o início da década de 1960 – em contexto de ditadura militar – até o ano de 2010 – em uma conjuntura de ampla (Contra) Reforma do Estado.

As transformações pelas quais passa a sociedade de uma forma geral e seus rebatimentos na Política Pública de Saúde nesse período colocam novas requisições ao assistente social. São essas novas requisições que impulsionam a reflexão sobre características, limites e possibilidades do exercício profissional, à luz dos parâmetros ético e político que iluminam nossa profissão, no segundo tópico deste trabalho.

Por fim, tecemos algumas considerações, sem a pretensão de chegarmos a conclusões fechadas visto que acreditamos que ainda há um longo caminho a percorrer sobre o tema.

2- A conformação da Política Pública de Saúde no Brasil.

¹ Mestranda do Programa Serviço Social e Desenvolvimento Regional da Universidade Federal Fluminense (UFF). Correio Eletrônico: ingridadameuff@gmail.com

O momento inicial deste trabalho visa resgatar os aspectos históricos que estruturam a conformação da Política Pública de Saúde a partir da década de 1960 até 2010.

Em 1964 inicia-se no Brasil um período de repressão política². O então presidente João Goulart, a partir de golpe militar de 01 de abril de 1964, fora deposto instaurando, assim, a ditadura militar no país.

Segundo Bravo (2010) o Estado Ditatorial desenvolveu suas ações sob o binômio repressão-assistência, reprimiu a sociedade civil ao ponto de se tornar estranho à ela e ampliou a política assistencial com o objetivo de regular a sociedade e diminuir as tensões, garantindo assim a expansão de capital.

Desta forma, o Estado brasileiro tornou-se mais evidentemente instrumento do Capital, assegurando as bases para a sua expansão e manutenção. E foi esse Estado

“[...] que consolidou o Sistema Brasileiro de Proteção Social, até então um conjunto disperso, fragmentado, com reduzidos índices de cobertura e fragilmente financiado de iniciativas governamentais na área social. Esta forma de Estado moldou uma das principais características institucionais do Sistema brasileiro: sua centralização financeira e administrativa [...]” (ARRETCHE, 1996, p. 3).

No setor da Saúde privilegiou-se a expansão do setor privado, cabendo ao Estado criar as bases para essa expansão. Tal fato possibilitou a privatização da saúde (BRAVO, 2010). Assim, as doenças que acometiam grandes parcelas da população ficaram a cargo do Ministério da Saúde, enquanto que os atendimentos individuais ficaram a cargo da medicina previdenciária (BRAVO, 2010).

De acordo com a elite burguesa dirigente as deficiências na saúde advinham dentre outros fatores do pouco investimento da iniciativa privada (BRAVO, 2010).

Desta forma, no período ditatorial abriu-se espaço para a saúde privada, constituindo assim, um “sistema dual de acesso às políticas sociais: para quem pode e para quem não pode pagar” (BEHRING e BOSCHETTI, 2008, p. 137). Assim, segmentos da população tinham acesso garantido a serviços de qualidade enquanto grande parte da população encontrava-se desprovida do acesso a esse direito. Quando conseguia acesso a determinado serviço público, o mesmo apresentava péssima qualidade.

Na primeira década da ditadura, uma das medidas iniciais adotadas no setor da saúde “foi a unificação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), o que significou a centralização administrativa e financeira e a uniformização dos benefícios para todos os trabalhadores segurados” (ESCOREL, 2008, p. 389).

Essa unificação ocorreu em 1966 e deixou claro que estava filiada à Previdência

“toda a mão-de-obra urbana com carteira assinada, independentemente de sua categoria profissional - tornaram-se também “cidadãos” os trabalhadores rurais, empregados domésticos e autônomos” (VIANNA, 2000, p. 143).

² O período militar legitimou-se a partir da instauração dos Atos Institucionais (AI). O Ato Institucional (AI) I sob o governo do Humberto de Alencar Castelo Branco (1964-1967), cassou mandatos, prendeu líderes políticos e os submeteu aos Inquéritos Policiais Militares (IPMs) (KOSHIBA e PEREIRA, 1996). O General Castelo Branco, dissolveu os partidos políticos e instaurou o bipartidarismo: ARENA (Aliança de Renovação Nacional) – partido do governo militar – e MDB (Movimento Democrático Brasileiro) – representante da oposição (ESCOREL, 2008). O Ato Institucional (AI) II em 1965, “estabeleceu a eleição indireta para a presidência da República. Além disso, conferiu ao Executivo poderes excepcionais, como cassar mandatos e decretar o estado de sítio sem prévia autorização do Congresso” (KOSHIBA e PEREIRA, 1996, p. 333).

Com a unificação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) dá-se o primeiro passo à concepção de universalização dos serviços segundo os ditames militares. Entretanto, o que se verifica é que esse padrão de universalização ocorre com queda da qualidade dos mesmos (VIANNA, 2000) devido ao aumento do número de usuários a serem atendidos sem a correspondente alocação financeira e destinação de recursos públicos para financiar essa magnitude de atendimentos. Com isso, o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) passou a comprar serviços privados por meio das Unidades de Serviços – como por exemplo hospitais e laboratórios –, vinculando a saúde ao setor financeiro (ESCOREL, 2008).

Desta forma, a Política Pública de Saúde, no período ditatorial, enfrentou permanente tensão entre os poucos recursos financeiros, a ampliação dos serviços, as divergências de interesses entre os setores estatais, o empresariado e o Movimento Sanitário (Bravo, 2007).

Nos anos 1980, a sociedade brasileira vivenciou o período de abertura política entrando em um processo de democratização política, superando, assim, o regime ditatorial instaurado em 1964. Além disso, a sociedade também experimentou uma profunda e prolongada crise que persiste até o momento atual.

No âmbito da saúde, um núcleo do Movimento Sanitário com o objetivo de fortalecer o setor público na prestação de serviços médicos se move na direção da politização das questões referentes à saúde (TEIXEIRA apud MENDONÇA e TEIXEIRA, 2006, p. 217).

Nessa direção de politização iniciou-se a preparação da 8ª Conferência Nacional da Saúde a pedido do Ministério da Saúde, com intensa participação dos profissionais da saúde, da academia, sindicatos, promovendo no seu relatório final um amplo programa de Reforma Sanitária (MENDONÇA e TEIXEIRA, 2006).

A VIII Conferência Nacional de Saúde realizou-se em março de 1986 em Brasília (Distrito Federal). Bravo (2007) aponta três pontos presentes no temário da Conferência: “I – A saúde como direito inerente à personalidade e à cidadania, II – reformulação do Sistema Nacional de Saúde e III – Financiamento Setorial” (BRAVO, 2007, p. 96).

A autora aponta que

“[...] O conceito de saúde e a necessidade de reestruturação do setor com a criação do Sistema Único de Saúde que efetivamente representasse a construção de um novo arcabouço institucional separando saúde da assistência, com estatização progressiva através de uma ampla reforma Sanitária, fora avançados na perspectiva de acumular forças para a efetivação dessa reforma [...]” (BRAVO, 2010, p. 88).

Destarte, o Movimento pela Reforma Sanitária consolidou-se nesta Conferência, defendendo um Estado interventivo nas questões da saúde e a entendendo em um conceito amplo e não somente enquanto ausência de doença e tendo como proposta o Sistema Único da Saúde.

Neste mesmo ano, fora convocada a Assembléia Nacional Constituinte, com o objetivo de elaborar a Constituição (BRAVO, 2010). Segundo Behring e Boschetti (2008) “a Constituinte foi um processo duro de mobilizações e contramobilizações de projetos e interesses mais específicos, configurando campos definidos de forças” (BEHRING e BOSCHETTI, 2008, p. 141).

De toda forma, o processo constituinte configurou-se numa arena política de conflitos entre projetos opostos para o setor da saúde: Setor Privado (representado pela Federação Brasileira de Hospitais) e Reforma Sanitária, representada pela Plenária Nacional pela Saúde na Constituinte (BRAVO, 2007).

Destarte, após intensos debates é promulgada a Constituição Federal em 1988. Na mesma incorpora-se a concepção de Seguridade Social, que apesar de se apresentar como um sistema de proteção social com ampliação dos direitos possui características ambíguas na sua regulamentação.

Dentre uma série de elementos que podem caracterizar essa ambigüidade, ressaltamos o que nos informa Boschetti (2004) tal fato ocorre por essa se caracterizar como sendo um sistema que conjuga “direitos derivados e dependentes do trabalho (previdência), com direitos de caráter universal (Saúde) e direitos seletivos” (BOSCHETTI, 2004, pp. 113-114).

A promulgação da Constituição de 1988 representou segundo Bravo (2007) a promessa de afirmação e extensão dos direitos sociais, bastante lastreada nas mobilizações do setor da Saúde.

Entretanto, no contexto de promulgação da Constituição de 1988 “o Brasil se tornou signatário do acordo firmado com os organismos internacionais, como o Banco Mundial e o Fundo Monetário Internacional (FMI), por meio das orientações contidas no consenso de Washington” (COUTO, 2010, p. 144).

O Consenso de Washington tem as suas orientações inspiradas na ideologia neoliberal. Assim, o mesmo propõe que a proteção social seja desvinculada do Estado para que a mesma seja gerida/gestada pela iniciativa privada (COUTO, 2010).

PIOLA apud BOSCHETTI (2004) considera que

além dos limites intrínsecos ao modelo constitucionalmente estabelecido, a seguridade social vem sofrendo um processo contínuo de dismantelamento desde sua criação. No âmbito da saúde, apesar do avanço que significou a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), este está sofrendo um processo contínuo de dilapidação, e a baixa qualidade dos serviços cria uma opinião favorável à redução e até extinção da saúde pública e universal. Por sua vez, a regulamentação dos planos privados de saúde, em franca expansão, por sua vez, esvazia o SUS, onera os usuários, mercantiliza a saúde e favorece os empresários do setor (p. 116).

Devido a essa dicotomia entre saúde pública e saúde privada, Menicutti (2006) defende a idéia de que existe no Brasil um sistema de saúde dual constituído por um segmento público-estatal e pelo setor privado. Essa autora problematiza as questões advindas da constituição desse sistema dual como a configuração da rede de serviços³ e a conformação dos usuários⁴ dos serviços de ambos os segmentos.

No início dos anos 1990 difundiu-se no Brasil as campanhas em torno de reformas filiadas ao Consenso de Washington (1989), onde foram implementadas as medidas de ajuste estrutural (DURIGUETO, 2007).

Assim, na década de 1990 “assiste-se ao redirecionamento do papel do Estado, influenciado pela Política de Ajuste Neoliberal” (BRAVO, 2007, p.99). Este redirecionamento do Estado foi marcado pelo que os neoliberais chamam de “reforma”. Os problemas sociais e econômicos do país foram creditados aos problemas no âmbito do Estado, desta forma o Estado deveria sofrer “reformas”, reformas estas orientadas para o mercado (BEHRING e BOSCHETTI, 2008).

Entretanto, a reforma do Estado é operada não no sentido de ampliação de direitos sociais, mas fundada em prevalecer interesses patrimonialistas que marcam a sociedade brasileira, além da assunção de medidas de ajuste estrutural.

³ Menicutti (2004) demonstra a superioridade da rede privada no que condiz à qualidade dos serviços prestados, ao grande número de estabelecimentos com internação em relação ao segmento público.

⁴ A mesma autora explicita o desenvolvimento do acesso privilegiado à saúde por meio de planos de saúde. Este fato demonstra que os usuários do segmento privado possuem renda maior que os usuários do serviço público, já que os mesmos possuem planos de saúde. Entretanto, os atendimentos realizados pelo Sistema Único de Saúde são em número superiores aos atendimentos do segmento privado. Além disso os usuários do segmento público podem retirar os medicamentos necessários ao tratamento de forma gratuita, devido ao fato de utilizarem o Sistema Único de Saúde. Entretanto, a maior facilidade de ter acesso aos serviços fica a cargo dos usuários que possuem plano privado de saúde, enquanto que os usuários da rede pública de saúde permanece nas filas de espera por meses até conseguir o primeiro atendimento, e posteriormente enfrentam mais fila para conseguir realizar exames. Estes fatos somados corroboram para a produção de uma imagem negativa do Sistema Único de Saúde (SUS).

Assim, alguns autores consideram que a reforma operada na sociedade capitalista atual é na verdade uma Contra-Reforma do Estado (BEHRING E BOSCHETTI, 2008), devido ao fato de ocorrer o desmonte dos direitos conquistados historicamente pela classe trabalhadora.

O documento que orientou essa Contra-Reforma foi o Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (PDRE/MARE, 1995). Este plano, sob a orientação do Ministro de Administração e Reforma do Estado, Luis Carlos Bresser Pereira, preconiza um Estado que transfira as funções que antes eram suas para a esfera do público não-estatal⁵, assim ele passa a ser o regulador e o provedor dos serviços (PDRE/MARE, 1995).

Bravo (2007) aponta ainda dentro deste plano que o Estado proposto pela política neoliberal é um Estado Gerencial, com ênfase na descentralização, na eficiência, no controle de resultados, na redução dos custos e na produtividade. Um dos aspectos da “reforma” foi a onda de privatizações que cobriu o país.

Outro aspecto foi a receita neoliberal para as políticas sociais que se resume ao corte do gasto com as mesmas, conforme já mencionado. Houve segundo Behring e Boschetti (2008), uma intensa desresponsabilização pela política social, o que acabou por explicitar o trinômio do neoliberalismo para as políticas sociais: focalização, privatização e descentralização (DRAIBE apud BEHRING e BOSCHETTI, 2008).

Nesse contexto, a mesma autora aponta que no âmbito da saúde existem dois projetos em disputa: o projeto da reforma sanitária e o projeto privatista.

O projeto de Reforma Sanitária defende um Estado democrático e de direito, responsável pelas políticas sociais (BRAVO, 2007). Tem como premissa a saúde enquanto um direito social e dever do Estado (Bravo e Matos, 2001).

O projeto privatista defende um Estado mínimo, ou seja, o Estado deve garantir o mínimo aos que não podem pagar. Tem como premissa a ampliação da privatização e das parcerias e assim, é um projeto pautado no ajuste neoliberal, como afirma Bravo e Matos (2001).

Destarte, assistimos hoje à reorientação dos rumos, ao desmonte das políticas sociais, em especial da política de saúde. Após anos de ajuste fiscal e de hegemonia neoliberal, onde a política econômica é favorecida em detrimento da política social, “temos uma seguridade social dilapidada” (BOSCHETTI, 2004, p. 117).

Compreender este processo de desmonte da política pública de saúde, explicitado neste tópico, não é suficiente. É necessário ir além, buscar alternativas capazes de viabilizar, de fortalecer a Reforma Sanitária preconizada na 8ª Conferência Nacional de Saúde e entender que esse fortalecimento não depende de um movimento individual, de um movimento de uma categoria, mas sim de um movimento amplo, de um movimento que envolva a sociedade em um todo, de um movimento coletivo que envolva os diversos segmentos da classe que vive do trabalho.

3- O exercício profissional dos assistentes sociais no espaço sócio-ocupacional da Saúde.

No tópico anterior vimos que existem dois projetos em disputa no interior da Política Pública de Saúde: o Projeto de Reforma Sanitária e o Projeto Privatista de Saúde.

Esses dois projetos colocam atribuições diferenciadas ao Serviço Social, conforme aponta Costa (2003). O projeto privatista requisita um profissional que desenvolva as suas atividades a partir de critérios sócio-econômicos, realize aconselhamentos com base em abordagem psicossocial, fiscalize o usuário de planos de saúde, racionalize os gastos da instituição onde está inserido, a partir do seu gerenciamento, entre outras (BRAVO apud COSTA, 2003).

⁵ Entende-se por entidade público-estatal as organizações sociais que absorvem os serviços que anteriormente à “reforma” eram implementados pelo Estado e é a partir dessas organizações que surge o chamado “terceiro setor” (DURIGUETTO, 2007).

Já o Projeto de Reforma Sanitária requer do assistente social o desenvolvimento de atividades muito diferenciados do outro projeto. Bravo apud Costa (2003) aponta que o assistente social deve: construir um novo modelo assistencial e de gestão, articular as dimensões do ensino, da pesquisa e da extensão, desenvolver ações que visem a democratização da instituição, que visem a também a participação dos usuários nos Conselhos, e que visem, principalmente, o estabelecimento de uma nova relação entre o profissional e o usuário do serviço de saúde, pautada na concepção da saúde enquanto um direito social e enquanto um dever do Estado.

Desta forma, a inserção do assistente social na saúde se dá de forma muito particular, devido a existência desses dois projetos que se encontram em confronto e requisitam do assistente social leituras antagônicas sobre as dinâmicas da realidade.

O assistente social que tem o seu exercício profissional pautado na busca pela justiça social, deve atuar tendo como norte os princípios do seu projeto profissional – o projeto ético-político⁶ – e os ideais do Projeto de Reforma Sanitária (COSTA,2003).

O projeto ético-político do Serviço Social possui alguns pontos em comum com o projeto de reforma sanitária, conforme aponta Costa (2003). São eles: I - defesa da expansão dos direitos de cidadania, II - preocupação com a universalidade e a justiça social, III- defesa do papel do Estado na provisão de serviços sociais, IV - garantia da integralidade da atenção à saúde e V- ênfase na participação social, conforme aponta a autora.

Costa (2003) coloca que “no cotidiano das instituições, os assistentes sociais muitas vezes exercem atribuições que acabam por reforçar o projeto privatista de saúde, respondendo apenas aos objetivos institucionais” (p. 80).

Desta forma, é um desafio colocado aos assistentes sociais a materialização do projeto ético-político no cotidiano institucional.

O Serviço Social no campo da saúde conforme apontado por Vasconcellos (2007) - em sua pesquisa realizada com os assistentes sociais da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro-, tem no plantão a sua principal atividade.

[...] O Plantão se caracteriza por ser uma atividade receptora de qualquer demanda da unidade/usuários; funciona na maioria das vezes em locais precários quanto ao tamanho, localização e instalação. Assim, um ou mais assistentes sociais, num mesmo espaço físico, aguardam serem procurados – de forma passiva – por usuários que buscam espontaneamente ou são encaminhados ao plantão do Serviço Social; encaminhamentos realizados por profissionais, funcionários, serviços da unidade, serviços externos (médicos, enfermeiros, psicólogos, guardas de segurança, atendentes, recepção, marcação de consultas, assistentes sociais de outras unidades ou pelos assistentes sociais que realizam outra atividade – geralmente relacionadas aos programas – no interior da própria unidade (VASCONCELLOS, 2007, p. 246).

Entretanto, nos plantões os assistentes sociais recebem demandas do hospital como um todo, e devido também ao grande número de atendimentos realizados no dia, reduzem o seu exercício profissional à encaminhamentos intra e inter-institucional.

⁶ O projeto ético-político é o projeto hegemônico da categoria de assistentes sociais, Partilhamos da compreensão de Netto (2007) segundo a qual “os projetos profissionais apresentam a auto-imagem de uma profissão, elegem os valores que a legitimam socialmente, delimitam e priorizam seus objetivos e funções, formulam os requisitos (teóricos, práticos e institucionais) para o seu exercício, prescrevem normas para o comportamento dos profissionais e estabelecem as bases das suas relações com os usuários de seus serviços, com as outras profissões e com as organizações e instituições sociais privadas e públicas (inclusive o Estado, a quem cabe o reconhecimento jurídico dos Estatutos profissionais” (p. 144). Esse projeto se constitui de três pilares: O Código de Ética da Profissão (1993), a Lei de Regulamentação (1993) e a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (1996).

Segundo preceitos do projeto ético-político e diretrizes do Código de Ética (1993), o exercício profissional do assistente social não pode se resumir a isso, “não pode se esgotar nisso, como se encontrasse um fim em si mesmo” (SODRE, 2010, p. 466). Se o exercício do assistente social se resumir somente a encaminhamentos, aconselhamentos, informações, o mesmo se perde, se perde do seu significado e dos seus objetivos, ao não garantir um exercício profissional coadunado com os princípios do seu projeto ético-político. O que acaba por desqualificar também a profissão em suas especificidades.

Vasconcellos (2007) aponta algumas características do plantão do Serviço Social: atendimento individual, realizado através de uma única entrevista, sendo raros os retornos objetivando a continuidade ou acompanhamento da demanda apresentada; entre outros.

Desta forma, o assistente social, por vivenciar abordagens pontuais e emergenciais, desenvolve as suas atividades sem receber muitas vezes retorno sobre as mesmas. O assistente social que encaminha, por exemplo, um usuário a uma casa de apoio, muitas vezes acaba por não acompanhar o caso, não obtendo (ou buscando) retorno se o usuário foi absorvido pela rede ou não.

Em algumas unidades, apesar do plantão não ser sistematizado, os assistentes sociais utilizam o livro de ocorrência como forma de organizar o seu trabalho. Entretanto, os profissionais não se utilizam desse instrumento para desenvolver pesquisas, por exemplo, sobre o perfil dos usuários que demandam os seus serviços ou buscar integração com a continuidade dos encaminhamentos. O utilizam como um instrumento burocrático, a fim de preencher, posteriormente, as estatísticas, solicitadas pela unidade de saúde.

Acreditamos que os problemas encontrados nessa atividade do Serviço Social não se resume nela. Mas no que os assistentes sociais têm implementado nessa atividade ao longo da história da profissão.

O assistente social, no cotidiano das instituições, é chamado a atender demandas complexas. Essas demandas, muitas vezes, requisitam do assistente social um acompanhamento que pode levar dias, devido a sua complexidade (SODRE, 2010).

Sendo assim, esses tipos de demandas requerem um assistente social com competência técnica e que desenvolva um exercício profissional qualificado no desvelamento dessa demanda. Que desenvolva suas atividades para além das demandas institucionais, que busque a democratização das informações e da instituição e que busque romper com uma prática conservadora e alienada em relação ao processo de trabalho

O projeto ético-político do Serviço Social funda as bases para um exercício profissional na Saúde articulado com os interesses dos usuários.

De acordo com Costa (2008)

se o assistente social tem a intenção de articular seu trabalho aos interesses dos usuários, é necessário que os dados da realidade que se tem acesso no cotidiano sejam sistematizados com o fim de se buscar possibilidades de ação que reafirmem tais interesses (p. 83).

Essas possibilidades de ação são colocadas na realidade, onde o próprio assistente social intervém. É no cotidiano de trabalho que os assistentes sociais podem construir estratégias que busquem romper com a ordem social vigente.

O que se coloca como desafio no cotidiano do assistente social, conforme já afirmamos, é a concretização dos valores do projeto ético-político e também dos valores da reforma sanitária no cotidiano profissional.

Vasconcellos (2008) aponta que

Se, para o cidadão comum, está cada vez mais difícil e longínqua a possibilidade de entender as contradições e a complexidade da organização social capitalista, para um profissional que

trabalha com a “questão social”, fruto desta organização social capitalista, para, um mínimo de preparação técnica, política e ética torna-se determinante e, dependendo dos objetivos propostos, uma preparação necessária. Neste sentido, o desvendamento e a compreensão dessa realidade para o cidadão comum são necessários para o exercício de sua cidadania, ainda que facultativos, na medida da sua consciência, interesses e possibilidades. Mas para os profissionais que têm como objeto dar respostas às demandas postas pela maioria dos trabalhadores, a clareza e a segurança da perspectiva teórica e ética e da preparação política com o objetivo de compreender, desocultar e se definir diante dos meandros/movimentos da realidade é uma necessidade. Esta clareza e segurança são determinantes e essenciais, não só na qualificação da preparação técnica, mas no planejamento e realização de um trabalho profissional de qualidade, em que não cabe a “flexibilidade teórico-metodológica” como possibilidade de apreensão do objeto de trabalho, expressão da totalidade social. Ou seja, principalmente após a Constituição de 1988, a defesa ética, política e prática, pelos profissionais, dos interesses e necessidades da maioria absoluta dos trabalhadores brasileiros, no serviço público ou privado, não é facultativo, é dever (p.421).

Cabe ressaltar que essa preparação teórica, técnica, política e ética para alcançar a compreensão da realidade é um esforço que não deve ser feito pelos assistentes sociais individualmente. Esse esforço deve partir da organização dos mesmos (COSTA, 2003).

Pode-se perceber que as transformações que vêm ocorrendo ao longo da história da Política Pública de Saúde no Brasil acabam por requisitar um novo perfil profissional: o de um profissional que busque no seu exercício profissional efetivar a saúde enquanto um direito e não como um serviço e que defenda os interesses e necessidades da classe trabalhadora.

Desta forma, os assistentes sociais não devem recuar a sua prática frente ao avanço das políticas neoliberais. Devem fazer do projeto ético político articulado com o Projeto de Reforma Sanitária o chão, os pilares do seu exercício profissional.

Para tanto, entidades que oferecem a direção política da profissão, como o Conselho Federal (CFESS) e Regional de Serviço Social (CRESS) constituem algumas referências no campo da regulamentação. Uma das questões centrais são os parâmetros para atuação dos assistentes sociais inseridos no espaço sócio-ocupacional da saúde.

O exercício profissional dos assistentes sociais na saúde está situado em quatro grandes eixos⁷: atendimento direto aos usuários; mobilização, participação e controle social; investigação, planejamento e gestão; assessoria, qualificação e formação profissional (CEFESS/CRESS, 2010).

O atendimento direto ao usuário pode ocorrer tanto na forma individual como na forma grupal. Nesse eixo, predominam as seguintes ações implementadas pelo assistente social, segundo o documento elaborado pelo conjunto Conselho Federal de Serviço Social/Conselho Regional de Serviço Social (CFESS/CRESS,2010):

- Ações socioassistenciais:
 - 1- Construir os perfil socio-econômico dos usuários, realizar estudos sociais;
 - 2- Elaborar estudos socio-econômicos sobre os usuários e suas famílias;
 - 3- Conhecer e mobilizar a rede
- Ações socioeducativas
 - 1- Realizar atividades socioeducativas nas campanhas preventivas;
 - 2- Socializar informações em atividades de sala de espera;
 - 3- Elaborar materiais socioeducativos como cartazes e folhetos;

⁷ Os respectivos eixos e as ações implementadas pelo Serviço Social com base no documento elaborado pelo Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) foram expostos nesse trabalho de forma sintética.

O eixo de atendimento direto aos usuários é de suma importância ao Serviço Social. Porque neste espaço estão dadas as possibilidades para que o assistente social, por meio da efetivação de suas atividades, mobilize os usuários a participar da construção de políticas que realmente efetivem os seus direitos.

No eixo de mobilização, participação e controle social, os assistentes sociais devem desenvolver ações como:

- 1- Democratizar data, horário e local de realização de Conselhos, Conferências;
- 2- Participar da organização das Conferências de Saúde;
- 3- Mobilizar e incentivar a participação dos usuários para construir e participar dos fóruns e Conselhos de Saúde, objetivando contribuir na garantia do acesso universal.

Este eixo é de grande importância tanto para o Serviço Social como para os usuários dos seus serviços. Vasconcellos (2007) aponta em sua pesquisa que 50% dos assistentes sociais afirmam não participar dos Conselhos de Saúde.

Os Conselhos de Saúde⁸ são espaços de participação, onde os usuários dos serviços de Saúde, onde as suas demandas se expressam, é um espaço de luta por uma Política de Saúde de qualidade e universal. Desta forma, os assistentes sociais devem não somente sensibilizar a população a participar dos Conselhos, mas também ocupar esse espaço, que é um espaço democrático e também um espaço onde se pode e se deve exercer o Controle Social.

O assistente social deve, portanto, em suas ações objetivar contribuir para a organização dos cidadãos, com vistas a fazer deles um sujeito político, um sujeito de sua própria história para que eles consigam “inscrever suas demandas na agenda pública” (VASCONCELLOS, 2007, p.283).

No eixo de investigação, planejamento e gestão, os assistentes sociais desenvolvem as seguintes ações:

- 1- Elaborar planos e projetos de atividades a serem desenvolvidas pela equipe de Serviço Social;
- 2- Realizar estudos e pesquisas acerca dos determinantes da saúde;
- 3- Realizar estudos sobre as Políticas Públicas;

Nesse eixo fica evidenciado que, a partir das transformações no mundo do trabalho, o assistente social é chamado a prestar serviços no âmbito da gestão, planejamento e coordenação de programas e projetos.

Esse eixo requisita um assistente social propositivo, que não seja um mero executor de tarefas, que esteja atento ao movimento e às transformações da sociedade, que desenvolva ações que contribuam na promoção da saúde e que seja um profissional investigativo.

O profissional que se utiliza da dimensão investigativa no seu cotidiano profissional, é um assistente social que desenvolve prática reflexiva. Que reflete sobre os processos de trabalho, que descortina as possibilidades que estão colocadas de forma implícita na realidade.

Todos os eixos retratados acima se articulam ao eixo assessoria, qualificação e formação profissional, que requisita aos assistentes sociais ações como:

- 1- Fortalecer o controle democrático;
- 2- Organizar e assessorar Seminários, Simpósios, entre outros;
- 3- Elaborar planos de educação permanente com vistas a qualificação profissional.

Ressaltamos que esses quatro eixos de ação devem ser realizados de forma articulada. Essas ações profissionais desenvolvidas no cotidiano das instituições se constituem em possibilidades, em estratégias de fortalecimento do projeto ético-político no cotidiano institucional.

Como o assistente social intervém no processo saúde-doença do usuário cabe a ele o desenvolvimento de espaços coletivos que contribuam para alterar a correlação de forças em favor da

⁸ Não é nosso foco abordar as esferas públicas, porém, consideramos os Conselhos enquanto instrumentos de exercício da democracia (GOHN, 2007).

classe trabalhadora. Pois é a partir da organização política dos trabalhadores que podemos exercer pressão ao Estado, para que seja garantido o direito conquistado constitucionalmente a uma Política Pública de Saúde verdadeiramente universal.

4- Considerações Finais.

O presente artigo demonstrou que as transformações que ocorrem na Política Pública de Saúde e na sociedade capitalista contemporânea alteram tanto as demandas dirigidas aos assistentes sociais como as respostas materializadas no seu cotidiano profissional.

A partir dessas transformações o assistente social é chamado a trabalhar especificamente na Política de Saúde entre os poucos recursos e a garantia da expansão e concretização dos direitos da população usuária.

Dessa forma, o assistente social inserido no campo da saúde, desenvolve suas atividades sobre as contradições postas pelo próprio cotidiano: o direito do cidadão a ter direito à uma saúde pública e de qualidade e o avanço das políticas neoliberais de desmonte desses direitos.

Acreditamos que os assistentes sociais que executam a Política Pública de Saúde travam um luta cotidiana: a de defender intransigentemente os direitos numa sociedade que nega-os. Assim, faz-se necessário a organização da classe trabalhadora, pois somente a partir dessa organização será possível a superação da ordem social vigente e a instauração de uma nova ordem social sem exploração/dominação de classes, etnia e gênero e onde os direitos conquistados historicamente pela classe trabalhadora sejam garantidos e expandidos.

5- Bibliografia

ARRETCHE, Marta. Política Social no Brasil: descentralização em um Estado Federativo. São Paulo, UNESP, disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rbcso/v14n40/1712.pdf>. Acessado em 20/05/11.

BEHRING, Elaine; e BOSCHETTI, Ivanete. Política Social: fundamentos e história. 5ª Edição. São Paulo: Cortez Editora, 2008.

BITTENCOURT, Roberto; HORTALE, Virgínia. A qualidade nos serviços de emergência de Hospitais públicos e algumas considerações sobre a conjuntura recente no município do Rio de Janeiro. In: _____ A superlotação dos serviços de emergência hospitalar como evidência de baixa efetividade organizacional. Sérgio Arouca. Rio de Janeiro, 2010. Tese de doutorado, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, 2010.

BOSCHETTI, Ivanete. Seguridade Social e projeto ético-político do Serviço Social: que direitos para qual cidadania? Revista Serviço Social e Sociedade, número 79, 2004.

BRASIL. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. Plano Diretor de Reforma do Aparelho do Estado (PRE/MARE). Brasília, 1995.

BRAVO, Maria Inês; MATOS, Maurílio. A saúde no Brasil: reforma sanitária e ofensiva neoliberal. São Paulo: Cortez Editora, 2001.

BRAVO, Maria Inês. Serviço Social e Reforma Sanitária: lutas sociais e práticas profissionais. 3ª Edição. São Paulo: Cortez Editora, 2010.

BRAVO, Maria Inês; MOTA, Ana Elizabete; UCHÔA, Roberta, et al. Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional. 2ª Edição. São Paulo: Cortez Editora, 2007.

Conselho Federal de Serviço Social. para atuação de assistentes sociais na saúde. Brasília, 2009.

COSTA, Cristiane. O impacto das políticas neoliberais no Serviço de Saúde. Um estudo sobre o trabalho dos assistentes sociais no HEMORIO. Rio de Janeiro, 2003. Dissertação de mestrado. Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2003.

COUTO, Berenice. O direito social e a assistência social na sociedade Brasileira: uma equação possível? 4ª Edição. São Paulo: Cortez Editora, 2010.

DURIGUETTO, Maria Lúcia. Sociedade civil e democracia. Um debate necessário. São Paulo: Cortez Editora, 2007.

ESCOREL, Sarah. História das políticas de saúde no Brasil de 1964 a 1990, do golpe militar à reforma sanitária. In: Giovanela, Ligia; Lobato, Lenaura; Escorel, Sara; Noronha, José e Carvalho, Antônio Ivo. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. Capítulo 11.

FURTADO, Celso. O mito do desenvolvimento econômico. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1974.

GHON, Maria da Glória. Conselhos Gestores e participação sociopolítica. 3ª Edição. São Paulo: Cortez Editora, 2007.

KOSHIBA, LUIZ; PEREIRA, Denize. História do Brasil. 7ª Edição. Atual Editora, 1996.

MENICUCCI, Telma. Implementação da Reforma Sanitária: a formação de uma política. Revista Saúde e Sociedade, volume 15, número 2, 2006.

NETTO, José Paulo. A construção do Projeto Ético-Político do Serviço Social. In: Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional. São Paulo: Editora Cortez, 2007.

SODRÉ, Francis. Serviço Social e o campo da saúde: para além de plantões e encaminhamentos. Revista Serviço Social e Sociedade, número 103, 2010.

VIANA, Maria Lúcia. A americanização (perversa) da seguridade social no Brasil. 2ª Edição. Editora Revan, 2000.