



SEMINÁRIO NACIONAL DE SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE



CFESS
CONSELHO FEDERAL
DE SERVIÇO SOCIAL

BRASÍLIA - DF - 2017



SEMINÁRIO NACIONAL DE SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE

**EVENTO REALIZADO ENTRE OS DIAS 8 E 10 DE JUNHO DE 2009,
EM OLINDA, PERNAMBUCO.**



SEMINÁRIO NACIONAL DE SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE

Conselho Federal de Serviço Social (CFESS)

Gestão É de batalhas que se vive a vida! (2017-2020)

Presidente

Josiane Soares Santos (SE)

Vice-presidente

Daniela Neves (RN)

1ª Secretária

Tânia Maria Ramos Godoi Diniz (SP)

2ª Secretária

Daniela Möller (PR)

1ª Tesoureira

Cheila Queiroz (BA)

2ª Tesoureira

Elaine Pelaez (RJ)

Conselho Fiscal

Nazarela Silva do Rêgo Guimarães (BA)

Francieli Piva Borsato (MS)

Mariana Furtado Arantes (MG)

Suplentes

Solange da Silva Moreira (RJ)

Daniela Ribeiro Castilho (PA)

Régia Prado (CE)

Magali Régis Franz (SC)

Lylia Rojas (AL)

Mauricleia Santos (SP)

Joseane Couri (DF)

Neimy Batista da Silva (GO)

Jane de Souza Nagaoka (AM)

Copidesque

Mione Apolinário Sales

Revisão

Assessoria Especial: Cristina Abreu

Assessoria de Comunicação do CFESS: Diogo Adjuto e Rafael Werkema

Projeto gráfico e capa

Rafael Werkema

Diagramação

Ideorama Comunicação

Brasília - 2017

Os textos reproduzidos neste livro foram cedidos integralmente pelos/as palestrantes do Seminário Nacional, realizado de 8 a 10 de junho de 2009, em Olinda (PE). Nem todas as palestras foram disponibilizadas antes da edição desta publicação.



Nosso endereço

Setor Comercial Sul (SCS), Quadra 2, Bloco C.Ed. Serra Dourada

Salas 312/318- CEP: 70300-902- Brasília- DF

Tel.: (61) 3223-1652 E-mail: cfess@cfess.org.br | Site: www.cfess.org.br

Gestão realizadora do evento

Gestão Atitude crítica para avançar na luta (2008-2011)

Presidente

Ivanete Salete Boschetti (DF)

Vice-Presidente

Sâmbara Paula Francelino Ribeiro (CE)

1ª Secretária

Tânia Maria Ramos de Godoi Diniz (SP)

2ª Secretária

Neile d'Oran Pinheiro (AM)

1ª Tesoureira

Rosa Helena Stein (DF)

2ª Tesoureira

Telma Ferraz da Silva (BA)

Conselho Fiscal

Silvana Mara de Moraes dos Santos (RN)

Pedro Alves Fernandes (MG)

Kátia Regina Madeira (SC)

Suplentes

Edval Bernardino Campos (PA)

Rodriane de Oliveira Souza (RJ)

Marinete Cordeiro Moreira (RJ)

Kênia Augusta Figueiredo (MG)

Erivã Garcia Velasco (MT)

Marcelo Sitcovsky Santos Pereira (PE)

Maria Elisa dos Santos Braga (SP)

Maria Bernadette de Moraes Medeiros (RS)

Marylúcia Mesquita Palmeira (PE)

Comissão organizadora

Pelo Conselho Federal de Serviço Social

Rodriane de Oliveira Souza

Sâmbara Paula Francelino Ribeiro

Telma Ferraz da Silva

Pelo Conselho Regional de Serviço Social de Pernambuco

André Luiz Augusto da Silva

Celso Severo da Silva

Galba Taciana Sarmento Vieira

Pollyanna Fausta Pimentel

Soraya Uchoa Cavalcanti



SUMÁRIO

Apresentação	9
---------------------	----------

MESA DE ABERTURA

ABEPSS (Marlene Teixeira)	11
CRESS-PE (André Luís da Silva)	13
CFESS (Ivanete Boschetti)	14

MESA REDONDA - Impactos da crise contemporânea na seguridade social: desafios postos aos assistentes sociais na saúde

Ivanete Boschetti (CFESS/UnB)	17
Maria Inês Bravo (UERJ)	28

PLENÁRIA 1- Política de saúde mental e os serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos: a inserção de assistentes sociais

Lúcia Cristina dos Santos Rosa (UFPI)	35
Conceição Maria Vaz Robaina (Fiocruz)	52

PLENÁRIA 2 - O serviço social e as contradições da estratégia da saúde da família e do Nasf

Vera Maria Ribeiro Nogueira (UFSC/UCPEL) **61**

Sâmbara Paula Ribeiro (UECE/CFESS) **76**

PLENÁRIA 3 - Participação social e mobilização popular em saúde

Maria Lúcia Duriguetto (UFJF) **83**

PLENÁRIA 4 - Saúde e trabalho: impactos nas condições de trabalho dos assistentes sociais

Rosa Lúcia Predes Trindade (UFAL) **94**

MESA REDONDA - Ética e bioética em saúde: dilemas do cotidiano dos assistentes sociais pensados a luz do projeto ético- político profissional

Maria Alexandra da Silva Monteiro Mustafá (UFPE) **105**

Rodriane de Oliveira Souza (Hospital Universitário Pedro Ernesto-UERJ /
Universidade Veiga de Almeida / CFESS) **116**

Regina Miotto (UFSC) **129**

MESA REDONDA - Desafios à formação em serviço: a inserção do assistente social nas residências multiprofissionais e em Serviço Social na Saúde

Soraya Araujo Uchoa Cavalcanti (CRESS/PE) **155**

Programação do Seminário Nacional de Serviço Social na Saúde **161**



APRESENTAÇÃO

A publicação que ora apresentamos reúne o conteúdo do *Seminário Nacional de Serviço Social na Saúde*, que aconteceu em Olinda (PE) entre os dias 8 e 10 de junho de 2009, e que abordou o trabalho de assistentes sociais da área da saúde, no contexto político e social brasileiro. O evento teve a participação de aproximadamente mil assistentes sociais e foi transmitido em tempo real pelo site do CFESS, contando com quase três mil acessos ao longo de toda a programação.

Organizado pelo Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) e pelo Conselho Regional de Serviço Social da 4ª Região (CRESS-PE), o evento promoveu discussões sobre temas atuais de grande importância para o serviço social e para a sociedade brasileira, dentre os quais destacamos: *Impactos da Crise Contemporânea na Seguridade Social: desafios postos aos assistentes sociais na saúde*; *Política de Saúde Mental e os Serviços Substitutivos aos Hospitais Psiquiátricos: a inserção de assistentes sociais*; *Saúde e trabalho: impactos nas condições de trabalho de assistentes sociais*; *Desafios à formação: a inserção de assistentes sociais nas residências multiprofissionais e a discussão do documento Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Saúde em debate*, produzido por um grupo de trabalho (GT) do Conjunto CFESS-CRESS. **Este documento, que será finalizado e publicado, agregará as contribuições advindas dos debates deste seminário e comporá a série intitulada Trabalho e Projeto Profissional nas Políticas Sociais.**

Com a realização desse evento, o Conjunto CFESS-CRESS deu continuidade às ações de capacitação profissional continuada, levada a efeito por meio dos diversos seminários temáticos, iniciados em 2009, e que tiveram sequência nos anos seguintes, com as seguintes temáticas, além da saúde: assistência social, previdência social, sociojurídico, questão urbana, educação, direitos humanos, organização sindical.

O Seminário Nacional de Serviço Social na Saúde teve seu formato organizado em conferências, palestras e debates simultâneos, que abordaram especificidades e desafios presentes no cotidiano da atuação profissional nesse campo, na perspectiva do aprimoramento e da qualificação do trabalho profissional. Essa dinâmica evidencia o compromisso do Conjunto CFESS-CRESS com a realização de ações de capacitação continuada voltadas para as/os assistentes sociais.

Com o seminário, assistentes sociais e o Conjunto CFESS-CRESS se posicionam em defesa da Reforma Sanitária, do Sistema Único de Saúde (SUS), dos direitos sociais, do trabalho e do Estado Democrático de Direito. Os debates reafirmaram críticas contundentes às reformas neoliberais, aos impactos das fundações estatais de direito privado na estruturação do SUS e à forma como os governos vêm se posicionando contra a crise.

A publicação do conteúdo do seminário cumpre a importante tarefa de ampliar o acesso ao material para todas/os que tenham interesse na temática. São elementos que possibilitam agregar subsídios teóricos, técnicos, políticos, éticos para o exercício profissional de qualidade, em consonância com o projeto ético-político do serviço social.

Ressaltamos por fim, todo o empenho da gestão do CFESS *Atitude Crítica para Avançar na Luta* (2008-2011), que organizou e realizou o evento, como parte de suas ações estratégicas em defesa da qualidade do exercício profissional. Por questões operacionais, não foi possível a sua publicação antes do término do seu mandato, o que ocorreu em maio de 2011.

Dessa forma, a direção atual do CFESS tem a enorme satisfação de finalizar essa tarefa.

Brasília, março de 2017.

Gestão Tecendo na Luta a Manhã Desejada (2014-2017)



MESA DE ABERTURA: ABEPSS

PALESTRANTE: MARLENE TEIXEIRA (ABEPSS)

Bom dia às/aos assistentes sociais, estudantes e demais ouvintes presentes. Em nome da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS), quero parabenizar o CFESS, o Conjunto CFESS-CRESS e o CRESS de Pernambuco pela organização desse evento. O serviço social ocupa um espaço na saúde, histórica e tradicionalmente importante, que foi reconhecido pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) em 1997, por uma resolução que definiu os/as assistentes sociais como profissionais de saúde (Resolução CNS nº 218, de 6 de março de 1997).

A ABEPSS vem desenvolvendo uma série de atividades relacionadas à saúde, no sentido de garantir a direção e as diretrizes curriculares aprovadas. Foi com esta perspectiva que se engajou no Fórum Nacional de Educação das Profissões da Área de Saúde (Fenepas), a partir de 2006. Objetivando qualificar e aprofundar a discussão sobre a formação e o exercício de assistentes sociais na área da saúde, na perspectiva do nosso projeto, isto é, na perspectiva das diretrizes curriculares e da integralidade na saúde, passamos a integrar o fórum. Mais recentemente, fomos convidadas e passamos a integrar o Fórum de Entidades Nacionais dos Trabalhadores na Área de Saúde (Fentas), onde temos também participado das discussões sobre residência multiprofissional.

Entendemos que a saúde, como parte da seguridade social, é uma questão fundamental na discussão das garantias e dos direitos sociais. Sabemos que estamos mais uma vez na contracorrente, nesse momento de implantação da contrarreforma, em que, por um lado, o ensino superior tem sido desafiado com as propostas de redução do tempo de formação, de criação de carreiras multidisciplinares e de um imenso produtivismo no campo da pós-graduação, o que exige novos esforços e articulações. De outro, o incentivo e os investimentos no ensino à distância impõe novos desafios às entidades. Realizar esse debate sobre a formação em saúde no serviço social, na perspectiva da reforma sanitária e a partir do diálogo multidisciplinar, parece-nos assim um momento ímpar de nossa articulação.

Oportunidades como esse evento ganham ainda mais relevância não só para aprofundarmos a especificidade das contribuições que o serviço social pode dar no campo da saúde e da seguridade social, mas também no sentido de nos articularmos com outras profissões que se posicionam favoravelmente ao projeto da reforma sanitária e do Sistema Único de Saúde (SUS). A articulação com esses movimentos é estratégica para garantir a formação defendida pela ABEPSS.

Queria agradecer a oportunidade de estar aqui e desejar a todas e a todos um ótimo debate e um bom encontro. Obrigada!



MESA DE ABERTURA: CRESS-PE

PALESTRANTE: ANDRÉ LUÍS DA SILVA (CRESS-PE)

É com muita alegria, que o CRESS da 4ª região (Pernambuco) saúda todos/as os/as assistentes sociais do Brasil. Que sejam todos/as muito bem-vindos/as à terra dos altos coqueiros. Gostaria de realizar um agradecimento especial aos/às conselheiros/as e funcionários/as do CFESS e do CRESS 4ª região, professores/as e estudantes que colaboraram singularmente para a realização deste evento. Vivemos momentos dramáticos para a classe trabalhadora e para toda a sociedade, em que presenciamos a ressignificação do mundo objetivo, forjado pela exploração e corrupção, e pela rentabilidade geral, onde tudo passa pelo comércio. No Brasil, a saúde pública é sucateada de várias maneiras, abrindo passagem para o mercado do sofrimento e da dor.

Ao olhar nossos hospitais públicos, poderíamos, no âmbito da atuação de muitos assistentes sociais da área da saúde, sem qualquer surpresa, pronunciarmos as palavras de Dante : « Aqui toda esperança é vã ». Nesse universo, como em outros, o/a assistente social é desafiado não só em seu exercício profissional, mas em sua coragem e capacidade de negação dessa entificação perversa. Neste momento, aprendemos muito com o poeta: « quem sabe faz a hora, não espera acontecer ». É com essas palavras que eu saúdo todos/as os/as assistentes sociais do Brasil que compareceram ao Seminário Nacional de Saúde. Que possamos ter um excelente encontro.



MESA DE ABERTURA: CFESS

PALESTRANTE: IVANETE BOSCHETTI (CFESS)

Bom dia a todas e a todos os/as assistentes sociais, estudantes, companheiros e companheiras de lutas. Gostaria de saudar todos/as que atenderam a esse chamado do Conjunto CFESS-CRESS e aqui vieram para mais um seminário nacional, o nosso segundo neste ano e o primeiro na área da saúde, que vai discutir especificamente o trabalho do/a assistente social, como parte do projeto *O trabalho de assistentes sociais nas políticas sociais*.

É realmente um prazer, para nós do Conjunto CFESS-CRESS e do Conselho Federal de Serviço Social, recebê-los/as neste seminário, que já é um sucesso pela quantidade de participantes e, certamente, também o será pela qualidade dos debates que teremos. Tivemos 1.140 inscritos/as, sendo 1.040 assistentes sociais e 100 estudantes ;estamos com o plenário lotado e transmissão simultânea para outro auditório, onde se encontram mais de 240 pessoas. Merece também destaque a inovação iniciadacom este seminário, que é a transmissão simultânea ao vivo pelo sítio do CFESS. Isto significa que o seminário está sendo acompanhado, em todo o Brasil, por aqueles/as que não puderam se deslocar até aqui para acompanhar o evento. Para nós, é uma satisfação imensa estar na organização desse seminário. Gostaria de saudar também os meus companheiros de mesa, na pessoa do presidente do Conselho Regional da 4ª Região de Pernambuco, que se

somou ao Conselho Federal na organização desse seminário e possibilitou que ele se realizasse dessa forma.

Este é um Seminário muito importante, porque vivemos mais do que nunca um contexto de fortes ataques à política de saúde e à noção da saúde como direito do cidadão e dever do Estado. Mais do que nunca, este espaço de reflexão entre os/as assistentes sociais mostra-se fundamental. Mais do que nunca, a ação coletiva na defesa das políticas sociais e direitos sociais revela-se imprescindível, não só para garantir os direitos conquistados na Constituição de 1988, mas para mantê-los e para avançarmos mais e mais, efetivamente na universalidade da saúde e da seguridade social. Portanto, este é um seminário posicionado, pois, como diz o nosso *CFESS Manifesta*, coloca-se em defesa da Reforma Sanitária e do projeto ético-político do serviço social na área da saúde. Este seminário constitui, assim, um espaço de resistência, que mobiliza o Conjunto para que esteja ao lado das forças e de todos/as aqueles/as que estão conclamando e defendem a saúde como direito.

Aproveito para convidar todos/as a participarem do *Dia Nacional de Luta contra as Fundações*, no próximo dia 17, e pela vida, o que estamos discutindo nessa mesa.

Este é, portanto, um seminário que visa a discutir o trabalho do/a assistente social na área da saúde, mas sem fragmentar o trabalho profissional, ou seja, trata-se de um seminário que quer discutir o trabalho do/a assistente social no seu contexto, lá onde ele se realiza e nas condições de trabalho em que acontece. É um seminário que dá continuidade a uma série de outros seminários nacionais organizados pelo Conjunto CFESS-CRESS. O primeiro, em abril, discutiu o trabalho de assistentes sociais no Sistema Único de Assistência Social (SUAS) ; este está discutindo o *Trabalho de Assistentes Sociais na Saúde*, logo estaremos discutindo o *Trabalho de Assistentes Sociais no Sociojurídico* e, no ano que vem, será a vez do *Trabalho de Assistentes Sociais na Educação*, na *Reforma Urbana*, enfim, nos diversos espaços ocupacionais em que nos inserimos.

A perspectiva é de poder qualificar o exercício profissional, conforme apontado pelo nosso Código de Ética, isto é, a fim de aprimorar os serviços prestados aos/as usuários/as, homens e mulheres da classe trabalhadora, que, neste país, só têm o sistema público de saúde graças a lutas históricas em defesa da saúde como direito e dever estatal. O Brasil é o único país da América Latina que tem um sistema público de saúde, mas estamos prestes a perdê-lo, se a sociedade não reagir a tempo às mudanças que vêm sendo impostas, e que desmantelamos serviços

públicos de saúde, que não garantem o quadro de trabalhos necessários nem os recursos materiais e financeiros para a implementação do SUS, tal como ele foi pensado e estabelecido na Constituição Federal.

Por isso, discutir, debater, refletir e apresentar propostas e encaminhamentos do trabalho do/a assistente social da saúde significa qualificar o nosso exercício coletivo, cotidiano e individual nessa área, mas significa também inserir no nosso trabalho a perspectiva do projeto ético-político do serviço social, um projeto comprometido com os direitos, a universalidade das políticas públicas e com a superação da desigualdade. Um projeto ético-político engajado na luta pela superação da sociedade de classes.

Nesse sentido, a discussão e a experiência que cada um trouxe via trabalho de campo desenvolvido na saúde vem somar com a construção coletiva do direito que queremos, do direito que acreditamos à saúde, à previdência, à assistência e à seguridade social, a fim de nos posicionarmos contra as reformas de cunho neoliberal, que vêm destruindo essas conquistas históricas inscritas na Constituição Federal de 1988. Muitas dessas conquistas nós já perdemos, em função das contrarreformas: a da previdência social, por exemplo, ou estamos em vias de perder, como a reforma tributária, sobre a qual vamos falar posteriormente.

Portanto, este chamado do Conjunto CFESS-CRESS para discutir o trabalho do/a assistente social na saúde é um chamamento à defesa não só do trabalho, mas à defesa dos direitos para toda a classe trabalhadora, à defesa do Estado social, à defesa do Estado Democrático de Direito, tão duramente construído nesses anos de barbárie capitalista. Não por acaso, comemoramos nesse ano os trinta anos do nosso Congresso da Virada: os 30 anos de projeto ético-político de luta contra a desigualdade. Será em setembro, em São Paulo (SP), a comemoração de 30 anos do projeto ético-político no quarto seminário, a ser realizado.

Esse também, podemos dizer, é um momento de virada, no sentido de reafirmamos esse projeto, essas lutas, essas conquistas e a importância de continuarmos a seguir « firmes e fortes » na defesa dos direitos sociais e das políticas sociais universais de toda a classe trabalhadora. Esse é o nosso chamamento, esse é o sentido e a direção política desse seminário. Esperamos que todas e todos possam participar ativamente, para que possamos, juntos, coletiva e democraticamente, construir e reforçar, cada vez mais, o Conjunto CFESS-CRESS, como esse espaço de construção de uma sociedade justa, democrática e emancipada. Obrigada.



MESA REDONDA: IMPACTOS DA CRISE CONTEMPORÂNEA NA SEGURIDADE SOCIAL: DESAFIOS POSTOS AOS/ÀS ASSISTENTES SOCIAIS NA SAÚDE

PALESTRANTE: IVANETE BOSCHETTI (CFESS/UNB)

É um prazer participar desse evento, para discutir o tema dos desafios postos aos assistentes sociais da saúde. Queria fazer uma saudação especial a Maria Inês Bravo, nossa companheira de luta, que também está compondo essa mesa. Agradeço, sobretudo, aos organizadores e ao Conjunto CFESS-CRESS, que proporcionaram essa oportunidade de socializar e debater coletivamente estas reflexões.

Na área do serviço social, temos muitos desafios, porém é impressionante como eles são, na verdade, uma mola propulsora não somente de nossa profissão, mas da classe trabalhadora que está sempre sendo chamada e desafiada a lutar por direitos, por melhores condições de trabalho e de vida. Assim, discutir os nossos desafios no âmbito da saúde e da política de seguridade social, nesse momento de crise, é uma tarefa ainda árdua. Esse seminário tem a particularidade de pensar um determinado espaço profissional, sem descolá-lo da realidade em que se insere ou na qual se move, apresentando determinações, limitações objetivas e, também, muitas vezes subjetivas.

Esse seminário, portanto, para nós do Conjunto CFESS-CRESS, é muito rico, pois, ao mesmo tempo em que particulariza o debate sobre o trabalho profissional e as especificidades de uma determinada política social, permite que si-

tuemos esse dito espaço profissional, política social e exercício profissional, no contexto das relações sociais econômicas que são determinantes para sua configuração. Nesse sentido, não basta entendermos e discutirmos o trabalho de qualquer profissional, seja do assistente social, seja de qualquer trabalhador ou trabalhadora em qualquer política social, sem entender essa inserção no quadro geral das condições de trabalho vividas pela classe trabalhadora. Isto, porque não existe uma suposta 'ilha da fantasia' em que nos inserimos, imune às determinações mais gerais de organização da sociedade e do trabalho. Estamos vendo que a crise bate cotidianamente à nossa porta e à porta dos trabalhadores e trabalhadoras com os quais convivemos. Este mesmo raciocínio serve para pensar o trabalho profissional e seus desafios: há que o fazer no contexto em que se insere. Nesse sentido, quando falamos de crise atual, é importante termos clareza de que existem diversas perspectivas de compreensão dessa crise. O que vou expor é orientado pela perspectiva que estrutura o projeto ético-político-profissional. Para tanto, é preciso situar que o debate dos nossos desafios pressupõe entender essa crise como uma crise estrutural do capitalismo, e não uma crise decorrente apenas do momento específico conjuntural, que pode ser resolvida com algumas medidas de regulação econômica e social. Não é esse o sentido de crise que entendemos a partir de um referencial teórico, histórico e político marxista. Segundo este referencial, a crise contemporânea é mais uma crise de superprodução e de busca de ampliação de acumulação no capitalismo. Portanto, é uma tendência inerente e estrutural ao capitalismo na sua busca permanente por superlucros, por meio da acumulação incessante de capital. Essa é uma primeira premissa importante. Não estamos falando de uma crise tópica, conjuntural e que, portanto, será superada com medidas tópicas e emergenciais.

O capitalismo vive crises estruturais. Sua história é feita de crises estruturais, que, no entanto, se diferenciam em função do grau de desenvolvimento das forças produtivas, das condições capitalistas de produção e reprodução, da organização e luta de classes e, também, das formas de constituição e desenvolvimento do Estado. Por isso, as crises são diferenciadas, na medida em que possuem uma natureza determinada, do ponto de vista da organização da economia e das relações sociais. A crise atual se caracteriza como uma crise de superprodução, marcada pela busca permanente de superlucros, que encontra, na própria impossibilidade de assegurar a todos o acesso aos bens produzidos, elementos geradores da crise.

Embora a riqueza seja socialmente produzida, ela é apropriada e acumulada por poucos, o que significa que a busca incessante por superlucros deixa a maioria da população fora do acesso aos bens e riquezas produzidos, o que vai,

por sua vez, gerar diversos mecanismos de defesa, resistência e expressões da crise. Neste momento, a crise se manifestou inicialmente como uma bolha de especulação imobiliária, mas, na verdade, essa é apenas uma expressão da crise, não a sua determinação, que é estrutural ao capitalismo.

Como bem sabemos, esta não é a primeira crise do capital. Ouvimos, inclusive, muitos analistas compararem a crise atual com a crise de 1929. Esta última foi, de fato, a primeira grande crise do capitalismo após a revolução industrial, e que colocou em xeque o capitalismo até então sustentado pelo livre mercado, fundamentado no liberalismo ortodoxo. A crise de 1929 também foi uma crise de superprodução e, naquele momento, a resposta capitalista àquela crise foi o abandono do liberalismo ortodoxo e do livre mercado e a introdução de relações econômicas e sociais reguladas pelo Estado. Naquele momento, isto significou a prevalência, nos países do capitalismo central, de governos de social democracia, estabelecidos nos pilares do keynesianismo-fordismo, cuja máxima- produção de massa para consumo de massa – precisa de forte intervenção estatal.

Naquele momento de crise de superprodução, a proposta do padrão keynesiano de assegurar o equilíbrio entre oferta e demanda por meio da intervenção estatal foi ao encontro da engrenagem de padrão fordista de produção- produção de massa, com barateamento do custo da produção e do preço das mercadorias, para assegurar o consumo de massa. Podemos falar de três pilares básicos de desenvolvimento capitalista, como resposta à crise de 1929, que instituem mecanismos antes ausentes no cenário econômico. O primeiro foi a introdução de políticas de regulação econômica, por meio da ação ativa do Estado, para a geração de empregos, tanto no setor público quanto no setor privado; ampliação de rendimentos por via direta, com regulamentação dos salários, dos preços, das regras de produção.

O segundo pilar foi o forte investimento nas políticas sociais, que constituíram importante estratégia de resposta à crise de 1929, pois, ao ampliarem o papel do Estado na prestação de serviços sociais, asseguraram não só o aumento de emprego no setor público, mas também aumento de rendimento da classe trabalhadora. Ao garantirem acesso público a bens e serviços como saúde, educação, moradia, lazer, contribuíram para a liberação de parte do salário para consumo das mercadorias antes inacessíveis.

O terceiro pilar foi a ampliação dos direitos, numa perspectiva que muitos designam como « teoria da cidadania », mas, na realidade, não se tratava exata-

mente de cidadania, mas da perspectiva dos direitos, segundo o ponto de vista de T.H. Marshall. Qual era essa perspectiva dos direitos? A ideia-chave era assegurar direitos básicos para todos, com o intuito de garantir um padrão mínimo de bem estar, que não colocasse em xeque a acumulação. Por isso, segundo a teoria marshalliana clássica, a cidadania não é incompatível com o capitalismo. Esse sentido de direitos sociais, implementado a partir da década de 1930, permitiu a expansão do Estado social, sendo inconteste a sua contribuição, a partir da década de 40 e até a década de 60, para expansão dos direitos nos marcos do capitalismo. Esta foi uma forma de resposta à crise de 1929, e que resultou na implantação de direitos e políticas sociais.

No entanto, essa resposta não foi instituída apenas como concepção da burguesia. Ela instituiu um determinado padrão de desenvolvimento do capitalismo regulado, mas só foi possível em função do contexto de forte depressão econômica, combinado à intensa pressão das lutas da classe trabalhadora, com vistas a um padrão mínimo de cidadania. Foi, na década de 40, após a Segunda Guerra Mundial, que se configurou um padrão universal de políticas sociais, nos países centrais do mundo capitalista. Ampliou-se, portanto, o que inicialmente era uma proposta de padrão mínimo.

A universalidade das políticas e a ampliação dos direitos estabeleceram-se, neste confronto de lutas, entre uma determinada perspectiva social democrática e a configuração de respostas versus a luta coletiva organizada da classe trabalhadora em ação por direitos e pela melhoria das condições de vida e de trabalho.

Cabe uma reflexão muito importante, quando por vezes ouvimos: «o projeto ético-político defende a superação da sociedade capitalista, mas fala em direitos sociais, no entanto, os direitos sociais são capitalistas ». Esses direitos são capitalistas sim, mas defender a criação e expansão dos direitos sociais no capitalismo não é trair o projeto ético-político, é criar as condições materiais de garantia das condições de vida. Marx, ao se referir às primeiras lutas pela jornada normal de trabalho na Inglaterra, no século XIX, escreveu que « a conquista desses direitos pela classe trabalhadora não acaba com o capitalismo. Não possibilita a superação do capitalismo, mas todo ganho do trabalho impõe limites aos ganhos do capital”.

Nesse sentido, o que são os direitos? No contexto da resposta à crise de 1929, eles foram um ganho do trabalho e puseram alguns limites aos ganhos do

capital. Mas todo processo social possui contradições. Após longo período de crescimento econômico e expansão dos direitos, entre a década de 1930 e a de 1970, sobretudo nos países do capitalismo periférico, conhecido como período de instituição do « welfare state », a partir da década de 1970, o capitalismo começa a mostrar novos sinais de crise, com queda no crescimento e aumento da inflação.

Os neoliberais de plantão responsabilizaram a expansão dos direitos sociais, as políticas sociais, os direitos do trabalho e a ampliação da regulação estatal, tudo isso vivido no período pós Segunda Guerra Mundial, conhecido por muitos como « 30 gloriosos anos de ouro » do capitalismo. As respostas à crise de 1969 e 1973, hegemônicas por essa perspectiva neoliberal, foram completamente diferentes das respostas dadas à crise de 1929. Consistiram na retomada dos princípios liberais e numa orientação neoliberal, seguida da entrada na era da mundialização, e ganharam hegemonia com base na crítica dos avanços conquistados pela classe trabalhadora nos anos anteriores.

O pensamento neoliberal espalhou-se mundialmente sob a orientação do Banco Mundial e do Fundo Monetário Internacional (FMI), estruturado em torno do « Consenso de Washington », sede destas organizações, e se tornou a ideologia dos governos desde então. O neoliberalismo foi absolutamente destruidor. Assumiu expressões diferenciadas, tanto nos países do capitalismo central quanto nos países de capitalismo periférico, como é o caso do Brasil e demais países da América Latina e Caribe. Na sociedade brasileira, as respostas foram de destruição, redução de direitos e das políticas sociais, com viés na focalização, estabelecimento de condicionalidades e desmonte dos direitos conquistados na Constituição de 1988, e forte privatização, sobretudo da saúde e da previdência social, em toda a América Latina.

O pensamento neoliberal chega ao Brasil exatamente quando estamos reconstituindo o Estado Democrático de Direito e conquistando direitos com a Constituição de 1988, depois de um longo período de regime militar, que implementou políticas sociais com características tecnocráticas centralizadoras, autoritárias, em que os direitos sociais reconhecidos eram uma compensação à supressão dos direitos políticos e civis. Daí a criação, por exemplo, da renda mensal vitalícia. O Brasil viveu o tensionamento da expansão do neoliberalismo em contexto de forte mobilização nacional pela expansão do Estado democrático de direitos. Em contexto de crise mundial, deu-se a promulgação da Constituição de 1988, chamada por Ulysses Guimarães de « Constituição Cidadã », porque

voltada para a ampliação dos direitos e na contracorrente do movimento mundial de crise e de reestruturação de direitos, numa perspectiva neoliberal. Apesar das particularidades políticas do contexto nacional, o Brasil não fica imune ao contexto mundial de crise e de avanço do neoliberalismo. Na década de 90, logo após a aprovação da Constituição de 1988, apesar dos vários movimentos pela redemocratização do Estado naquele momento, o Brasil passa a incorporar as medidas neoliberais : primeiramente com Collor, depois com Fernando Henrique Cardoso e até hoje com o governo Lula.

As tentativas de desmonte ou de não implementação daquelas conquistas constitucionais são permanentes, graduais e cotidianas. Daí os movimentos contrarreformistas que se iniciaram no Brasil na década de 90: 1) o movimento de contrarreforma na Previdência, em 1998 e em 2003, que reduziu enormemente a abrangência da previdência pública e abriu caminho para a expansão do mercado de planos privados de previdência ; 2) as contrarreformas na saúde, que, ao não garantir orçamento público, impediu a estruturação do SUS nos termos propostos pela Reforma Sanitária e, ao invés de estruturar um amplo sistema público com qualidade, vem ofertando um sistema reduzido e com forte viés privatista.

Ademais, a concepção da seguridade social, como assegurado na Constituição de 1988, requer uma ampliação de programas de assistência social, na perspectiva do direito e do dever estatal. Essa foi uma questão bastante discutida no Seminário do SUAS, o que significa construir um SUAS que vá além da perspectiva minimalista que tem prevalecido até hoje. A ampliação de programas de transferência de renda como o Bolsa Família, descolado dos serviços socioassistenciais e de outros direitos, além da redução dos recursos da previdência e da assistência social, colocam em risco a proposta de seguridade social e ampliam a tendência que vem sendo conhecida como assistencialização das políticas sociais.

Uma terceira modalidade de contrarreforma pode ser vista no ensino superior, com o Reuni (Reestruturação e Expansão das Universidades Federais), que também promove a expansão dos cursos privados e o estímulo à expansão de cursos de graduação à distância, pondo, assim, em risco um sólido sistema que vinha sendo construído, de ensino público e de instituições universitárias públicas federais e estaduais.

Esse movimento global, no entanto, que vem desde a década de 90, agudiza-se com a crise atual. Qual é a perspectiva que melhor a caracteriza? É preciso

dizer, antes de tudo, que essa é uma crise diferente das anteriores. Do ponto de vista de uma perspectiva não marxista, lê-se nas análises que circulam nos jornais que se trata de mais uma crise cíclica do capitalismo, uma crise tópica, que vai ser superada. As medidas e respostas vão se dar, portanto, de acordo com a abordagem utilizada. Até aqueles que defendiam o Consenso de Washington agora estão reconhecendo o Fórum Social Econômico. Ministros de planejamento e economia, inclusive dos países capitalistas da Europa Ocidental, mais Estados Unidos, Brasil e América Latina, conseguiram chegar a um único acordo, de que aquelas medidas orientadas pelo Consenso de Washington foram uma receita amarga em resposta à crise de 1973 e que não deu certo.

E a partir de agora, o que fazer? De modo muito cínico, as respostas agora se voltam para uma tentativa de recuperação, não daquela trilogia que respondeu à crise da década de 1929, mas de uma resposta parcial do Estado, em socorro aos bancos e às empresas, para garantir - o princípio é o mesmo - novamente o consumo e a produção. Não por acaso, as medidas implementadas no Brasil faziam parte dessa estratégia. Os descontos do imposto sobre produtos industrializados (IPI) dos carros, os chamados descontos das mercadorias brancas (eletrodomésticos) e a tentativa de viabilizar novamente a produção de massa para um consumo de massa. No Brasil, tenta-se implementar, tardiamente, uma cópia borrada da regulação keynesiana do mercado para garantir produção de massa para consumo de massa. Essa política, contudo, se soma à utilização do fundo público e do orçamento público para salvar as empresas e os bancos capitalistas. Trata-se de uma resposta capitalista para salvar a acumulação capitalista.

Outra perspectiva, de tradição marxista, afirma que a crise atual não é uma crise cíclica, tópica, mas sim uma crise de superprodução, ou seja, uma crise estrutural do sistema capitalista. Esta perspectiva enfatiza que a crise contemporânea não é apenas uma crise econômica, mas sim uma crise planetária e que atinge todas as esferas da vida. Uma crise que revela a barbárie capitalista que tudo destrói na sua busca inesgotável de superlucros. Assim, se expande a exploração do meio ambiente, com sua destruição da natureza na busca por novos nichos de acumulação. A produção acelerada de novas mercadorias, para nos obrigar a manter o mercado, se revela com toda força no avanço tecnológico, que nos obriga a trocar de computador, de internet, de celular e qualquer outro aparelho tecnológico a cada dia. São novas tentativas de manter um padrão de acumulação, retomar as taxas de lucro, para garantir a reprodução do capital. Essa perspectiva de análise nos coloca, pois, a seguinte questão: a resposta de regulação social keynesiano-fordista vai possibilitar a superação da crise atual?

De acordo com a perspectiva marxista, não existe possibilidade, hoje, de retomada de uma resposta fordista keynesiana, como após a crise de 29.

É possível uma resposta nos moldes neoliberais? Também não parece viável uma agudização do neoliberalismo, após seu fracasso reconhecido mundialmente. A perspectiva marxista, ao reconhecer a contradição estrutural do capital, sustenta que não há mais espaço na sociedade para avanço do neoliberalismo e da mundialização excludente do capital. As taxas de desemprego mais altas da história, a incapacidade de recomposição dos níveis de emprego, o empobrecimento da população mundial são alguns dos efeitos e consequências extremamente sombrias da crise. Nenhum analista hoje é capaz de apontar, com clareza, quais serão as consequências da política contemporânea, mas algumas tendências vêm sendo apontadas.

Sinalizarei algumas tendências que, publicadas num relatório do Departamento de Trabalho e Emprego dos Estados Unidos do governo atual de Barack Obama, mostra que os efeitos da crise são desastrosos. Dizem eles que nem a possibilidade de uma regulação keynesiana, se houvesse, seria capaz de recompor a curto e a médio prazo os efeitos que essa crise vai provocar. Que efeitos são esses? Eles consistem num cenário de mudanças do emprego e da organização do trabalho, como não ocorreu nem na crise de 1929 nem na crise de 1973.

Há uma tendência ainda mais aguda do que houve, no passado, em matéria de inflação, informalidade, prestação de serviços, agora sem nenhum tipo de regulação econômica e social pelo Estado, destruição de postos de trabalho, desemprego na indústria e na agricultura, e um certo crescimento de empregos somente no setor de serviços. De acordo com esse relatório, teremos, em 2009, uma destruição de cinquenta e um milhões de postos de trabalho, sabendo-se que apenas na América Latina serão 23 milhões. Ou seja, em função dessa desestruturação, teremos cinquenta e um milhões de postos de trabalho que vão desaparecer em 2009.

Não é por acaso também que esse relatório sinaliza que o setor de serviços é o que talvez vá permanecer como o único a manter um certo padrão de empregos, justamente porque esse setor vai ser muito demandado para oferecer respostas a essa condição de desemprego e pauperismo. Incluem-se no setor de serviços os programas sociais, não com uma perspectiva universalista, como foi a resposta à crise de 1929, mas numa perspectiva focalizada, com o desenvolvimento de programas voltados para a condição de pobreza absoluta, e para certos segmentos que não têm condição nenhuma de manter sua própria sobrevivência, como crian-

ças, idosos, e pessoas com deficiência. Ou seja, é um retorno àquelas perspectivas totalmente liberais do século XIX. Daí compreendemos, por exemplo, a expansão dos programas de transferência de renda, que estão se espalhando e se proliferando por toda a Europa e América Latina, em detrimento do trabalho e de direitos ligados ao trabalho, como as aposentadorias, pensões e seguro-desemprego.

Não tenho, assim, infelizmente, otimismo nenhum do ponto de vista da análise e da realidade com que tais questões se colocam objetivamente. A destruição de postos de trabalho significa, como corolário, a redução do acesso a uma das mais importantes políticas de seguridade social, que é a previdência. Em todo o mundo e no Brasil, a previdência é vinculada ao trabalho estável ou ao pagamento como segurado especial, ou autônomos da seguridade social. Se não há emprego e não se contribui, não se vai ter acesso à previdência e à aposentadoria. Se já temos, hoje, metade da população economicamente ativa que não tem acesso à previdência, porque não tem acesso a emprego estável, a tendência é que esse número aumente.

Do ponto de vista da saúde, as tendências vão ser muito discutidas aqui nesse seminário, mas a principal tendência apontada - apenas para finalizar esse panorama - é a restrição aos sistemas universais e a ampliação da mercantilização, pela via da expansão dos planos privados de saúde, como mais um nicho de acumulação. Isto significa que a satisfação de necessidades sociais, cobertas originalmente como direitos, passa a depender do acesso mercantil, dependente da contratação de planos privados. É evidente que o sistema público de saúde continua existindo. Aliás, é uma tendência mundial dessas contrarreformas, a permanência do sistema público convivendo com o sistema privado. No entanto, a perspectiva é a expansão dos planos privados, tanto na previdência quanto na saúde, com manutenção de sistemas públicos básicos focalizados para população de baixa renda. A probabilidade é que isso se agrave nesse momento.

No âmbito da assistência social, a tendência é a ampliação dos programas tópicos assistenciais. O caráter assistencialista parece fazer parte dessa acumulação, que não tem condições de inserir no mercado a classe trabalhadora e necessita de programas que garantam um mínimo de consumo para assegurar a sobrevivência. Nesse cenário, aparentemente sem perspectivas e sem saída, estamos ousando falar também de possibilidades. Não acredito nas teorias do caos, nos discursos do fim da história e muito menos que não temos possibilidade de enfrentar esse quadro.

Se olharmos para a história, veremos que ela é feita de luta de classes e de confronto de posições. A história é palco da ação coletiva e de posições completamente antagônicas. Foi uma grande vitória percebermos que as respostas, na época da crise de 1929, deram-se em função da luta e da organização da classe trabalhadora, que se deparava com péssimas condições de vida.

As respostas neoliberais na década de 70 foram contrarreformas que, hegemonicamente, provocaram destruição ou restrição dos direitos, das políticas sociais. Portanto, se falamos hoje de desafios na saúde, na seguridade social e em todos os espaços de políticas sociais, os nossos desafios exigem, primeiramente, que entendamos a história desses espaços contraditório de lutas. O resultado desse confronto de forças sociais está completamente em aberto. Não sabemos com segurança o sentido dessa contradição e o que ela vai provocar objetivamente, inclusive do ponto de vista das forças sociais.

Portanto, na perspectiva política fundada no marxismo, a resposta à crise não vai se dar por meios dos países neoliberais, mas exige a possibilidade de organização da classe trabalhadora, com rearticulação das forças sociais de resistência, para fazer face e construir uma história que não seja nem a resposta neoliberal da década de 1960 nem a resposta plena de limites, associada à social democracia da década de 1940. São possibilidades históricas, a serem construídas por dentro de uma luta coletiva. Vale dizer que a construção de tais possibilidades, no seio da luta histórica e coletiva, pressupõe algumas atitudes enquanto sujeitos individuais e coletivos: primeiro, acreditar nas possibilidades históricas de transformação da sociedade. Esse é o primeiro desafio. Se não acreditamos na possibilidade histórica de organização da resistência, de enfrentamento e transformação, já estamos dando por vencida a luta. Como sabemos, o conformismo é o pai e a mãe da manutenção de um determinado estado de coisas. Então, o primeiro desafio nosso é sermos firmes naquilo que é o princípio do projeto ético-político: mantermos a nossa convicção na processualidade da realidade e acreditarmos que quem faz a luta são os sujeitos coletivos e individuais, mas que se inserem nas lutas mais gerais da classe trabalhadora.

Um segundo desafio que tem relação com o primeiro é compreender que não existe um limite imutável para a transformação do mundo. As contradições se deslocam, se suprimem, se suprimem novamente, depois se recompõem e, por isso, é possível agudizar as contradições do capitalismo, até que possam ser superadas. É necessário, portanto, fazer dessas contradições patamares da luta coletiva, assim como compreender quais são as condições atuais de

vida, explorar essas contradições e, ao explorá-las, construir um patamar de superação da crise, que não seja nem pelo viés neoliberal nem pelo viés social-democrático. Para tanto, tem-se como pressuposto o fortalecimento da luta da classe trabalhadora.

No nosso projeto ético-político e no nosso Código de Ética, um dos nossos compromissos é com a melhoria da qualidade dos serviços prestados aos usuários, no sentido de seu fortalecimento como sujeito, individual e coletivo. Esse é um desafio, com base na relação que temos cotidianamente com a classe trabalhadora, ou seja, de fortalecer estes espaços, tanto no que tange à organização política quanto ao acesso aos bens e serviços, como status de existência. Hoje, manter serviços de qualidade, nesse contexto, requer uma grande resistência. Trata-se de um desafio permanecer firme na luta pela defesa dos direitos sociais, na luta da saúde, da seguridade social como direito, como dever do Estado, na luta pela garantia das condições técnicas e éticas necessárias à prestação de serviços com qualidade, como uma mediação, como uma forma de construção de um cimento, de uma base para fortalecimento da classe trabalhadora, da sua organização na perspectiva de uma luta para conquistar a hegemonia na defesa de uma outra sociedade. As ações precisam ser construídas com vistas à garantia dos direitos e das políticas sociais e é sobre tais questões que este seminário deve se debruçar.

Para finalizar, leio um fragmento de uma poesia de Bertold Brecht, que considero bastante pertinente para esse momento: “Desconfiai do mais trivial, na aparência singelo. E examinai, sobretudo, o que parece habitual. Suplicamos expressamente: não aceiteis o que é de hábito como coisa natural, pois em tempo de desordem sangrenta, de confusão organizada, de arbitrariedade consciente, de humanidade desumanizada, nada deve parecer natural. Nada deve parecer impossível de mudar.” Obrigada.



MESA REDONDA: IMPACTOS DA CRISE CONTEMPORÂNEA NA SEGURIDADE SOCIAL: DESAFIOS POSTOS AOS ASSISTENTES SOCIAIS NA SAÚDE

PALESTRANTE: MARIA INÊS SOUZA BRAVO (UERJ)

Queria saudar todos os participantes e reiterar a importância desse seminário, diante dos desafios postos nesta conjuntura, como já assinalou a professora Ivanete Boschetti em sua fala. Queria igualmente parabenizar o Conjunto CFESS-CRESS pelos vários eventos neste ano, sobretudo por este esforço de mediar e discutir saúde e serviço social no atual contexto. Não obstante as análises pessimistas que, porventura, possamos fazer, é seguramente com o otimismo da vontade que travaremos nossa luta.

Organizei a minha apresentação em dois eixos centrais: primeiro, uma discussão da política de saúde, partindo, fundamentalmente, dos anos 1980 e 1990; em seguida, o serviço social e a saúde, de forma a compor algumas questões a serem materializadas em contribuições num documento. Penso que este é um dos objetivos das discussões nesse seminário, afim de adensar a reflexão sobre os parâmetros de atuação do serviço social na saúde. A perspectiva do grupo de trabalho criado pelo Conjunto CFESS-CRESS é que o documento sobre os parâmetros permeie todo o seminário. Então, discutiremos os desafios postos à profissão e terminaremos com algumas proposições. Existem várias agendas esboçadas e precisamos reforçar algumas delas.

Não podemos abordar a atual conjuntura da política de saúde, se não retomarmos o que foi o processo de democratização da sociedade brasileira na década de 1980, efetivamente o que significou este período, em matéria de articulação, mobilização e relação com os movimentos sociais na saúde. É, nesse período, ou melhor, já desde meados dos anos 1970, que o movimento sanitário vai se articular com os diversos movimentos sociais, com vistas à elaboração e construção do Projeto de Reforma Sanitária para o país. Este projeto pressupunha uma democracia de massas, que vislumbrava a perspectiva de emancipação humana e de um outro projeto societário.

Na contramão, porém, desse processo sociopolítico, desencadeia-se, nos anos 1990, um processo de contrarreformas que consistiram numa política de ajuste, mais amplamente conhecida como política neoliberal. Na saúde, especificamente, a sua repercussão dar-se-á por meio de um outro projeto: o Projeto Privatista, reatualizando o processo de privatização, como bem ressaltou Ivanete Boschetti, da ditadura do grande capital, no período de 1964-1974. Tratava-se, porém, desse mesmo projeto, mas com uma outra roupagem e uma articulação nova com o mercado..

Dentro disso, vê-se que há claramente dois projetos societários em disputa, os quais correspondem a distintas proposições para a política de saúde: o Projeto de Reforma Sanitária e o Projeto Privatista, articulados a projetos societários distintos. Como no serviço social, nosso projeto articula-se com um determinado projeto societário.

É necessário frisar as diferenças marcantes entre esses dois projetos para a saúde. O Projeto de Reforma Sanitária, que propõe o Sistema Único de Saúde (SUS), tem como características: uma nova concepção de saúde pautada na determinação social do processo saúde/doença; um financiamento efetivo; a intersetorialidade e, conseqüentemente, a necessidade de outras reformas sociais. Ou seja, a saúde, sob esse prisma, é vista como melhores condições de vida e de trabalho. Este projeto prevê a necessidade de amplas reformas sociais, bem como a importância da construção da seguridade social.

A Constituição Federal de 1988 concebe um conceito de seguridade social restrita, envolvendo apenas três políticas: saúde, assistência social e previdência social. Considera-se que a seguridade social assegurada na Constituição foi a seguridade possível naquele momento, a partir da luta de classes, das

concepções em disputa e dos acordos feitos. É, pois, nessa perspectiva, que integrantes do Projeto de Reforma Sanitária vão se inserir no debate, postulando, inclusive, a partir de alguns militantes e do movimento social, que a saúde, pelo seu grau de mobilização, poderia iniciar um processo mais amplo de reformas sociais para o país. Infelizmente, isso não aconteceu.

Como marcos da Reforma Sanitária, enquanto discussão e luta por melhores condições de vida e trabalho, ressalta-se a análise da determinação social do processo saúde-doença e a concepção de um Sistema Único de Saúde- o SUS –, sob um formato universal, com equidade, integralidade e intersetorialidade, com o objetivo de garantir o direito à saúde. No entanto, esse projeto vai ser questionado nos anos 1990, sob a égide do Projeto Privatista. Logo, não é mais o Estado de Direito que vai ser defendido, mas o ‘Estado Mínimo’, mínimo sobretudo no que tange à questão social. Por outro lado, tem sido ‘máximo’, quando se trata de o Estado subsidiar o capital.

A perspectiva da saúde em torno do direito social, direito de todos e dever do Estado começa a ser flexibilizada, segundo o argumento de que o Estado não pode assumir todos os ônus. Nesse sentido, as propostas apresentadas consideram que o Estado só poder assumir integralmente a atenção básica, que não é do interesse do mercado. Com relação à assistência à saúde, afirma-se que a mesma tem que ser compartilhada com o mercado, cabendo ao Estado à assistência aos mais necessitados, por meio do pacote básico da saúde, ditado pelas agências internacionais.

No entanto, perguntamo-nos: O que significa esta perspectiva dentro da concepção do SUS prevista pela Reforma Sanitária ? O que muitos autores têm afirmado é que o SUS implementado não é aquele previsto pela Reforma Sanitária, mas um SUS que atende efetivamente apenas a uma camada da população, ou seja, o ‘SUS para os pobres’. Com esta direção assumida pelos governantes, o que ocorre é a ampliação dos planos privados e o desfinanciamento da política de saúde. O financiamento, tão discutido no âmbito da Reforma Sanitária e da Constituição, não é viabilizado desde os anos 1990, quando começamos a sofrer regularmente processos de contingenciamento.

O que se vê realmente é a disputa de projetos: o Projeto de Reforma Sanitária atuando na contra-hegemonia, face à hegemonia do Projeto Privatista.

Ademais, algumas questões que já estavam presentes nos anos 1990, com relação à implementação do SUS, permanecem até hoje, a saber: a política social subordinada ao capital financeiro, encolhendo-se os direitos sociais e ampliando o espaço de mercado. Um dos pontos importantes de nossa agenda é justamente discutir o que significa esse complexo médico industrial que está sendo constituído. A segunda questão é a dificuldade de viabilização da concepção de seguridade social. Embora tenha sido assegurada na Constituição de 1988, não se evidencia, na prática, a viabilização da articulação e integração das políticas que lhe constituem, tanto nos anos 1990 quanto agora. Ou seja, o orçamento da seguridade social não foi viabilizado. O Conselho Nacional de Seguridade Social vigiu apenas durante um curto período, sendo posteriormente extinto.

O problema do financiamento do SUS, mais as distorções nos gastos públicos, influenciados pela lógica de mercado, é um ponto que vem nos inquietando e mobilizando desde os anos 1990. O retrato da situação é que a saúde tem tido o menor investimento, enquanto se tem uma certa manutenção na previdência e relativo aumento na assistência. A saúde vem sofrendo paulatinamente uma diminuição no seu financiamento.

Isto remete à questão dos princípios éticos do Projeto de Reforma Sanitária. Nos anos 1990, ninguém falou em Projeto de Reforma Sanitária, a não ser os assistentes sociais ou pouquíssimos outros sujeitos coletivos. Falava-se no SUS, na sua implantação, mas não dentro da perspectiva da Reforma Sanitária. Da mesma forma, a seguridade social tem sido uma bandeira de luta dos assistentes sociais, e contado com o apoio dos movimentos sociais. Também no debate acadêmico hegemônico, não se vê a discussão da Reforma Sanitária nem da seguridade social.

Um outro elemento importante neste balanço dos rumos que teve a Reforma Sanitária no presente é a não valorização do controle social e da participação social, tão caros ao movimento sanitário. Este movimento social criou mecanismos fundamentais, como os conselhos e conferências. A necessidade desses mecanismos estaria articulada a fóruns, como o Fórum dos Trabalhadores, o Fórum dos Usuários, entre outros. Esses mecanismos são o tempo inteiro desrespeitados, as suas resoluções não são cumpridas e uma das evidências é a proposta de fundação estatal de direito privado, ou melhor, a fundação de direito privado, no fundo, apenas privada e nada estatal. Essa fundação, apesar

de ter sido derrotada na 13ª Conferência Nacional de Saúde, assim como em todas as conferências estaduais e municipais realizadas nesse país, em 2007, sua decisão não foi acatada pelo ministro da saúde, que afirmou que o governo não poderia se subordinar ao movimento social. Ou seja, o que significa o princípio fundamental de participação e de controle social democrático, se o governante, que deveria dar o exemplo, fala que não pode respeitá-lo?

Uma definição mais clara do papel dos governos estaduais, de uma certa forma, tem sido respondida pelos pactos: o pacto de gestão e o pacto da saúde, mas que não resolveu efetivamente essa questão. A proposta é que se fizessem discussões organizadas nos estados, articuladas com discussões regionais, com participação social, para definir os planos regionais, as prioridades, os financiamentos. Este debate mais amplo não ocorreu ao longo do processo.

Quanto à terceirização e precarização dos trabalhadores da saúde, essa é uma questão realmente seríssima, que atravessa todas as áreas e a saúde em particular. Desde os anos 1990, novas formas de 'modelo de gestão' têm surgido, como as Cooperativas de Mercado, Organizações Sociais, OSCIP, retornam na atual conjuntura, ampliada pela proposta de fundação de direito privado. Todos esses modelos procuram desresponsabilizar o Estado, ampliando o processo de privatização.

No que diz respeito ao modelo de atenção centrado na doença, conseguimos viabilizar apenas parcialmente a concepção ampla de saúde, apoiada sobre a necessidade da intersectorialidade e integralidade. A saúde ainda é vista, sobretudo, não como melhores condições de vida e de trabalho, segundo uma perspectiva ampliada, mas como ausência de doença. O próprio relatório acerca dos determinantes sociais apresentados tanto pela OPAS quanto pelo Ministério da Saúde reduz a determinação social do processo de saúde-doença a fatores como o biológico e os fatores ambientais, sem enfatizar uma questão que é central : a sua determinação social, ou seja, a vinculação da saúde com as relações sociais.

O modelo de gestão que tem sido priorizado é vertical, burocratizado e terceirizado, com ênfase na privatização. É importante ressaltar que o Projeto de Reforma Sanitária tem propostas para a gestão diferentes do que tem sido priorizado. O que é defendido pelo referido projeto é a gestão democrática, horizontal, com ênfase na gestão pública, estatal, sob comando direto do Estado.

Para finalizar esta primeira parte de minha exposição, é importante considerar que a análise geral que se faz dos dois mandatos do governo Lula é que a disputa entre os dois projetos na saúde – existentes nos anos de 1990 – continua, embora haja flexibilização do Projeto da Reforma Sanitária e maior aproximação com o Projeto Privatista. Algumas propostas procuram enfatizar a Reforma Sanitária, mas não houve vontade política e financiamento para viabilizá-las. O que se percebe é a continuidade das políticas focais, a falta de democratização do acesso, a não viabilização da seguridade social e a articulação com o mercado pela privatização da saúde.

Para abordar de forma sintética o serviço social e a saúde, destaca-se, a partir do exposto, que há uma relação entre o projeto ético-político e o de Reforma Sanitária, principalmente nos seus grandes eixos: principais aportes e referências teóricas, formação profissional e princípios. Os dois projetos são construídos no processo de redemocratização da sociedade brasileira e se consolidam na década de 1980. As demandas democráticas e populares, a mobilização e organização dos trabalhadores urbanos e rurais colocam na agenda a exigência de transformações políticas e sociais e a necessidade de articulação dos projetos profissionais aos projetos societários que são propostos para o conjunto da sociedade.

O projeto profissional da categoria do serviço social defende uma nova concepção da profissão, com compromissos éticos e políticos, justiça social, garantia dos direitos sociais, defesa da democracia social, econômica e política e construção de uma nova ordem social sem discriminação de gênero, raça, etnia e classe.

O serviço social, entretanto, não passa ao largo da tensão que se coloca, a partir dos anos 1990, nas políticas sociais e de saúde. Ao mesmo tempo em que a década de 1990, apesar das proposições advindas do Estado de contrarreformas, a profissão resistiu e consolida seu projeto profissional. Contudo, é nesta mesma década que se identifica mais claramente o início da ofensiva conservadora na profissão, que se amplia nos anos 2000. A crítica à tendência intenção de ruptura, formulada por Netto, não se apresenta como antimarxista, mas afirma que o marxismo não apresenta respostas para o conjunto dos desafios postos à profissão pela contemporaneidade.

A proposta deste seminário é debater e consolidar o documento *Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde*, com o objetivo

de referenciar a intervenção dos profissionais de serviço social da área, coerente com o projeto ético-político da profissão. Foi produto do grupo de trabalho Serviço social na saúde, instituído pela entidade em 2008. Procura responder a um histórico pleito da categoria, em torno de orientações gerais sobre as respostas profissionais, a serem dadas pelos assistentes sociais às demandas identificadas no cotidiano do trabalho do setor da saúde, e as que são requisitadas pelos usuários dos serviços ou pelos empregadores dos profissionais de serviço social. Ressalta que os assistentes sociais na saúde atuam em quatro grandes eixos: atendimento direto aos usuários; mobilização, participação e controle social; investigação, planejamento e gestão e assessoria, qualificação e formação profissional. O conteúdo desses eixos será apresentado com maior aprofundamento em mesa que irá discutir especificamente o documento.

É importante destacar que o trabalho do assistente social na saúde deve ter como eixo central a incorporação dos conhecimentos e das novas requisições à profissão, articulados aos princípios dos Projetos da Reforma Sanitária – construído nos anos 1980- e ético-político do serviço social. É sempre na referência a estes dois projetos que se poderá ter a compreensão se o profissional está de fato dando respostas qualificadas às necessidades apresentadas pelos usuários.

Para reforçar o que foi explanado, pensar uma atuação comprometida do serviço social na área da saúde deve ter como pressupostos: estar articulado e sintonizado ao movimento dos trabalhadores e de usuários que lutam pela real efetivação do SUS; facilitar o acesso do usuário aos serviços de saúde da instituição e não submeter a operacionalização de seu trabalho aos rearranjos propostos pelos governos que descaracterizam a proposta do SUS; tentar construir e/ou efetivar, conjuntamente com outros trabalhadores da saúde, espaços nas instituições, que garantam a participação popular nas decisões a serem tomadas; buscar assessoria técnica e sistematizar o trabalho desenvolvido, bem como estar atento sobre a possibilidade de investigações sobre temáticas relacionadas à saúde e sua relação com o serviço social.

Para finalizar, gostaria de ressaltar que os defensores dos projetos da Reforma Sanitária, ético-político do serviço social e democracia de massas só conseguirão contribuir para o enfrentamento das profundas desigualdades existentes na atual conjuntura brasileira aliando-se a um amplo movimento de massas, que exija a redução do fosso entre a política macroeconômica e as políticas sociais, com a elaboração de uma agenda que defenda a garantia dos direitos humanos e sociais e a ampliação da democracia nas esferas da economia, da política e da cultura.



PLENÁRIA 1: POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL E OS SERVIÇOS SUBSTITUTIVOS AOS HOSPITAIS PSQUIÁTRICOS: A INSERÇÃO DE ASSISTENTES SOCIAIS

PALESTRANTE: LÚCIA CRISTINA DOS SANTOS ROSA (UFPI)

Boa tarde. Quero agradecer o convite para compor essa mesa. É um prazer estar no Recife, ainda mais falando para a minha categoria, o que é uma coisa rara, sobretudo discutindo entre nós a saúde mental.

Fiquei com o encargo de falar sobre a política brasileira de saúde mental. Pela manhã, já tivemos uma excelente introdução às questões, uma vez que, na saúde mental, temos também projetos em disputa. No atual momento, estamos, mais do que nunca, em plena disputa. Não sei se viram a *Revista Época* da semana passada, em que o poeta Ferreira Goulart aparece comentando a sua situação de pai, com dois filhos com esquizofrenia. Essa matéria está gerando a maior polêmica, porque há acusações inverídicas em relação à reforma psiquiátrica, como a de que não aceitamos internações psiquiátricas. No entanto, é preciso saber que este tipo de ataque faz parte do processo de disputa política.

A cooptação dos familiares para poder formar a opinião pública é uma das estratégias contrarreformistas em saúde mental, coordenadas hoje infelizmente pela Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP). A ABP teve historicamente um papel fundamental, ao se pronunciar, no final da década de 1970, em

apoio à reforma psiquiátrica e aos trabalhadores da saúde mental, que foram denunciar as suas condições de trabalho, do que resultou toda a demissão que aconteceu no Rio de Janeiro. Mas hoje, infelizmente, o contexto é outro. A ala mais conservadora assumiu a ABP.

Minha fala vai trazer justamente à baila toda essa luta e os dois projetos políticos. Vou enfatizar a questão histórica, porque isso permite compreender as distintas concepções e leituras históricas presentes no seio dessa disputa. É importante estarmos resgatando a história para desnaturalizar os processos, porque, afinal, são duzentos anos de modelo hospitalocêntrico e apenas trinta anos de modelo de reforma psiquiátrica.

As desvantagens históricas são enormes e nossa maior tendência, primeiramente, é uma herança do modelo biomédico. Devemos ter aquela vigilância epistemológica, que Gaston Bachelard sempre fala, pois, vez por outra, o modelo biomédico aparece. Nem nos damos conta e ele está interferindo. Acabamos reforçando coisas que, às vezes, têm um valor, mas, noutras, seria totalmente desnecessário, o que demonstra que estamos envolvidos nele o tempo todo. É importante, assim, termos muito cuidado com essas questões todas, porque podemos, sem querer, acabar reforçando algo que pretendemos negar, ou melhor, colocar no seu devido espaço.

O modelo brasileiro, como todo o mundo ocidental, acabou, portanto, seguindo o modelo europeu, sobretudo francês: o modelo hospitalocêntrico, em particular a partir da criação do Hospício Pedro Segundo, no Rio de Janeiro, em 1852. É fundamental lembrarmos isso, porque um dos contrarreformistas disse: “se querem acabar com o hospital psiquiátrico, ele deve ser mantido”. Vamos discutir, então, por que defendemos que o hospital psiquiátrico não é necessário, se contarmos realmente com uma rede de serviço substitutiva, estruturada e com resolutividade.

A concepção que impregna esse modelo e está subjacente a ele é a do isolamento terapêutico. Sua origem está associada à tese do biólogo e médico sueco Lineu, que, em seus pressupostos na Botânica, dizia que, para conhecermos uma planta, temos que a isolar dentro de uma estufa, para controlarmos todos os fatores que nela interferem para melhor conhecermos. Esse modelo foi transposto para o modelo psiquiátrico, nascente na França de Philippe Pinel, tendo como consequência a prática de isolar o doente mental do seu meio para conhecê-lo, reeducá-lo e, somente depois, devolvê-lo à sociedade. Ou seja, a sociedade, em

momento algum, é posta em xeque. O problema estava sempre no próprio indivíduo, que precisava ser reeducado em suas paixões. Esse aspecto é extremamente importante, posto que uma das acusações contra a reforma psiquiátrica, formuladas especialmente pela ABP, é a de que o nosso questionamento não tem bases científicas, sendo puramente ideológico. Segundo eles, o que devemos modificar não é a psiquiatria, e sim o modelo assistencial. Cabe ressaltar essas noções e diferenças de abordagem, desde já, para não adotarmos certas concepções, sem sabermos o que estamos defendendo realmente.

Quanto à pessoa com transtorno mental, a ciência nascente no século XVIII, com Philippe Pinel, acaba contribuindo para uma visão estigmatizante. A tese do isolamento terapêutico já a traz no seu bojo: são pessoas presumidamente perigosas, incapazes para o trabalho, por isso, devemos isolá-las. Com o aparecimento de alguns homicidas entre a população psiquiátrica, essa presunção da periculosidade e incapacidade foi se reforçando cada vez mais. Temos ainda hoje no imaginário social a ideia de que ‘ lugar de louco é no hospício ’, e somos todos constituídos por esse imaginário. Assim, é crucial a atuação na esfera da cultura, de maneira a desconstruirmos essa noção. O que dá base a esse tipo de resposta é o seguinte raciocínio: o louco é uma pessoa de alta periculosidade, logo perigoso para si e para a sociedade em geral. Incapaz para tudo, só é capaz de delírio e agressividade.

A centralidade desse modelo consiste, então, na internação, isto é, na exclusão do meio, do convívio social. Reside ainda na supremacia do saber médico. Posteriormente, ganha relevo a medicação mais todo o rol de técnicas que vão fazer parte do tratamento. Mais recentemente, sobretudo no Brasil dos anos 1970, o ambulatório também passou a fazer parte desse circuito.

Cabe resgatarmos, em contrapartida, as bases da reforma psiquiátrica. A Segunda Guerra Mundial é o seu marco. Temos, assim, que saber que esse processo pode ser reapropriado por outras forças, para além das democráticas, inclusive as forças neoliberais. Os processos reformistas surgiram, portanto, no processo de democratização do pós-guerra, depois de todos os horrores bélicos da primeira metade do século XX, momento também de grandes investimentos no Estado de Bem-Estar Social, quando houve intensa ampliação e reconhecimento de direitos, inclusive a *Declaração de Direitos Humanos* (1948).

O hospital psiquiátrico vai, desse modo, estar no centro da crítica de todo o modelo assistencial. Por quê? Porque houve tentativas históricas de huma-

nizar esse modelo e sempre foram fracassadas. Em todas as tentativas, havia sempre aquela curva, havia melhorias, mas depois novamente declinava. Isso significa que o modelo psiquiátrico mostrou historicamente muita dificuldade de humanização e de reinserção social.

Por isso, a pessoa com transtorno mental, ao ser também tratada no contexto desse rol de mudanças, ganha uma outra visibilidade, inclusive em função da guerra. Muitos profissionais vinculados aos serviços hospitalocêntricos, ainda no modelo manicomial, são obrigados a sair desse espaço para ir ao *front* de guerra; espaços que passam, em função disso, a serem geridos pelos próprios pacientes. Nesse momento, as capacidades deles começam a ser enxergadas, quando, até então, só se vislumbravam os sintomas psiquiátricos.

Temos várias reformas, opinião que não é consenso também, mas é necessário estarmos sempre nos lembrando disso. Há vários modelos reformistas e várias tradições. Quando falamos em reforma psiquiátrica, não quer dizer que estamos falando da mesma coisa. Quando falo desinstitucionalização, há várias concepções envolvidas. Só estou chamando a atenção para esse aspecto, mas não vai ser possível aprofundar os diversos modelos. Comento para que tomem conhecimento de que existem os modelos inglês, norte-americano, francês e a psiquiatria italiana, cuja proposta de reforma psiquiátrica deu base para o modelo brasileiro. Então, é a partir dele que vou discorrer neste momento, ou seja, apoiada nos autores da reforma Italiana.

Algumas pessoas são bastante radicais no interior do movimento da reforma psiquiátrica, assim como o processo da sua ala mais progressista também não é uniforme. Temos várias tendências. Há quem ache que foi um erro ter criado o CAPS, pois, segundo eles, deveríamos estar atendendo diretamente na atenção básica e não deveriam existir os CAPS. Outros acham que o CAPS é um serviço intermediário, tinha sim que existir, porque senão ia ficar uma lacuna. Não temos também um processo homogêneo, o que é importante que se diga, o que vai ter reflexo nos impasses e desafios que vivenciamos atualmente.

Lembro-me de uma palestra em que um desses contrarreformistas esteve no Piauí. Vejam que a minha fala também é localizada. Por isso, vou falar muito do Piauí e do que lá vivenciei, pois é a minha base de estudos. Até para vocês conhecerem nosso estado um pouco melhor, a partir também do meu lugar social. Uma vez que o Piauí fica na periferia das mudanças em curso, o processo reformista lá chegou já bastante tardiamente, tendo como marco inaugural

o ano de 2005 para cá, mas sabendo-se que 1986 é o marco da criação do primeiro CAPS do Brasil. Estamos, portanto, bastante atrasados. Eis por que é interessante trazer a realidade do Piauí num cenário tardio, em que todas as forças dos movimentos sociais encontram-se em refluxo, porque assim vamos ver que o principal ator político passa a ser não o movimento social, mas o próprio Ministério da Saúde, com sua política de saúde mental.

A Declaração de Caracas é um marco fundamental da área de saúde mental. Para mostrar como é o nível do debate, cabe contar que um contrarreformista foi realizar uma palestra no Piauí e disse ali que esta declaração foi fruto de ‘uma reunião entre amigos’. Com esse tipo de crítica rebaixada, é evidente que não querem dialogar. Já vêm com várias acusações dessa natureza, o que significa que estão realmente organizados para um ataque ferrenho junto à opinião pública e aos familiares.

Cabe, pois, salientar que a **Declaração de Caracas foi um evento organizado pela Organização Panamericana de Saúde (OPAS)**, tendo o selo de uma instituição reconhecida mundialmente. Neste documento, o manicômio, na verdade, é sinônimo de hospital psiquiátrico. As características do modelo do hospital psiquiátrico arroladas são: a) isolar o doente do seu meio, gerando, dessa forma, maior incapacidade social; b) criar condições desfavoráveis que põem em risco os direitos humanos dos enfermos; c) requerer a maior parte dos recursos humanos e financeiros destinados pelos países ao serviço de saúde mental; d) fornecer ensino insuficientemente vinculado à necessidade de saúde das populações, dos serviços de saúde e outros setores.

Diante disso, está claro que o nosso projeto, em contrapartida, é de uma política de saúde mental, com todas as suas bases. Assim, a reforma psiquiátrica tem tudo a ver com o projeto ético-político, donde a importância de discuti-la no serviço social. A coordenação desse projeto estrutura-se a partir da crítica e proposição fundadas em quatro eixos: 1) o *eixo ético e jurídico* contra a violação dos direitos humanos das pessoas que têm transtornos mentais; 2) o *viés clínico*, em função da ineficácia terapêutica e da condição de agente patológico e cronificador, historicamente assumida por tais Instituições. Não se conseguiu, pois, que essa instituição se tornasse espaço de cura – é espaço iatrogênico. Na verdade, tendo acontecido exatamente o contrário. Tais instituições constituíram-se em espaços de violência, como dizia Erving Goffman, no seu livro *Manicômios, Prisões e Conventos*. São instituições totais, que modificam, assujeitam, massificam, padronizam e não singularizam, logo, não per-

mitem que a individualidade de cada um se expresse. 3) O *eixo sanitário*, em função da organização do modelo assistencial, o qual produz a loucura administrativa, executiva e organizacional; 4) Uma outra ferramenta importante é a *cidadania*. O reconhecimento dos direitos da pessoa com transtorno mental aconteceu muito tardiamente. Apenas em 1991, a cidadania vem a ser uma conquista, embora ela não tenha se dado igualmente para todas as pessoas. Inicialmente, ela surge como cidadania do homem: adulto, sexo masculino, branco, europeu. Depois, pela sucessão de lutas, vai se ampliando para outras categorias sociais, como as mulheres, depois os negros. Acontece, então, o mesmo com a pessoa com transtorno mental: só em 1991, surge um primeiro documento da ONU, legislando sobre a proteção de pessoas com problemas mentais e promovendo a melhoria da assistência à saúde mental.

Alguns princípios do texto de direitos da ONU, de 1991

Proponho discutirmos alguns princípios, dentre o vasto terreno dos princípios, liberdades fundamentais e direitos básicos. Todas as pessoas têm o direito à melhor assistência disponível quanto à saúde mental. No entanto, cabe indagar o que é melhor e em que contexto. Isso é muito importante, para nós do serviço social, que primamos pela contextualização da nossa prática profissional. Não adianta querermos fazer inovações, se o cenário social e a correlação de forças políticas não permitem. Esse elemento é imprescindível, ao analisarmos o CAPS e nossa atuação profissional dentro deste, que é o principal equipamento reformista, sinalizado pelo documento do Ministério da Saúde:

Todas as pessoas com problemas mentais e que estejam sendo tratadas deverão ser tratadas com humanidade, respeito e dignidade inerente à pessoa humana. Está claro que toda pessoa dispõe de valor humano integralmente, tendo ou não transtorno mental, deficiência ou o que quer que seja. Todas as pessoas com problemas mentais e que estejam sendo tratadas têm direito à proteção contra a exploração econômica, sexual ou qualquer outro tipo, contra abusos físicos ou de outra natureza e contra tratamento degradante.

Assim, se essa lei passou a existir, é possível ter uma ideia do nível de negação dos direitos que havia dentro do modelo hospitalocêntrico. Sabemos de muitas histórias nesse sentido. Há filmes, inclusive, como o documentário sobre a Colônia Juliano Moreira (70 anos da Colônia Juliano Moreira), instituição

que há pouco tempo completou 70 anos no Rio de Janeiro. Graças a ele mostrou-se o abandono das pessoas, mais o que acontecia dentro de celas fortes.

Não haverá discriminação decorrente da condição de transtorno mental. Toda pessoa com problemas mentais terá o direito de exercer todos os direitos civis, políticos, econômicos, sociais e culturais, reconhecidos pela Declaração Universal dos Direitos Humanos. É evidente que esses direitos ainda estão num plano bastante ideal, mas a sua formulação constitui uma conquista. Em muitos lugares, já se avançou bastante, mas ainda temos muito a fazer, porque no plano cultural deparamos com muitos estigmas o tempo todo, na escola, na rede de vizinhança.

O início do processo reformista brasileiro

Há muitos autores tentando determinar com precisão essa questão do início. Não há consenso entre eles. Paulo Amarante, por exemplo, afirma que a reforma psiquiátrica se desencadeou a partir da crise da “DINSAM” no Rio de Janeiro, que era o complexo dos hospitais psiquiátricos geridos pelo governo federal. Um grupo de profissionais já concursados foi contratado na condição de bolsistas. Por denunciarem suas condições de trabalho, foram demitidos, pois, ao fazê-lo, expunham conseqüentemente a violação dos direitos humanos no plano assistencial. Foram demitidos e, em seguida, participaram de um congresso da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), em Camboriú (SC). Receberam apoio do congresso e, a partir daí, surge o Movimento do Trabalhador em Saúde Mental, depois transformado no Movimento Nacional da Luta Antimanicomial.

Jakcson Sampaio, do Ceará, por sua vez, já estabelece como marco do início da reforma psiquiátrica o III Congresso Mineiro de Psiquiatria, porque lá estiveram Franco Basaglia e Robert Castel. Já Ana Venâncio tem uma outra versão. Segundo ela, o movimento da reforma psiquiátrica surge, com toda sua carga crítica, por dentro do movimento contra a Ditadura Militar. Foram criadas comissões para fazer estudo da realidade dos hospitais psiquiátricos, e os pesquisadores começam realmente a mostrar que havia uma indústria da loucura, pois os gastos eram enormes e os resultados pequenos. Se a origem do movimento deu-se efetivamente na ditadura militar, naquele período histórico, ficou mais no plano do discurso, em defesa da criação de Programas de Interiorização da Assistência à Saúde Mental (PISAM). Do ponto de vista científico, portanto, é essencial sabermos que há várias possibilidades, se considerarmos o ponto de vista desses

três autores. Pode ser, inclusive, que tenham outros autores e leituras, mas estes foram os que consegui acessar.

O processo começa, assim, na década de 70, com o processo de democratização da sociedade brasileira, embora Ana Venâncio insista que tenha começado antes, ainda sob a ditadura militar. O movimento da reforma psiquiátrica inicia, pois, dentro do movimento da reforma sanitária, só que passa a ter uma identidade singular, porque o movimento da reforma sanitária luta pelos direitos sociais. Já a reforma psiquiátrica passa a ter como foco os direitos civis. Está dentro do Sistema Único de Saúde (SUS), também apregoa os direitos sociais, pois o Estado deve se manter na assistência. Por que o privilegiamento dos direitos civis? Porque a própria Constituição, se formos olhar os direitos fundamentais de todo cidadão brasileiro, um deles é que ninguém deve ser privado da liberdade, sem ter passado por um tribunal público, conforme o Art. 5º. O doente mental, todavia, é privado de sua liberdade, sem ter passado por um tribunal público. Há um outro artigo que diz que ninguém pode ter sua imagem pública deteriorada. A pessoa que tem transtorno mental, no entanto, é prejudicada na sua imagem, porque basta ir para um hospital psiquiátrico, para que as pessoas comecem a estigmatizá-la. Então, essas são algumas questões básicas dos direitos civis, que passam a ser violados por esses sistemas.

O movimento da reforma psiquiátrica conquistou pouco a pouco uma identidade própria, ainda que vinculado ao movimento da reforma sanitária e ao SUS. Há que se dizer que temos uma dificuldade enorme de sermos reconhecidos dentro da saúde em geral, pelo estigma, inclusive. Se o doente mental manifesta um problema clínico, quando chega ao hospital geral, é muito comum se ouvirem depoimentos de que seu caso é para ser tratado no hospital psiquiátrico. Mais recentemente no Piauí, os profissionais disseram que um dentista da rede do SUS fez a seguinte fala: « Não cuido de doentes mentais »- um posicionamento, sem dúvida, absurdo.

Diante desse tipo de situação, temos algumas possibilidades: a primeira é tentar negociar com o profissional: « olha, estou com um paciente de saúde mental. Não se preocupe. Enquanto estiver cuidando dele, estarei do lado, orientando e assegurando que não vai acontecer nada». Logo, o esforço inicial é contribuir para esse profissional, quem sabe, mudar de postura. A segunda possibilidade é denunciar a discriminação junto ao Ministério Público. É terrível, mas às vezes temos que tomar decisões radicais contra os nossos colegas da saúde, em geral.

Surge, então, no bojo do processo sobre o qual falei, o Movimento dos Trabalhadores da Saúde Mental, que depois se transforma em Movimento da Luta Antimanicomial. Até os anos 1990, apenas o modelo hospitalocêntrico era financiado pelo governo federal. Assim, se apenas o hospital psiquiátrico recebia dinheiro, como foi possível criar outras alternativas? Conquistamos um marco muito importante: a aprovação da Portaria nº 189/91, a qual estabelece a normatização e o financiamento governamental de novos serviços. Não havia condições objetivas para a criação de novos serviços, mas é preciso lembrar que, em 1986, foi criado o primeiro CAPS do Brasil - o CAPS Luis Cerqueira -, o CAPS do Itapeva, como alguns chamam, localizado atrás do Museu de Arte Moderna de São Paulo (Masp). Deu-se este grande passo graças à força econômica de São Paulo, mas também do processo de democratização do país. O CAPS Luis Cerqueira conseguiu, desse modo, instituir um nova experiência de possibilidade do cuidado (integralmente financiado pelo governo de São Paulo, na época de Franco Montoro). Essa experiência torna-se bem sucedida, mas somente em 1991 o governo federal brasileiro começa realmente a dar sustentação às novas modalidades de atenção.

Em 1989, logo, ainda um pouco antes, surge a referida portaria, fruto da apresentação do Projeto de Lei nº 3.657/89, da autoria do deputado Paulo Delgado. Tal projeto de lei previa a extinção dos hospitais psiquiátricos em cinco anos e a construção de um modelo aberto e comunitário. Ele tramitou por 12 anos no Congresso, até que surgiu a Lei nº 10.216, a partir do PL inicial. Estamos chamando a atenção para esse fato, pois os contrarreformistas vão tentar se apropriar dessa lei, com vistas a manipular a história, dizendo: « a Lei nº 10.216 não tem nada a ver com aquele projeto de lei inicial, que foi extinto, o que significa que a Lei nº 10.216 não é a da reforma psiquiátrica ». Tentam, assim, reconstruir, a partir dessa versão e segundo os interesses deles, todo um processo que aconteceu tal como viemos resgatando.

Reforma Psiquiátrica

Há várias formas de conceituá-la. Vários autores tentam propor uma concepção. Trouxe a do Ministério da Saúde, que, a partir de 1990, assume um política de saúde mental. Vou, então, destacar o texto do Ministério da Saúde, que é nossa orientação básica em termos de política. Esta é um « conjunto de transformação de práticas, saberes, valores culturais e sociais em torno do louco e da loucura, mais especialmente em torno das políticas públicas para lidar com a questão. Trata-se de um processo político e social complexo, com

a força de muitos atores, instituições, forças de diferentes origens, a incidirem em territórios diversos ». Saúde mental não é algo endógeno, que diga respeito somente à saúde mental. Suas noções e práticas vão se expressar, sobretudo, na cultura, nos direitos humanos, na educação e nas políticas públicas em geral. Este é um tema que acaba sendo transversal a tudo.

Os eixos da reforma psiquiátrica

Há várias questões importantes. Como não dá para trazer todas, pincei algumas que considero as mais importantes. Em primeiro lugar, é preciso ressaltar a cidadania da pessoa com transtorno mental, que, até então, era uma cidadania entre aspas, tutelada, totalmente interdita, a qual ficava realmente aos cuidados do Estado, mas era uma cidadania interdita. Podemos, por um lado, de forma bastante rude, dizer: os pacientes tinham acesso ao abrigo e a direitos sociais, mas eram completamente amordaçados e suprimidos da luta nas esferas da sua vida. Em nome do atendimento às suas necessidades sociais, os direitos civis e políticos eram totalmente extintos, eliminados.

No que se refere à desinstitucionalização, este é um termo também muito utilizado, mas possui várias vertentes. Segundo Paulo Amarante, há, pelo menos, três vertentes. Num dos textos do próprio ministério, consta que desinstitucionalização seria uma progressiva superação das condições de dependência das pessoas com transtornos mentais das instituições de psiquiatria; logo, consequentemente, a recuperação da sua autonomia, do seu direito de viver, de estar na vida social e na cidade.

Uma outra questão cara para nós é o tema da reabilitação psicossocial. Não tenho mais nenhum preconceito em usar essa palavra psicossocial. Hoje há muitas pessoas que estão começando também a superar as resistências iniciais, visto que elas nos remetem a todo o debate sobre a psicologização. É claro que há várias concepções de reabilitação psicossocial. Continua, inclusive, a existir aquela voltada mais para o enquadramento e reajustamento, em que a sociedade não é questionada. Não obstante, para além desta concepção, gosto muito do termo.

Benedetto Saraceno explicita, assim, dentro do que também vem a ser a prática do assistente social, a concepção básica que um profissional da saúde mental deveria ter na sua ação cotidiana. Os escritos de Benedetto Saraceno, no *Manual de Saúde Mental*, apontam as «variáveis sombras». No modelo hospi-

talocêntrico, o que acontecia é que o hospital trabalhava o aspecto clínico, mas os aspectos extra-clínicos, de natureza social, eram vistos, no geral, como um « rebotalho », sendo jogado para o assistente social. Ao discutir o que chama de « variáveis sombras », Saraceno vai trazer à tona evidências dessas condições, mostrando a importância delas, uma vez que não basta apenas o psicodiagnóstico, os sintomas e a medicação. Logo, as « variáveis sombras » precisam ser consideradas num projeto de 'reabilitação psicossocial', que, para ele, é sinônimo de cidadania. Em outras palavras, trata-se, para Benedetto Saraceno, de um processo que implica a abertura de um espaço de negociação para o paciente, sua família, a comunidade e os serviços. Nesse sentido, seríamos justamente esse mediador da esfera psicossocial, acima de qualquer outra categoria, pois estaríamos mediando esses espaços de negociação e abrindo outras possibilidades de frentes para as pessoas que têm transtornos mentais, mas não só para a família, mas também para a comunidade e para os próprios serviços.

Uma outra questão importantíssima no processo reformista é o trabalho em equipe interdisciplinar. Então, se no modelo hospitalocêntrico, o médico era central, nesse novo modelo, a equipe passa realmente a se constituir pela saúde mental. Os vários olhares só têm acrescentado à saúde mental, na medida em que os transtornos mentais são vistos como fenômenos complexos. Dessa maneira, a redução da enfermidade a seus sintomas ou a mera supressão dos sintomas são totalmente alijadas. Vamos, assim, de forma mais ampla realmente produzir saúde mental, produzir vida, ou melhor, reinventar a vida.

É fundamental, pois, o trabalho em equipe, porque não se trata de uma questão apenas de uma única categoria profissional. São vários olhares e, a depender da situação do paciente, se está com problema de moradia, por exemplo, é claro que a política pública vai ser fundamental, e a atuação do assistente social consequentemente venha a ser talvez a mais importante. Todavia, se o paciente estiver numa crise psiquiátrica, é claro que a ação do médico vai ser decisiva. Vai depender, assim, a cada vez, da circunstância em que as pessoas com transtornos mentais se apresentam ao serviço. Cada profissional pode, portanto, ganhar evidência ao fazer frente ao contexto pessoal em que elas se apresentam ao serviço.

A ação no território, que é onde a vida acontece, consiste em algo fundamental. É preciso, portanto, sairmos dos espaços fechados, com salas confortáveis e ar-condicionado. Se tiverem ideia do que é o calor do Piauí, podem imaginar o que é ação no território. Não é fácil, mas é importante realmente

não ficarmos limitados ao espaço do serviço, porque temos que ir aonde o paciente está. Pedro Gabriel diz que a verba acompanha o paciente. Quando este sai do hospital psiquiátrico e vai para uma residência terapêutica, temos de sair do hospital e ir aonde o paciente está. Temos que fazer como Milton Nascimento, ir aonde o povo está. É necessário estarmos no território, na rede onde essa pessoa circula, constrói sua vida, de modo a podermos potencializar as condições para que ela se mantenha na sociedade.

Temos, pois, como base legal e principal conquista de todo esse processo que durou 12 anos, a Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e o direito da pessoa com transtornos mentais, e redireciona o modelo assistencial da saúde mental. Passamos, então, a ter uma lei, o que não é pouco. Houve uma época, dentro do serviço social, em que discutíamos muito isso. Dizíamos que eram apenas direitos formais. Contudo, hoje sabemos que é fundamental constar no papel. Parece pouco, mas é um avanço bastante significativo, porque o simples fato de estar no papel já constitui um grande trunfo e argumento, para que tiremos o seu substrato jurídico e os direitos passem a vigorar no cotidiano.

Por isso, os contrarreformistas e aqueles mais conservadores querem mexer primeiro na base legal, porque é ela que dá elementos para que possam dar a direção a todos os processos que lhes interessam. Temos que nos agrupar também em torno das bases legais, de maneira a potencializá-la a nosso favor. O SUS tem, nesse sentido, toda uma estrutura argumentativa a respeito do conceito de saúde, o qual é bastante ampliado e nos possibilita realmente desenvolver uma ação integral, se os determinantes sociais forem validados cotidianamente. Penso, entretanto, que estamos longe de nos apropriarmos enquanto categoria desses avanços todos, como bem colocou a professora Maria Inês Bravo.

Nem só de CAPS vive a saúde mental. Há pouco tempo, lendo o livro do Antonio Lancette, *A Clínica Peripatética*, vi que existem os CAPS « burocratizados » e os CAPS « turbinados ». Isto quer dizer que não é porque existem os CAPS que aconteceu a revolução na saúde mental. Por isso, é muito importante desconstruirmos essa ideia de que, se surgiu o CAPS na nossa cidade, podemos cruzar os braços porque a mágica aconteceu. O CAPS é apenas um equipamento importante. Proponho, nesse sentido, ler um trecho do documento do Ministério da Saúde, que revela como o CAPS é visto:

« como um equipamento que tem um papel estratégico, na articulação e no crescimento das redes, tanto cumprindo suas funções na assistência direta e na regulação da Rede de Serviços de Saúde, trabalhando em conjunto com as equipes de saúde da família e agentes comunitários de saúde, quanto na promoção da vida comunitária e da autonomia dos usuários, quanto articulando os recursos existentes em outras redes sócio-sanitárias, jurídicas, cooperativas de trabalho, escolas, empresas etc ».

O CAPS é aquele equipamento que tem de sair de dentro de si mesmo, e mais, produzir outras possibilidades de articulação com outras políticas, até conduzir a política de saúde mental do seu município. Temos, assim, dentro da política de saúde mental, que estar atuando numa rede diversificada de serviços. Não conseguirei explorar todos na minha exposição, mas, no debate, com certeza retomaremos essa questão.

Temos ainda as unidades ‘leitos psiquiátricos’ nos hospitais gerais e as ‘residências terapêuticas’. Quero chamar a atenção, aliás, para o fato de que, no Piauí, duas das residências terapêuticas - temos quatro delas – são coordenadas por assistentes sociais. As outras estão à espera de gestão. A política de saúde mental, de 2005 até 2008, foi igualmente gerida por um assistente social, o que fez toda a diferença no avanço da política. Temos o Centro de Convivência e Cultura, mais o Espaço da Cultura, composto por profissionais da cultura: artesãos, oficinairos, entre outros, que produzem formas de expressão através da arte.

A Supervisão Clínica Institucional é outro recurso muito importante para dar uma retaguarda para a equipe. Temos o programa *De Volta Pra Casa*, que é um auxílio financeiro para os moradores das residências terapêuticas, no valor de trezentos e vinte reais (R\$ 320,00), o Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares/Psiquiatria (PNASH). Há ainda o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NAF), criado recentemente.

Mas quero chegar exatamente aos desafios e impasses da política de saúde mental, pois estamos vivendo um momento bastante delicado, no mínimo, de transição de modelos. O novo modelo ainda não se implantou definitivamente e o hospital psiquiátrico está convivendo com ele, logo, é uma experiência que, em certa medida, depende da realidade de cada estado e município.

No Piauí, por exemplo, não temos nenhum CAPS III, portanto, é impossível o CAPS ser um serviço substitutivo. No momento de crise, como diz um colega lá do Nise da Silveira: « deveríamos inventar um CAPS 2,5, para permitir algumas internações », mas, às vezes, a equipe não assume esse tipo de solução intermediária. Lá no Piauí, esse é, pois, um serviço complementar. O CAPS ali não chega a ser um serviço substitutivo, ou vai depender muito das situações. Por isso, é fundamental estarmos fazendo um pouco de análise de conjuntura relativa ao contexto piauiense. O principal ator da reforma psiquiátrica naquele estado do Nordeste foi o Ministério da Saúde, por meio de sua política de fechamento do número de leitos, indução da criação de CAPS, em parceria com o Ministério Público, a atuar na judicialização da questão. Esses foram os principais atores da reforma em nosso estado.

Precisamos, de modo geral, enraizar mais a reforma psiquiátrica dentro do movimento social, porque é o que dá sustentação a ela realmente. Estamos, então, nesse momento, em transição de modelo, em que há uma coexistência do hospital com os CAPS. Claro que, para a família, a internação psiquiátrica ainda é um recurso que alivia muito as tensões familiares. Não se pode negar que a família precisaria receber um melhor e mais qualificado apoio, porque ela é também cuidadora e precisaria ter outros tipos de retaguarda.

Quanto à capacitação de pessoas para uma atuação profissional sob a lógica do território e da cidadania das pessoas com transtornos mentais, podemos dizer que fomos capacitados dentro de um modelo antigo. A maioria dos estágios inclusive acontece ainda dentro dos hospitais psiquiátricos. O CAPS, por exemplo, não permitiria colocarmos 16 alunos estagiários dentro do serviço, até pela qualidade da assistência e pelos direitos bioéticos hoje, sem falar no desafio da capacitação, mais as questões salariais e a precarização. Temos muitos profissionais trabalhando em novos serviços, de maneira precarizada, sem vínculo ou com vínculo de trabalho precarizado, trabalhando em dois, três lugares. Ninguém consegue ser feliz e um bom trabalhador dessa maneira. Se estamos num lugar sócio-ocupacional por meio de uma relação que pode ser transitória, a tendência, em geral, é que o profissional invista em algo mais estável, como estudar para um concurso público.

Essa questão da capacitação é impressionante. Estamos numa rede de discussão de supervisores clínico-institucionais, em que temos discutido regularmente a esse respeito e criado muito espaços de capacitação, mas o desinteresse dos profissionais é uma outra questão a ser enfrentada. Há um desencantamento

dos profissionais, quando vamos discutir o novo modelo: « ah, não tenho capacitação ou não fui preparado para isso », mas, quando se oferece a capacitação, a participação é mínima. A impressão que se tem é que os profissionais apenas querem o diploma, mas não se envolvem profundamente com o novo modelo. Essa resistência de incorporação no cotidiano não acontece somente com o projeto ético-político. O fato é que esse modelo dá mais trabalho mesmo e nos angustia muito mais. Sempre digo: trata-se de uma ‘clínica da incerteza’, porque o profissional vai caminhando junto com o paciente. É difícil até fazer protocolo nessa nova clínica, justamente para não massificar nem padronizar.

A questão do louco infrator, em especial, não está suficientemente equacionada. Foi lançado no Piauí o documentário *A Casa dos Mortos*, porque sua diretora, Débora Diniz, professora e pesquisadora da UnB, tem familiares piauienses. Esse documentário é muito bom, pois discute a questão dos Hospitais de Custódia e Tratamento psiquiátrico (HCT), tendo como base o hospital HCT da Bahia. É muito interessante, porque ela discute o tema dentro da reforma psiquiátrica, afirmando não ter nada contra os psiquiatras, em particular. Foi escolhido o hospital de Salvador (BA), porque lá está tudo certo quanto às questões clínicas. Há muitos pacientes já avaliados e confirmada a sua cessação de periculosidade. Podem voltar à vida social sem nenhum problema. No entanto, há uma injustiça grave, como ela mesma salientou, pois os psiquiatras não querem conversar a respeito, acreditam que o lugar dos pacientes é ali mesmo. A diretora do documentário, inclusive, disse que, quando foi discuti-lo, nem debate existiu. As pessoas ficaram perplexas, mas, por outro lado, acreditam que têm que ficar por ali mesmo.

No que tange às dificuldades de articulação entre o CAPS, a atenção básica e outras políticas públicas, pode-se afirmar que a questão da intersetorialidade ainda é um problema sério.

Sobre o estigma da pessoa com transtorno mental e os setores conservadores, observamos que estes estão realmente com uma outra estratégia bastante ofensiva, em defesa do modelo hospitalocêntrico. As principais críticas que fazem, de forma demeritória- quem quiser ter acesso a esse material e às propostas, basta acessar o sítio www.abpbrasil.com.br –, são paradigmáticas, parecendo apresentar uma nova proposta ; no entanto, apenas se apropriam em muito do modelo em curso. Dão-lhe outra roupagem, como é o caso da diretriz para o modelo de assistência integral na saúde mental. No fundo, querem mostrar que têm uma política de saúde mental para o Brasil.

O ministério tem uma política de saúde mental, a qual, porém, não está descrita em nenhum documento precisamente, encontrando-se dispersa em vários textos que o órgão produz, mas não está compilada claramente como uma política pública, em um único documento. Então, os setores conservadores querem reinventar essa política, o que deixam bem claro no documento citado. A face crítica remete ao corporativismo, em que mais atacam. O texto deles diz: “O modelo atual é antimédico, especificamente antipsiquiátrico.” Mas, perguntamos, onde estão as bases para que afirmem que “nesse modelo atual, impõe-se uma subordinação dos atos médicos à equipe multiprofissional e à Promotoria Pública”? Há, de fato, uma determinação jurídica de que a internação involuntária tem agora que ser comunicada ao Ministério Público. Está na legislação que ninguém vai ser privado da sua liberdade sem passar por um Tribunal Público. Como não existe o Tribunal Público, a internação involuntária deve ser comunicada ; contudo, os psiquiatras não aceitam, enxergando nessa medida o controle da sua prática. Durante a Semana da Luta Anti-manicomial, esses setores aproveitaram a ocasião e solicitaram um audiência no Senado, propondo que os CAPS mudem de nome, passem a ser CAMPS (Centro de Atenção Médico-Psicossocial).

Um outro argumento deles é de que a Lei nº 10.216 e todo o processo reformista são antimédicos. Contestam ainda que essa não é a lei da reforma psiquiátrica, pois seu projeto inicial foi derrubado. Segundo eles, o projeto de lei do deputado Paulo Delgado tinha graves ofensas, mais acusações descabidas aos psiquiatras e aos hospitais, equiparando-os a torturadores e sequestradores. Afirmam ainda que o processo em curso no Brasil hoje é eminentemente ideológico. Segundo eles, os ideólogos e executores da política de saúde mental do Ministério da Saúde não contaram com o suporte adequado das universidades, que foram excluídas das diversas conferências. Tentam, assim, se apropriar e reconstruir os fatos, a partir da visão e interesses deles.

Quanto ao processo do trabalho, dizem, provavelmente em função do CAPS I, que se prescinde do médico psiquiatra, quando sabemos que no Brasil há um déficit de psiquiatras. No Piauí, por exemplo, temos 224 municípios e apenas 40 psiquiatras, logo, é claro que não dá para ter um psiquiatra em cada município. Por isso, dizem que esse modelo é antimédico, pois, dentro do processo do trabalho, os atos médicos são subordinados à equipe multiprofissional e à Promotoria. Eis por que eles reforçam a crítica a este aspecto.

No debate poderemos conversar mais. Obrigada.

Referências

AMARANTE, P. *Loucos pela vida* : a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro : SDE/ENSP, 1995.

BRASIL. *Saúde mental no SUS* : acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção. Relatório de gestão 2003-2006. Ministério da Saúde : Brasília, 2007.

BRAVO, M.I. *Reforma sanitária e Serviço Social*. São Paulo : Cortez, 2012.

LANCETTI, A. *Clinica peripatética*. São Paulo : Hucitec, 2006

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE. *Reestruturação da assistência psiquiátrica* : bases conceituais e caminhos para sua implementação. Milão : OPS, 1990.

SARACENO, B. *Manual de saúde mental*. São Paulo : Hucitec, 1994.

_____. *Libertando identidades* : da reabilitação psicossocial à cidadania possível. Rio de Janeiro : Instituto Franco Basaglia/Te Cora, 1999.

ROSA, LCS. *Transtorno mental e o cuidado na família*. São Paulo : Cortez, 2003.

VENÂNCIO, Ana Teresa Acatuassú. *Sobre a 'nova psiquiatria' no Brasil* : um estudo de caso do hospital dia do Instituto de Psiquiatria. Rio de Janeiro : UFRJ/PGASMN, 1990 (Dissertação de Mestrado em Antropologia Social)



PLENÁRIA 1: POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL E OS SERVIÇOS SUBSTITUTIVOS AOS HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS: A INSERÇÃO DE ASSISTENTES SOCIAIS

PALESTRANTE: CONCEIÇÃO MARIA VAZ ROBAINA (FIOCRUZ)

Este texto serviu de base para um artigo publicado na Revista Serviço Social e Sociedade, por desdobramento do próprio seminário. Esta informação consta do artigo.

Em primeiro lugar, queria parabenizar o Conjunto CFESS-CRESS pela realização desse seminário e, mais particularmente, por dedicar um espaço à discussão dessa temática da saúde mental, que cumpre a tarefa de pôr em debate questões vivas e polêmicas no interior da categoria, mas, mais do que isto, nos dá subsídios para responder às demandas da sociedade, com a qual temos compromisso e, claro, agradecer pelo convite.

Bem, para dar sentido à minha explanação acerca da inserção do assistente social nos serviços substitutivos de saúde mental, gostaria de retomar alguns paradigmas do cuidado à loucura sob o olhar de sua intimidade com a questão social, objeto de nossa profissão.

A psiquiatria surge com Pinel, na França, sob a vigência da Revolução Francesa. A nova ordem social, agora centrada no homem, separado do fato social, passa a ser guiada pelos preceitos de liberdade, igualdade e fraternidade. Sa-

bendo-se, contudo, que os loucos desafiam a universalidade desses preceitos. O princípio da liberdade está referido ao homem racional, livre para fazer escolhas, leia-se, livre para vender sua força de trabalho no mercado. O louco irracional, estrangeiro a si mesmo, não é homem, é aliens, um ser alienado. Portanto, o conceito de liberdade não se aplica a ele, nem tampouco o preceito de igualdade, pois os que não se ajustam ao modo de produção não podem ser circunscritos ao modelo de homem. Resta, então, o princípio de fraternidade, que vai ser traduzido por ‘cuidado’, mas segundo uma ótica de tutela. É, pois, nesse caldo de cultura que se institui o hospital psiquiátrico, por meio do qual a sociedade, de uma só vez, se ‘livra’ dos loucos e reafirma os preceitos da revolução, necessários à sustentação da sociedade capitalista.

Entretanto, as correntes organicistas da medicina vão envidar esforços para contrapor as teorias de Pinel, dando início ao movimento higienista na psiquiatria. Sua teoria da degenerescência, que, com força de ciência, sustentava a supremacia de uma raça sobre a outra, justificando a eugenia. No Brasil, estudiosos indicam que esse movimento esteve articulado a um projeto de ideal de nação. Nesse período, registra-se também a entrada de um grande contingente de assistentes sociais no campo da psiquiatria. O hospital psiquiátrico, porém, manteve sua centralidade dentro desse modelo.

Com o advento da Segunda Guerra Mundial, intensificou-se a demanda por forças produtivas, frente ao grande número de mortos e mutilados nos confrontos, em idade produtiva. No mundo, verifica-se então a possibilidade de implementação de diversificadas iniciativas de humanização dos hospícios e de programas de reabilitação dos loucos enquanto sujeitos de produção, dos quais vale indicar a psicoterapia institucional francesa, a comunidade terapêutica inglesa e a terapia de família. Mais uma vez, a psiquiatria é chamada a socorrer o regime.

Com o surgimento da psiquiatria comunitária, procede-se a um importante deslocamento: o objeto da psiquiatria desliza da doença mental para a saúde mental. A psiquiatria assume um caráter preventista e o foco agora é a comunidade. Neste novo paradigma, a promoção de saúde equivale a ajustamento social, permitindo-se, assim, a criação de todo um leque de agentes – doravante todos podem ser técnicos em saúde mental. O que se verifica, na prática, é uma extensa psiquiatrização social.

A psiquiatria democrática liderada por Franco Basaglia, a qual vai informar o processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil, conforme já foi dito, ao questio-

nar as bases científicas, culturais e políticas do saber psiquiátrico, pressupõe uma horizontalização do poder entre os demais saberes que compõem esse campo, bem como entre técnico e paciente. O paradigma da desinstitucionalização prevê a substituição do hospital psiquiátrico por serviços de base comunitária, mas articula dialeticamente essas mudanças às transformações societárias. Ora, um modelo dessa ordem só poderia emergir num contexto de redemocratização.

Bem, as sucessivas reformas psiquiátricas, das quais algumas foram aqui enumeradas, sempre tiveram associadas às exigências societárias, numa nítida articulação com o embate entre os interesses das duas classes fundamentais da sociedade. Tais evidências comprovam que o campo que vem sendo identificado como atenção psicossocial constitui um espaço sócio-ocupacional do assistente social, posto que nele se expressa a questão social, nosso objeto. Mas notem: o campo da atenção psicossocial aqui é entendido como o plano que abrange, entre outros, as questões de assistência, moradia, trabalho e cidadania, relativas aos usuários de serviços de saúde mental, que não pode ser confundido com paradigma psicossocial, por meio do qual seria atribuída ao assistente social a prática de terapias. Há que se distinguir o campo do modelo.

Que impactos, então, a reforma psiquiátrica brasileira, a partir do legado de Basaglia, produz sobre as profissões do campo? A recusa ao reducionismo que a psiquiatria imprimiu à loucura, ao limitá-la como doença, impõe um movimento de reconstrução de sua complexidade, e os demais profissionais são chamados a contribuir com seus saberes. Assim, a reforma torna-se um campo interdisciplinar, em que as especialidades são essenciais, para, no tensionamento de suas interfaces, reconstruir dialeticamente o objeto. Para além disso, está posto o desafio de construir uma versão de desinstitucionalização que negue a sua vertente de desospitalização como desassistência, tendo em vista que, na formação social brasileira, não há vigência do Estado do Bem-estar Social, o que constituiria uma diferença da experiência italiana.

Contudo, o que se tem observado no Brasil é uma tendência à hegemonia dos saberes Psi, identificáveis inclusive nas nomenclaturas dos dispositivos do campo, como: grupos terapêuticos, oficinas terapêuticas, Centro de Atenção Psicossocial ; o próprio processo de cuidado ao usuário parte do que é chamado de 'projeto terapêutico'. Outro indicador dessa hegemonia é a direção proposta ao trabalho realizado nos serviços substitutivos, em que majoritariamente os supervisores de equipe são psicólogos ou psiquiatras com formação

psicanalítica. Temos larga experiência de assistentes sociais na gestão, mas não na supervisão.

Tal evidência pode ser explicada em razão de um forte apelo da reforma quanto à atenção à subjetividade, em contraposição à massificação e padronização do modelo asilar. Não menos importante é a questão do financiamento dos CAPS, regulados por procedimentos com valores desnivelados entre eles, que, além do risco da lógica produtivista, produz uma exigência institucional de priorização de determinadas atividades, como as oficinas, a todos os profissionais. Em consequência, verifica-se um deslizamento do modelo psiquiátrico para o modelo psicológico, o que interessa ao recorte neoliberal, na medida em que as questões do campo podem ser tratadas como exclusividade da dimensão individual. Obviamente, essa afirmação não tem a intenção de desqualificar a matéria de que se ocupam as profissões do campo psi, mas de problematizar esta abrangência, bem como o quanto de perspectiva emancipatória pode estar contida no trato de uma dimensão das relações sociais esvaziada de seus determinantes macrosociais.

Dessa forma, indaga-se que expectativas de atuação podem estar dirigidas aos assistentes sociais na saúde mental? Historicamente, os assistentes sociais no Brasil vêm participando da trajetória da psiquiatria e de suas sucessivas reformas, com maior ou menor expressão e contingente. As perspectivas teóricas e metodológicas foram se conformando em consonância às mudanças societárias e ao amadurecimento da profissão, do qual as mudanças do Código de Ética oferecem consistentes exemplos.

No atual estado de desenvolvimento da produção e da reforma psiquiátrica, contudo, o que cabe ao serviço social? Tentar satisfazer essa pergunta remete-nos necessariamente ao mandato social da profissão. Uma profissão legitima-se frente à sociedade a partir do processo de inserção histórica na divisão sociotécnica do trabalho. É o conjunto de sua produção teórica e de seus instrumentos operativos que lhe garantem reconhecimento e um mandato social: o que justifica a existência do serviço social como especialidade no mundo do trabalho é a questão social. É deste lugar que o assistente social está legitimado, frente ao empregador e aos usuários de seu serviço.

No entanto, verificam-se nessa área duas matrizes de atuação do assistente social: a primeira, identificada com a atividade clínica, subordina-se à homogeneização do saber 'psi' e, por isso, trai o mandato social da profissão, assim

como o projeto ético-político, e deixa uma lacuna histórica no projeto da reforma psiquiátrica. Tal adesão parece advir de uma certa crise de identidade do assistente social, haja vista que se trata de uma área em que maciçamente as demais categorias estão formadas para a experiência clínica. Some-se a isso, é claro, os constrangimentos objetivos e subjetivos da força hegemônica, já citados.

Assim, o serviço social vem privando o campo da saúde mental da riqueza do seu saber, fértil em contribuições, para que a reforma alcance o seu projeto ético-político: um mundo mais justo, que comporte as diferenças! Não se trata de negar que as ações do assistente social, no trato com os usuários e familiares, produzem impactos subjetivos, o que se está pondo em questão é o fato de o assistente social tomar por objeto essa subjetividade.

Uma outra perspectiva vigente refere-se àquela atuação que preserva a identidade profissional e sua autonomia técnica, sem negar a interdisciplinaridade, buscando contribuir, no campo teórico-prático, para a identificação dos determinantes sociais e particularidades de como a questão social se expressa naquele âmbito.

Nesse particular, a ofensiva neoliberal e a forma como essas forças têm se apropriado da Reforma Psiquiátrica brasileira, ao materializá-la em política social, tem posto enormes desafios à contribuição do serviço social. Porém, antes de enumerar alguns desses desafios, creio que cabe uma observação relevante. Escapar dos constrangimentos da hegemonia não significa abster-se do campo ou assumir uma perspectiva assistencialista instrumental. Se a tarefa histórica do serviço social na saúde mental não é se ater à subjetividade, também não é restringir-se à assistência social. E aqui vale exemplificar o caso da Prefeitura do Rio de Janeiro, com a experiência do SIMAS, que retirou todos os assistentes sociais das demais secretarias, subordinando-os à Secretaria de Assistência Social, com metas e programas específicos a serem cumpridos no âmbito das demais políticas. A saúde mental é uma subárea da política de saúde, com diretrizes, princípios e estratégias próprias, que nos diz respeito enquanto trabalhadores sociais.

Dito isto, a título de ilustração, penso que valha elencar alguns temas desafiantes para o serviço social frente às requisições da Reforma Psiquiátrica:

Tradicionalmente, na saúde mental, o trabalho com família vem sendo atribuído aos assistentes sociais. Embora o trabalho com família não seja atri-

buição exclusiva do serviço social, nem mesmo como objeto de estudo, é seguro afirmar que, dentro de categorias profissionais típicas da equipe de saúde mental, esta profissão parece ser a que tem o maior lastro de conhecimento e trato nesta área.

É urgente, pois, que se promova o questionamento do ‘conceito de família’ no cotidiano dos serviços: o conceito freudiano de função pai, função mãe, associados às figuras de homem e mulher e fundamento no modelo de família nuclear burguesa, se ajusta ao perfil das famílias atendidas no serviço? A propósito, qual é o perfil das famílias usuárias daquele equipamento, no que diz respeito ao gênero, renda, inserção no mercado de trabalho, rede de apoio? Que políticas sociais podem ser acionadas para dar suporte a esses grupos? Que modelo de atenção às famílias está disponível nos serviços, por exemplo, no que se refere ao papel dessa família? Ela é coadjuvante no tratamento ou é objeto de atenção? Os horários de realização dos grupos de familiares são compatíveis com suas inserções no mercado de trabalho?

Venho, já há alguns anos, ministrando cursos para residentes e estagiários de saúde mental no município do Rio de Janeiro, e, ainda, para profissionais (assistentes sociais, psicólogos, etc.), e sempre faço questão de perguntar:

- *“O seu serviço tem trabalho com família?”*
- *Tem.*
- *Como é o funcionamento? Qual é o dia e horário?*
- *Terça, às 2 horas da tarde e quinta, às 9 horas da manhã.*
- *Sempre de segunda a sexta no horário de funcionamento do CAPS?*
- *Sim.”*

A minha conclusão é que, à primeira vista, parece que não lidamos com famílias trabalhadoras. Considero essa discussão central, justamente porque ela não se refere apenas a uma adequação do trabalho profissional ao perfil das famílias. No campo, costumamos ter uma explicação, por exemplo, para a baixa adesão ao grupo de famílias. Todos os assistentes sociais presentes sabem identificar a família que não frequenta o grupo de família, cujas reuniões são agendadas normalmente de segunda a sexta, no horário de trabalho dela. Por isso, ela é qualificada como ‘família resistente’. Orientamos todo o nosso trabalho com o usuário e familiares a partir desse parecer; certamente, ela é ‘resistente’ a perder o emprego.

Nessa perspectiva, há ainda outras questões a serem pensadas: como o serviço compartilha o cuidado contínuo dos usuários? As ações dos serviços atendem às demandas materiais dessas famílias? O perfil e preocupações dessas famílias são requisitos para a formulação de programas e projetos?

Uma outra noção cara à reforma é a de território. Está inscrita, na cultura do serviço social, uma atividade reconhecida como levantamento de recursos comunitários, mas a noção de território é mais abrangente. Ela é uma requisição de serviços substitutivos à integração orgânica com o seu entorno, posto que o serviço deve ser um centro convergente e radiador naquele espaço geopolítico das questões de saúde mental. O serviço social tem acúmulo teórico e operativo para realizar o mapeamento e articulação das tradições culturais locais, com as lideranças comunitárias, equipamentos comunitários, apoiando-se nas relações de vizinhança e procedendo a intervenções no imaginário social sobre a loucura, entre outros, para constituição de rede naquele campo adstrito ao CAPS.

No campo da geração de renda e do trabalho, há enormes espaços para a discussão das relações de trabalho, sobre as possibilidades e limitações da legislação, o uso do dinheiro, valor de uso e valor de troca do produto, nichos do mercado, capacitação e mais um sem número de questões correlatas.

No âmbito do controle social, temos larga estrada. No nível dos CAPS, temos como desafio problematizar a natureza da atividade denominada assembleia, para além da sua função terapêutica, para alçá-la à condição de participação na gestão da política e de sua implementação. Essa é uma questão também importante para fomentar o exercício de pensar quais são as temáticas da assembleia. Todos os equipamentos têm um dispositivo em que se discute o que vai ser feito na festa junina, mas ali não se discutem questões centrais da política e da gestão do serviço. Na esfera mais geral, além do estímulo à organização local e do movimento dos usuários e familiares, cabe provocar articulações com as instâncias organizativas de saúde em geral, como os conselhos e conferências.

Mas há, na saúde mental, uma particularidade que merece atenção: ela diz respeito à autonomia política da organização dos usuários e familiares. Historicamente, por razões de fácil compreensão, a organização dos usuários e familiares tem sido mediada por trabalhadores da saúde mental. Essas questões têm sido objeto de discussão permanente entre esses atores, e o movi-

mento tem buscado saídas criativas para lidar com esses aspectos limitadores. Há, no entanto, uma peculiaridade sobre a qual devemos nos debruçar. Ela aparece no cruzamento de algumas concepções teóricas com as feições do modelo neoliberal: me refiro ao fato de que têm se expandido as experiências em que entidades organizativas destes segmentos assumem, sob a identidade de ONG, a execução de projetos de assistência ou residências terapêuticas. Elas são possíveis por meio do repasse de verbas da instância estatal para contratação de profissionais, aluguel de imóvel, despesas com material, etc., em que a ONG assume a função de administradora de recursos. Além de precarizar os vínculos trabalhistas dos profissionais, precarizando por consequência a assistência, posto que na saúde mental a tecnologia de cuidado está centrada no profissional, tais medidas colocam em risco a própria condição de sujeito político do controle social, pois, se aos usuários cabe a execução da política, a quem cabe o controle social? Ao Estado?

Caberiam mais algumas dezenas de tópicos, como a garantia de acesso aos benefícios, o que também requer uma análise crítica quanto aos critérios de elegibilidade, a contratualidade nos espaços de moradia, os direitos políticos, o direito à comunicação e à informação, a justiça como instrumento, os direitos da mulher, o lazer, mas os limites de tempo e da tolerância do público não me permitem continuar.

Quero então dizer, por fim, que as questões apresentadas não são divagações teóricas, mas elementos a serem tratados no interior dos espaços institucionais em que estão inseridos os assistentes sociais: nas reuniões de equipe, nos grupos, nas oficinas com os usuários, nas supervisões, sob a forma mais criativa que possamos inventar.

Contudo, para isto, penso que temos que dar conta de duas questões. A primeira é uma permanente análise crítica da política de saúde mental em articulação com o projeto de reforma sanitária e os princípios do SUS. Isto, porque, para ser substitutivo, o acesso aos serviços tem que ser universal, e o número reduzido de CAPS e sua distribuição desigual entre as regiões estão longe de condenar o hospital psiquiátrico à morte. Para ser integral, além de funcionar 24 horas, os serviços devem estar abertos à pluralidade de saberes na sua condução. Para ser equânime, teremos que estreitar a relação com a política e equipamentos de saúde em geral, para sustentar a oferta de serviços de atenção básica em saúde mental, superando o foco na neurose e psicose grave, que têm sido exclusividade dos CAPS, assegurando-se um atendimento

nos espaços dos postos de saúde, assim como a emergência psiquiátrica em hospitais gerais.

Além disso, permanece uma outra questão. Se os manicômios são depósitos do exército de sobrantes e os serviços substitutivos passam a acolhê-los, onde estão os portadores de sofrimento psíquico da outra classe? Nas clínicas privadas de melhor hotelaria, mas atendidos sob o paradigma da psiquiatria clássica? Ou segregados em seus quartos, vigiados por profissionais a domicílio?

Mãos à obra, porque temos muito ainda a construir na direção dos ideais da reforma psiquiátrica!

Uma segunda e última exigência é utilizar a pesquisa como um instrumento para a construção de uma metodologia do serviço social, a partir dos legados da profissão, dos marcos legais, do projeto ético-político e da reforma psiquiátrica na sua raiz ; isto tenho chamado de fazer serviço social na clínica.

Obrigada.



PLENÁRIA 2: O SERVIÇO SOCIAL E AS CONTRADIÇÕES DA ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA E DO NASF

PALESTRANTE: VERA MARIA RIBEIRO NOGUEIRA (UFSC/UCPEL)

Queria, logo de início, marcar minha satisfação por dois aspectos: a própria realização deste seminário, pois o último evento que o CFESS organizou especificamente sobre a saúde já completou dezesseis anos. Este é, sem dúvida, um momento ímpar para discutirmos os aspectos que dizem respeito à prática da saúde. O outro motivo da minha alegria e satisfação é perceber, na comissão organizadora, um grupo jovem, com garra para tocar adiante a luta no campo tenso e complexo da saúde. Meus cumprimentos à comissão organizadora, pelo trabalho que vem realizando.

Gostaria de refletir com os colegas sobre as contradições da Estratégia Saúde da Família (Esf) e do Núcleo de Apoio à Estratégia Saúde da Família (Nasf), levando em conta um dos pontos que mais interferem no cotidiano dos assistentes sociais – as ações profissionais. Ou seja, como as contradições da Esf e Nasf podem ser analisadas nos aspectos que impactam as ações profissionais. Transitar por esta abordagem é fazer o caminho pelo lado da profissão, evidenciando como uma leitura particular sobre a ação profissional, quando orientada pelo projeto ético-político, contribui para desvelar as contradições do Esf/Nasf.

Esta conversa busca, portanto, debater a inserção do serviço social no campo da saúde, articulando a ação profissional à Esf e ao Nasf.

A opção por esta abordagem reside no fato de já contarmos inúmeros artigos avaliativos sobre o Nasf e a Esf. Tais produções, em distintas perspectivas, têm evidenciado os limites e as possíveis fortalezas destes programas enquanto uma estratégia de fortalecimento da atenção básica.

Vamos tentar enriquecer nosso debate, tendo como ponto de referência não a Esf/Nasf, mas as ações profissionais no campo da saúde, entendendo que nossa inserção neste campo não pode ser circunscrita à um política governamental, sempre sujeita a modificações sazonais, com alterações em todo o quadro programático e institucional. A apreensão sobre a participação do assistente social nas políticas públicas deve ser mais ampla, qualificando-o para atuar além dos marcos da atual política, entendendo seu limite e buscando reduzir seus impactos.

As ações profissionais hoje são realizadas em um cenário qual se destacam, pelo menos, duas questões preocupantes, já abordadas em outros artigos e comunicações.

A primeira é o movimento de reorganização e de atualização das práticas em saúde por meio dos Polos de Capacitação Permanente; dos Programas de Capacitação e Atualização Profissional em vários níveis, para distintas categorias profissionais e para programas específicos, entre eles destaca-se o Nasf. Tal movimento tem como escopo qualificar recursos humanos para atuação nos moldes previstos pelos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). Por essa razão, amplia-se a preocupação com a especificidade do serviço social, à medida que se observam outras profissões alargando suas ações em direção ao social. Fica evidente a força que a temática do social e do trabalho com o social vem ganhando no âmbito da saúde por meio das diferentes profissões (MIOTO, 2004).

A segunda é, paradoxalmente, a desqualificação dos aspectos relacionados ao social, desvelado a partir da análise do formato de alguns dos programas de saúde em andamento, de âmbito nacional. Podemos citar como exemplo o Programa de Agentes Comunitários de Saúde, em que, dentre suas atribuições, estão previstas ações referentes ao social, altamente complexas e, portanto, incompatíveis com o nível de habilitação dos agentes comunitários (MIOTO e NOGUEIRA, 2009; NOGUEIRA, 2003).

Assim, não é por acaso que os resultados das ações, dentre outros motivos, são precários, com uma resolutividade baixa, sendo os dispositivos de avaliação mascarados pelo tipo frágil de institucionalidade que se tem em relação às políticas públicas no Brasil. Tal se deve à persistência de compreensão por parte dos gestores de uma cidadania débil e fragmentada em termos de classe social.

A contribuição profissional, para superar este impasse, passa pelo fortalecimento das nossas competências no campo da saúde, expressas por meio das ações profissionais. Digo isso, porque são as ações profissionais competentes que põem em movimento o projeto ético-político profissional, senão, ficamos tendo um discurso vazio, não se concretizando no que realmente interessa.

As ações profissionais são entendidas como o conjunto de procedimentos, atos, atividades pertinentes a uma determinada profissão, realizadas por sujeitos/profissionais de forma responsável, consciente. Contêm tanto uma dimensão operativa, quanto uma dimensão ética, e sinalizam em sua realização a apropriação dos profissionais quanto aos fundamentos teórico-metodológico e ético-políticos da profissão, em determinado momento histórico (MIOTO e LIMA, 2009).

A importância de nos apropriarmos das ações profissionais reside no fato de que expressam a nossa apreensão acerca das grandes matrizes explicativas do social, possibilitando as escolhas políticas e éticas. Quando chegamos às particularidades das ações profissionais nos campos sócio-ocupacionais, temos um gap. São fundamentos teóricos que vão nos dar sustentação para a ação profissional no campo sócio-ocupacional em que ela se faz presente. Somente assim, nos distanciaremos de uma ação voluntarista, marcando a distinção com as ações de outro profissional, ou seja, na medida em que se tem uma densidade teórica, para discutir o que é pertinente ao social e nossas competências no campo da saúde.

A partir deste entendimento sobre a relação entre as ações profissionais e a política de saúde, alguns pressupostos podem ser destacados quando estas ocorrem no campo socio-sanitário.

Em primeiro lugar, uma concepção que corre o risco de se tornar um chavão se não for constantemente repensada, que é a concepção ampliada de saúde. A concepção ampliada de saúde decorre do paradigma da determina-

ção social do processo saúde-doença, que entra no debate sobre condições de saúde na década de 1960, como fruto da incorporação do referencial marxiano nas discussões sobre a saúde – saberes e práticas.

A determinação social não é estática, mas extremamente sujeita às metamorfoses do campo da produção e das formas de reprodução social. Então, pensar a determinação social do processo saúde-doença hoje mostra um quadro distinto de dez, vinte anos passados. E alteram o encaminhamento das nossas ações. Para não se tornar um chavão, temos que atualizar as determinações deste processo, senão, corremos o risco de ficarmos repetindo um discurso descolado da realidade atual.

Abordar a concepção ampliada de saúde e postularo paradigma da determinação social como estruturantes do processo saúde-doença constituíram-se num terreno extremamente fértil para ampliar a compreensão sobre o fazer profissional, além dos fundamentos éticos e políticos.

Esta leitura favorece, além da possibilidade sem precedentes de ampliação do espaço sócio-ocupacional dos assistentes sociais, a viabilidade de ressignificação das competências e ações profissionais.

Isto significa sairmos do esquema de trabalho em saúde, centralizado ora pelopsiquiatra, ora pelo médico, ou seja, aquele tipo de organização, concepção de saúde e forma de organização do trabalho subordinados ao ato médico e marcado por uma referência tendencial à cura da doença.

O segundo pressuposto é entender o conhecimento como elemento fundante na conformação da identidade profissional. De uma profissão que, ao longo das últimas décadas, tem se preocupado cada vez mais com a produção desse conhecimento dentro da amplitude temática que, para Iamamoto (2004, p.11), é privilégio de uma categoria que trabalha “na transversalidade das múltiplas expressões da questão social”.

Villa (1994), ao analisar as profissões sócio-sanitárias, indica que um dos fatores determinantes na consolidação de uma profissão é a consistência de seu corpus teórico. Para a autora, é esse corpus que funda a habilidade e a autoridade profissional ao lado de outros elementos, como o reconhecimento jurídico, a existência de um código de ética, a organização da comunidade profissional, um projeto curricular, mais um projeto ético-político. Nesse caso, é

o conhecimento que vai contribuir para alavancarmos todas essas dimensões. Quando falamos em conhecimento específico no campo da saúde, queremos destacar que, além dos fundamentos teórico-metodológicos do serviço social, temos como referência, campo de conhecimento, as ciências sociais em saúde. Não atuamos tendo como referência o campo da medicina. Trabalhamos, sim, no campo das ciências sociais em saúde. Quando falo em campo do conhecimento, refiro-me ao campo denso de confrontos e de lutas para a construção de hegemonias, de posições diferenciadas e interesses distintos, que permanentemente se cruzam nesse campo, e o projeto curricular.

A capacidade argumentativa do profissional sobre o seu saber e sobre seu fazer é uma das formas de garantir um espaço sócio-ocupacional qualificado, face aos demais profissionais integrados nos processos de produção da saúde.

Assim, quando falamos em conhecimento específico para o campo da saúde, queremos demarcar que atuamos, tendo como referência, além dos fundamentos teórico-metodológicos do serviço social, um campo do conhecimento que é o das ciências sociais em saúde. Entender essa vinculação é fortalecer as bases das ações profissionais em saúde, sem perder a especificidade disciplinar do serviço social.

É o reconhecimento de que a ação profissional exige a apropriação crítica dos aspectos sociais que determinam o processo saúde-doença na trílogia prevenção, promoção e cura, no contexto das manifestações individuais, familiares, de grupos, de segmentos populacionais e até mesmo populações como um todo.

Quanto à trílogia prevenção, promoção e cura, convém destacar que a promoção de saúde tem diversas leituras e enfoques; logo, é preciso que nos apropriemos deste debate e dos enfoques em jogo, para termos clareza argumentativa quando alguém vem com uma ideia que não é a que consideramos a mais adequada para garantir direitos da população. Dessa maneira, só o conhecimento vai nos dar esta capacidade argumentativa, na medida em que todos esses conceitos são construções históricas e, como tal, têm uma base explicativa que também vem sendo construída. Nossa ação profissional incorre e se desenvolve em todos esses contextos, tendo o mesmo potencial de garantir o acesso ao direito à saúde.

O terceiro pressuposto consiste em reconhecer a relevância do debate sobre a ação profissional, reconhecer a importância da organização do co-

nhecimento sobre a ação profissional, relacionada ao objeto de trabalho. Detalhando, a necessidade de adensar o conhecimento sobre a dimensão técnico-operativa, obviamente orientada pelo marco teórico-metodológico e ético-político da profissão e particularizado no campo da saúde. Em síntese, o assistente social, na opção pela ação a ser empreendida, parte:

- das demandas postas pelos sujeitos - sejam elas de caráter coletivo ou singular;
- da finalidade assumida como horizonte para suas ações, localizado no seu espaço sócio-ocupacional;
- da definição tanto do objetivo, como do caráter da ação a ser empreendida para sua realização;
- da escolha de formas de abordagem, instrumentos técnico-operativos e recursos.

A ação profissional não é, portanto, construída a priori, unicamente podendo ser estabelecida no confronto com a realidade da população demandante de seus serviços e dos dispositivos possíveis para essa ação. Implica em mediações políticas e institucionais, em acionar o conhecimento disponível no plano legal, institucional, contextual e político, garantindo e tensionando as possibilidades factíveis de respostas aos demandantes da ação.

A esse respeito, Miotto e Lima (2009) e Miotto e Nogueira (2009) observam que a ação profissional, quando centrada na operatividade (ação profissional/tarefa), tende a reforçar as relações de subalternidade e a consolidar estereótipos profissionais. Quando pautada predominantemente no nível teórico-discursivo e sem uma vinculação explícita do trânsito entre teoria/prática no debate corrente na área da saúde, a tendência é o ostracismo do profissional. Em ambos os casos, o reconhecimento da profissão é sensivelmente diminuído, ao mesmo tempo em que se restringe o impacto que o projeto profissional poderia ter no encaminhamento da atenção à saúde.

A partir destes três pressupostos, podemos nos debruçar sobre as ações profissionais no campo da saúde.

Tendo como referência a ‘longa’ experiência e o resgate das ações profissionais no campo da saúde, e articulando-as com o conhecimento específico derivado das ciências sociais em saúde, podemos nos aventurar a estabelecer algumas premissas para a ação profissional em saúde, dentro de referências definidoras da ação profissional, estabelecidas pela categoria profissional, contidas no Relatório do 37º Encontro Nacional CFESS-CRESS, realizado em 2008.

Podemos dizer que a ação profissional em saúde se assenta em três pilares, ou melhor, tem como parâmetro três pilares:

- o direito à saúde
- as necessidades sociais em saúde;
- a produção da saúde.

1. **O direito à saúde**, mediado pelas políticas públicas, reflete um patamar determinado da relação Estado e Sociedade, sendo operacionalizado por meio dos sistemas e serviços de saúde, envolvendo a gestão, o planejamento e a avaliação, além do controle social.

Quando pensado em relação às ações profissionais, já no campo da garantia das políticas de saúde, relaciona-se à forma de organização dos sistemas de saúde e que diz respeito ao conjunto de relações políticas, econômicas e institucionais responsáveis pela condução dos processos relativos à saúde da população. Concretizam-se em organizações, regras e serviços, propondo alcançar resultados, de acordo com a concepção de saúde existente entre a população.

2. **As necessidades sociais em saúde**- historicamente construídas e determinadas pela posição das classes sociais e segmentos de classe. Abordar as necessidades sociais em saúde, a partir da perspectiva das ações profissionais, é relevante, na medida em que apontam as pistas para o reconhecimento das reais necessidades dos usuários, muitas vezes subsumidas por programas verticais, descontextualizados e definidos, tendo como critérios necessidades outras que não as de saúde. Cecílio (2004, p.28) aponta que os fatores determinantes da saúde se traduzem em necessidades de saúde, classificando-os em quatro grandes conjuntos:

- o primeiro são as condições de vida, entendendo-se que o modo como se vive se traduz em diferentes necessidades;
- o segundo diz respeito ao acesso às tecnologias que melhoram ou prolongam a vida;
- o terceiro bloco refere-se à criação de vínculos efetivos entre usuários e o profissional ou equipe dos sistemas de saúde. Vínculo deve ser entendido, nesse contexto, como uma relação contínua, pessoal e calorosa, fundada na dignidade humana e na igualdade intrínseca entre as pessoas;
- por fim, necessidades de saúde estão ligadas também aos graus de crescente autonomia que cada pessoa tem no seu modo de conduzir a vida, o que vai além da informação e da educação.

Mesmo vislumbrando certo limite nesta abordagem, pode-se reconhecer sua relevância para o debate sobre a organização dos sistemas e serviços de saúde, sendo o assistente social o profissional mais apto a reconhecer as demandas socioassistenciais dos segmentos usualmente desprotegidos das políticas de saúde.

3. **Produção de saúde** – sendo a autonomia e a saúde os dois vetores para avaliar os direitos sociais e o patamar de igualdade alcançado pelas formações societárias, a forma de produzir saúde é um fator importante. Sendo a produção da saúde, junto com outros determinantes, a finalidade precípua dos sistemas e serviços de saúde, esta pode ser entendida como um processo que se articula a partir das:

- transformações econômicas, sociais e políticas, resultando em padrões saudáveis de existência e dificultando o surgimento de enfermidades;
- ações de vigilância à saúde, voltadas para a promoção e prevenção de enfermidades e mortes;
- práticas de assistência à saúde – clínica e reabilitação, além dos cuidados individuais de saúde;
- atendimento de urgência e emergência, em que práticas de intervenção imediatas, em situações limites, evitam morte e sofrimento.

Sob o domínio da hegemonia médica, estas dimensões da produção da saúde eram pensadas a partir unicamente dos fatores biológicos, sendo a referência para organização e avaliação dos serviços e ações. Hoje tem-se outra perspectiva, sendo reconhecidas as desigualdades sociais e seu impacto na forma de produzir saúde, sendo levadas em conta nas decisões sobre atenção à saúde, quando há um respaldo democrático para as mesmas, na linha do controle social.

Lembrando-se da ação profissional cotidiana, é evidente nossa inserção nas dimensões apresentadas, intermediando as necessidades particulares dos usuários dos sistemas, tanto em sua organização, como em sua operacionalidade, com vistas à produção de saúde. Qualificar estas ações é contribuir para:

- “o subsídio às lutas pela ampliação da presença desses profissionais nas instituições responsáveis pelas políticas;
- a qualificação do atendimento oferecido à população e as condições de trabalho do assistente social;
- a viabilização, a construção e a oferta de novas políticas determinadas pela conjuntura;
- as referências já existentes nas diretrizes e leis nacionais;
- a superação da lógica produtivista presente na gestão das políticas sociais”.

As orientações acima estão colocadas no documento *Parâmetros para Ação de Assistentes Sociais na Saúde*.

Tendo em vista os pilares da ação profissional, podem-se resgatar dispositivos operacionais que, derivados da concepção anteriormente definida, sedimentam as ações profissionais em torno da atenção à saúde – integralidade, universalidade e participação social. Há que se recordar que esses três termos, essas três categorias, têm leituras distintas. Temos, portanto, que nos apropriar desta diversidade, para adotar a que mais se aproxima do nosso projeto ético-político. Há que se saber também o que é, onde e como se processa a integralidade, que entendemos necessária para garantir o projeto ético-político. Tal é necessário para sustentar os eixos argumentativos e contribuir para instru-

mentalizar os assistentes sociais nos distintos espaços sócio-ocupacionais relativos à atenção à saúde. Espaços em que o impacto da doença e seu entorno alcançam as dimensões objetivas e subjetivas dos sujeitos, exigindo a construção interdisciplinar coletiva para seu enfrentamento. É importante recordar que a inserção dos assistentes sociais no campo da saúde tem se realizado em todos os níveis de atenção à saúde e em contextos multiprofissionais.

Entendemos que, nesta ótica, a ação profissional, organizando-se a partir de três processos básicos, articulados dialeticamente entre si, contribuiria para a construção da universalidade, da integralidade e da participação social em saúde.

Estes processos são os processos político-organizativos, os processos de planejamento e gestão e os processos socioassistenciais. A integração entre estes três processos é que permite estabelecer o trânsito, tanto entre os diferentes níveis de atenção em saúde, entre as necessidades individuais e coletivas, à medida que as ações profissionais estão, direta ou indiretamente, presentes em todos os níveis de atenção e de gestão.

Partindo destas considerações, podemos agora passar para uma breve análise das contradições do Esf e Nasf, lembrando que esta perspectiva analítica é perpassada pelos princípios éticos do código de ética, do projeto ético-político profissional e das diretrizes da formação profissional – garantindo um encaminhamento bastante definido em relação aos pressupostos, às premissas apontadas e aos pilares da ação profissional: as necessidades de saúde, o direito à saúde e a produção da saúde.

Só recordando, a Estratégia da Saúde da Família surge como PSF (Programa de Saúde da Família) no começo da década de 1990 e vem preencher o vazio que havia na gestão assistencial do SUS, também na esteira do sucesso da experiência dos agentes comunitários de saúde no Nordeste, face principalmente às novas orientações do Banco Mundial sobre a política de saúde nos países em desenvolvimento. Tratava-se de um programa politicamente correto e atraente até mesmo para um governo de cunho liberal, nos moldes em que foi proposto. Ele surge, indicando algumas linhas de contribuição: especialmente as proposições de gerar uma área da medicina de família implementada nos países desenvolvidos e em Cuba, e a medicina comunitária dos Estados Unidos, destinada aos segmentos excluídos da atenção médica, a população empobrecida.

Posteriormente, foi estendido para todo o território brasileiro desde a Norma Operacional Básica 2006, não como medida programática mas na forma de pactos entre o governo federal e o municipal. Passa em seguida a ser considerado como Estratégia Saúde da Família (Esf) e não mais como um programa.

Dando seguimento à nossa argumentação, o primeiro passo é pensar na Esf como um das formas de operar a atenção básica em saúde, conforme colocado nos textos e normativas governamentais.

Pergunto, então: de qual atenção básica estamos falando? De uma atenção básica que somente se refere a uma forma limitada de atenção? Ou uma mais ampla, que engloba o sistema integral de cuidado e de desenvolvimento econômico social? Sobre qual das duas atenções básicas estamos pensando? Será que o programa de saúde da família, possibilitando uma promoção ampla de atenção primária de saúde, de atenção básica em saúde, vem se constituindo como uma política de reorganização do poder assistencial, e uma estratégia para o fortalecimento do sistema de saúde como um todo? Ainda que as práticas da atenção básica correspondam ao primeiro nível de atenção, constitui um número organizador, integrador das redes de serviços de saúde e das ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde, assegurando a continuidade do cuidado, da atenção e garantindo o que vimos colocando.

A primeira marca é, assim, a constituição da equipe, o que já mostra que é uma perspectiva reduzida de atenção básica em saúde, voltada muito mais a uma atenção centrada na cura, quando a equipe não transpõe esta questão limitada de atenção básica. Quando ela a transpõe, temos relatos de equipes que vêm funcionando muito bem, especialmente quando possui o assistente social nessa equipe, para traduzir essas necessidades e desigualdades de saúde, contribuindo para novas intervenções mais criativas e atendendo às necessidades reais dos usuários.

Será que a Esf vem possibilitando e implementando uma noção ampla de APS, constituindo-se efetivamente em uma possibilidade de reorganização do modelo assistencial e estratégia para o fortalecimento do sistema de saúde como um todo? Ainda que suas práticas correspondam ao primeiro nível de atenção, constituem-se em um núcleo organizador e integrador das redes de serviços de saúde e das ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde, garantindo a coordenação e a continuidade do cuidado? Vem atendendo ao direito à saúde na forma de reordenar os sistemas de saúde? Ou a sua

constituição fica restrita a serviços e ações de saúde, não extrapolando para a reorientação da atenção à saúde com alteração positiva do sistema de saúde em direção às diretrizes do SUS?

Mais parece se pautar pela antiga definição de 1953: “serviços básicos de saúde”, da OMS, de 1986, cobrindo as seguintes atividades: a) atenção à saúde da mulher e da criança; b) controle de doenças transmissíveis; c) saneamento ambiental; d) manutenção de sistemas de informação; e) educação em saúde; f) enfermagem de saúde pública; g) assistência médica de baixo grau de complexidade. A revisão desta definição, de 1963, realizada por uma comissão de especialistas já engajados no movimento da saúde comunitária, propôs incluir nesta relação a participação (Paim, J.S. & Almeida Filho, Saúde Coletiva, Rev. Saúde Pública, 1998, p.313).

A evidência desta afirmação é a forma de financiamento da atenção básica, com seis blocos de rubricas, mantendo-se a persistente fragmentação da atenção, ainda que o discurso apresente outra perspectiva – a de integralidade das ações.

Ao se constituir em estratégia de organização de serviços de saúde para garantir a atenção básica, há uma perda de sentido em relação a ser uma política de longa duração, sedimentada por meio de ações consistentes e duradouras. Mantém, por outro lado, o mesmo viés que supostamente orientou a sua criação - ações programáticas desvinculadas de uma perspectiva de atenção ampla, persistindo o atendimento por doenças ou grupos de atenção. Assim, tanto a referência à família perde consistência como se constata uma polissemia quanto ao significado de família.

Em relação ao Nasf, as contradições se referem:

- ao distanciamento dos profissionais que supervisionam técnicos das mais variadas áreas;
- à precariedade das equipes, visto que são indicadas pelos gestores municipais e, portanto, possivelmente com duração de quatro anos, já que os mandatos tem essa temporalidade;
- não respeito às identidades profissionais. Ainda que trabalhando com a concepção de campo e núcleo, a forma de organização das equipes não dá conta de garantir a interdisciplinaridade no campo do saber e do fazer;

- mantém a segmentação em ações de saúde mental, de atenção aos idosos, Ações de Atividade Física/Práticas Corporais, Ações de Reabilitação, Ações de Alimentação e Nutrição, Ações de Serviço Social etc.

Considerando-se o contexto brasileiro, suas graves desigualdades sociais e a grande desinformação acerca dos direitos, as ações de serviço social deverão se fixar na produção de estratégias que fomentem e fortaleçam redes de suporte social, propiciando uma maior integração entre serviços sociais e outros equipamentos públicos e os serviços de saúde nos territórios adstritos, contribuindo para o desenvolvimento de ações intersetoriais, que visem ao fortalecimento da cidadania.

O detalhamento das ações de competência do assistente social possibilita estabelecer a vinculação com os pressupostos anteriormente apresentados:

- coordenar os trabalhos de caráter social adstritos à Esf;
- estimular e acompanhar o desenvolvimento de trabalhos de caráter comunitário em conjunto com a Esf;
- discutir e refletir permanentemente com as Esf a realidade social e as formas de organização social dos territórios, desenvolvendo estratégias de como lidar com suas adversidades e potencialidades;
- atender às famílias de forma integral, em conjunto com a Esf, estimulando a reflexão sobre o conhecimento dessas famílias, como espaços de desenvolvimento individual e grupal, sua dinâmica e crises potenciais;
- identificar no território, junto com a Esf, valores e normas culturais das famílias e da comunidade, que possam contribuir para o processo de adoecimento; volta à culpa na pobreza;
- discutir e realizar visitas domiciliares com a Esf, desenvolvendo técnicas para qualificar essa ação de saúde; visitas sem razão aparente;
- possibilitar e compartilhar técnicas que identifiquem oportunidades de geração de renda e desenvolvimento sustentável na comunidade, ou de estratégias que propiciem o exercício da cidadania em sua plenitude, com a Esf e a comunidade;

- identificar, articular e disponibilizar com a Esf uma rede de proteção social;
- apoiar e desenvolver técnicas de educação e mobilização em saúde;
- desenvolver, junto com os profissionais da Esf, estratégias para identificar e abordar problemas vinculados à violência, ao abuso de álcool e a outras drogas;
- estimular e acompanhar as ações de controle social em conjunto com a Esf;
- capacitar, orientar e organizar, junto com a Esf, o acompanhamento das famílias do Programa Bolsa Família e outros programas federais e estaduais de distribuição de renda;
- no âmbito do serviço social, identificar as necessidades e realizar as ações necessárias ao acesso à 'Oxigenioterapia'.

Com isso, quero concluir, dizendo o seguinte: tanto a estratégia de saúde da família como o Nasf estão em processo de construção e vão depender muito de como vamos nos posicionar e nos apropriar do conhecimento pertinente, para fazer uma leitura política da questão, integrando outros atores coletivos.

Como diz a professora Eleonor Conill a respeito do PSF, e podemos, por nossa vez, estender a mesma consideração ao Nasf: "Mas o PSF nem se constitui numa espécie de cavalo de Tróia nem tampouco representa a garantia de uma travessia messiânica para os problemas do SUS" (CONILL, 2008, S14).

É preciso lembrar, porém, da transitoriedade de qualquer política pública, entre elas a da saúde e, em decorrência, pensar em nossas ações tanto nos limites do quadro atual como para além dele.

Referências

CECILIO, L. C. O.. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade em saúde. In: Roseni Pinheiro; Ruben Araujo de Mattos. (Org.). *Os sentidos da integralidade*. Rio de Janeiro: UERJ, IMS; ABRASCO, 2001, v., p. 113-126.

IAMAMOTO, Marilda Villela. *O Serviço Social na Contemporaneidade: trabalho e formação profissional*. 7ª. ed. São Paulo: Cortez, 2004.

MIOTO, R. C. T. O Assistente Social no espaço da Estratégia Saúde da Família. In: Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social, XI, 2004a, Porto Alegre. Anais do XI ENPESS.

_____. Processo de construção do espaço profissional do assistente social em contexto multiprofissional: um estudo sobre o Serviço Social na estratégia Saúde da Família. Relatório Final CNPq. Florianópolis: UFSC, 2007.

MIOTO, R. C. T.; LIMA, Telma Cristiane Sasso. A dimensão técnico-operativa do Serviço Social em foco: sistematização de um processo operativo. *Textos & Contextos* (Online), v. 8, p. 22-48, 2009.

MIOTO, R. C. T.; NOGUEIRA, V. M. R. Desafios atuais do Sistema Único de Saúde - SUS e as exigências para os Assistentes Sociais. In: Serviço Social e Saúde: Formação e trabalho profissional, 2006, Florianópolis/SC. Serviço Social e Saúde: Formação e trabalho profissional, 2006.

NOGUEIRA, V. M. R.; MIOTO, R. C. T Serviço Social e Saúde. *Ser Social* (UnB), v. 11, p. 167, 2009.

NOGUEIRA, V. M. R. O Serviço Social na área da saúde. Palestra proferida na Pontifícia Universidade Católica de Porto Alegre. Porto Alegre. 2003.

PAIM, J.S.; ALMEIDA FILHO, N. Saúde coletiva. *Rev. Saúde Pública*, 32 (4), 1998, p. 313.

VILLA, Tereza Cristina Scatena ; MISHIMA, Silvana Martins . A Enfermagem e o Sistema de Saúde. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* (Ribeirão Preto), v. 4, n. 03, p. 1-2, 1996.



PLENÁRIA 2: O SERVIÇO SOCIAL E AS CONTRADIÇÕES DA ESTRATEGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA E DO NASF

PALESTRANTE: SÂMBARA PAULA RIBEIRO (UECE/CFESS)

O meu boa tarde para essa plenária maravilhosa. Gostaria de agradecer, inicialmente, a confiança em mim depositada pelo CFESS, para cumprir essa tarefa, diga-se de passagem uma tarefa árdua e bastante complexa pela dimensão que tem hoje essa discussão. Queria, pessoalmente, dizer também da minha alegria em participar desse debate, que se configura como uma conquista histórica, resultado de uma reivindicação de longa data de profissionais que atuam na Saúde da Família. Luta da qual fiz parte, junto com muitos outros colegas, que hoje também estão presentes neste seminário, quando fui assistente social da Saúde da Família em Campina Grande (PB). Naquela época, garimpávamos espaços como esse e reivindicávamos momentos de discussão em nível nacional acerca da Saúde da Família, uma vez que existiam assistentes sociais atuando na Saúde da Família, em em diferentes lugares do país e em busca de espaços para amadurecer reflexões dessa natureza e viabilizar trocas de experiência. Também me envolvi com essa temática por meio da minha participação no grupo de pesquisa e de extensão da Universidade Estadual do Ceará (UECE) onde sou professora atualmente. Para o CFESS, e globalmente para o Conjunto CFESS-CRESS, esse momento representa uma conquista histórica, à medida que essas entidades e instâncias vieram incorporando demandas da categoria, tanto a respeito da re-

alização deste seminário, como de uma discussão especial acerca da Estratégia da Saúde de Família, e nesse momento, sobre o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf)

Ainda hoje, conversava com algumas colegas, ex-conselheiras do CFESS, que diziam da alegria e do entusiasmo de ver esse seminário acontecendo, por todo o esforço que historicamente outras gestões já fizeram, no sentido de realizar eventos como esse, com vistas a fortalecer a luta do serviço social na área da saúde.

Nesse sentido, vou pontuar, na minha fala, primeiramente em que medida essa preocupação do CFESS com a inserção do serviço social na saúde é uma preocupação histórica. Depois, pretendo situar a reflexão coletiva acerca do serviço social na saúde e na Saúde da Família especificamente, assim como as estratégias a serem mobilizadas junto à Saúde da Família e aos Nasf. Tudo isso são questões pautadas pelas demandas da categoria, apresentadas ao CFESS.

A área da saúde, cujo quadro já foi muito bem exposto hoje na conferência da professora Maria Inês Bravo, é um dos campos de atuação com maior número de inserção de profissionais. Por isso, dizemos que é um dos principais campos de atuação, tendo, ademais, crescentes demandas, em função do agravamento e das novas formas de manifestação da questão social, que se impõem a cada dia também em suas expressões na saúde e, conseqüentemente, como desafios para os/as assistentes sociais.

A essa ampla demanda da atuação do serviço social na saúde, atribuímos como sendo a manifestação do fato de as profissões surgirem e se desenvolverem historicamente, a partir das determinações sociais e econômicas postas pela realidade política. Partimos aqui da compreensão do conceito ampliado de saúde, para além da simples noção de ausência de doença. A relação saúde-doença passa a ser caracterizada como decorrente das condições de vida e trabalho, da necessidade de acesso igualitário de todos aos serviços que objetivam a promoção, proteção e recuperação da saúde.

Nesse sentido, a superação do modelo de saúde individual medicalizante hospitalocêntrica aponta para a necessidade indispensável de articulação de todos os profissionais da saúde, onde se coloca o imperativo de se refletir e aprofundar cada vez mais o lugar do serviço social da saúde, em articulação com outros profissionais.

Diante desse conceito ampliado de saúde, é possível compreender a importância do serviço social na saúde. A histórica preocupação do CFESS e do Conjunto CFESS-CRESS, no que se refere à atuação do/a assistente social nessa área, coloca-se a partir do momento em que se empenham esforços, no sentido de redimensionar o papel do Conjunto CFESS-CRESS: a articulação do CFESS e dos CRESS com a categoria, numa perspectiva de fortalecimento do projeto ético-político. Esse processo é demarcado, sobretudo, pela luta para a inserção do serviço social como profissional da saúde, a qual vai se consubstanciar na Resolução nº 287, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), confirmada pela Resolução CFESS nº 383/1999, cujo artigo 10 visa a “caracterizar o/a assistente social como profissional da saúde”. Essa luta vai, portanto, se expressar e se articular a essas resoluções, com vistas à ampliação da permissão para acumulação de cargos, ou seja, um tratamento semelhante ao de outros profissionais da saúde, em relação aos cargos públicos, para assistentes sociais que também atuam nessa área.

Essa luta da categoria dos/as assistentes sociais como profissionais da saúde também se dá por meio da representação do CFESS nos fóruns, conselhos e espaços de discussão sobre a saúde, bem como pela articulação com outros movimentos e sujeitos coletivos no campo da saúde, sobretudo no CNS, onde temos representação. Teremos nesse seminário uma outra importante mesa de discussão sobre o serviço social e o CNS, no sentido de debatermos a respeito dos limites e entraves que se apresentam no âmbito dos conselhos. Esse espaço, é preciso reconhecer, tem consubstanciado avanços significativos no campo da saúde, aos quais o CFESS vem historicamente se somando.

Outra forma de encaminhamento da luta se dá via realização de diferentes eventos no nível regional, local e nacional, que o Conjunto CFESS-CRESS vem articulando, apoiando ou promovendo. Podemos citar, como exemplos, a participação nas últimas conferências de saúde, bem como a presença do Conjunto CFESS-CRESS nos debates, reflexões e também na divulgação dos materiais, somando-se a outras formas de organização na luta pela saúde. No âmbito do CFESS, mas também na estrutura e organização do Conjunto, a Comissão de Segurança vem respondendo a inúmeras demandas dos profissionais: demandas cotidianas, éticas e técnicas, articuladas também com a Comissão de Fiscalização e a Comissão de Ética e Direitos Humanos.

A realização desse seminário, como já falamos, constitui um novo marco nesse processo e movimento do Conjunto CFESS-CRESS na organização, luta e mobilização social no campo da saúde, sobretudo no que se refere à inserção e

condições de trabalho do/a assistente social nessa área. Tudo isso requer análise e reflexão, visto que é um campo sempre permeado por conflitos e contradições, o que nos exige cada vez mais posicionamentos maduros e politizados. Esse seminário é, pois, resultado de uma deliberação do Conjunto CFESS--CRESS, a qual incorpora uma sonhada demanda da categoria.

Visto isto, a discussão que trazemos, em especial acerca da atenção básica, da Estratégia da Saúde da Família e do Nasf não vem pronta para a categoria. É mais um chamamento ao debate, ao respondermos uma demanda da categoria, em razão da necessidade de realizar uma reflexão, falar sobre as questões-chave e de criar espaços de discussão. Estamos, na verdade, em todos os momentos, construindo o debate, uma reflexão coletiva que vai ser sistematizada no processo. É esse o espírito com que vamos pensar a Estratégia da Saúde da Família: desde já, partimos do que temos de acúmulo coletivo.

A Saúde da Família nasce de uma contradição a ela inerente, que é o fato de ela vir apontando o objetivo de implementação e afirmação dos objetivos e princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), à medida que propõe ampliar a possibilidade de acesso à política de saúde, como porta de entrada e numa perspectiva de integralidade. Ao mesmo tempo, a Saúde da Família segue a tendência de precarização, focalização e racionalização de recursos, acompanhando os ditames do Banco Mundial.

Não temos como aprofundar essa discussão, uma vez que, em função do tempo, devemos focar o eixo a ser tratado, contudo, reafirmamos que uma reflexão sobre o papel e lugar do serviço social na Estratégia Saúde da Família não pode prescindir da compreensão acerca dessa contradição. Compreender essa contradição é essencial no deciframento do significado do processo de implantação dessa estratégia, que surge inicialmente como programa, e hoje é apontada como um dos avanços na afirmação dos princípios do SUS.

Pensamos que essa inserção do serviço social consiste inclusive na defesa da equipe básica, que não deve ser vista apenas como uma equipe mínima, pois não dá conta da proposta da Estratégia de Saúde da Família. Pensar, de fato, uma estratégia de ação da Saúde da Família, como mediação para o conceito ampliado de saúde, deve incorporar também o/a assistente social, como profissão que intervém na questão social de forma generalista. E essa incorporação não pode ser apenas por meio do Nasf, mas diretamente na equipe, com condições para o profissional cobrir a demanda da população adscrita.

Isso não significa negar o Nasf como um espaço de atuação do/a assistente social, mas é preciso pensar uma inserção de forma qualificada. E a inserção no Nasf, por si só, não será suficiente para a afirmação do serviço social na Saúde da Família. Nesse sentido, concordamos plenamente com as pontuações feitas pela professora Vera Nogueira. Esses são elementos que também vêm sendo pensados em relação ao Nasf, no que se refere à forma como o governo vem traçando a metodologia e organização desses núcleos de apoio. É uma metodologia que realmente não aponta para uma efetivação de ações previstas na equipe de Saúde da Família, não há como prever avanços e consubstanciar a proposta diante do parco apoio previsto aos Nasf. Acreditamos, portanto, que a inserção do serviço social no Nasf deve se inserir com a qualidade adequada, em termos de condições de trabalho, e de forma coerente com os princípios do SUS. No entanto, essa inserção não deve eliminar a necessidade do assistente social na Equipe de Saúde da Família, pois a demanda já constatada para este profissional, no âmbito de tal equipe, não pode ser alcançada por meio dos objetivos do Nasf.

O alerta é para que o Nasf não represente a substituição da possibilidade de inserção nas equipes. Pois identificamos que as ações previstas na portaria do Ministério da Saúde apontam para aquelas a serem desenvolvidas no contexto da trabalho direto com as famílias, o que contradiz a proposta de apoio e retaguarda. O que se constata aí é uma intencionalidade de substituir uma demanda apontada pela equipe básica por um pólo que pode se configurar apenas como um paliativo. Referimo-nos à defesa histórica da importância dessa inserção, a qual não pode se dar por meio do Nasf, apenas pela via do apoio a várias equipes. Não dá para um/a assistente social atuar em vinte equipes, mesmo dentro da perspectiva de subsidiá-las, pois não há como qualificar e respaldar a ação do serviço social dessa maneira, tendo em vista os grandes desafios e as inúmeras demandas apresentadas. Esse trabalho no Nasf, metodologicamente concebido em termos de apoio, na modalidade de atuação institucionalmente prevista para o serviço social, não iria ter um impacto nas equipes nem contemplar a demanda que está posta para o/a assistente social.

Já vimos, desde algum tempo, construindo um entendimento de que a única forma de inserção na Estratégia de Saúde da Família é fazendo parte oficialmente da equipe de saúde da família, porque o/a assistente social da Residência em Saúde da Família é desta, o preceptor é o preceptor e a inserção nos Nasf é a inserção nos Nasf. Há pessoas inclusive da universidade que estão nos grupos da Estratégia de Saúde da Família, refletindo, produzindo,

elaborando e contribuindo, mas isso não é inserção na Estratégia de Saúde da Família, uma vez que a área de efetivação dessa estratégia é compreendida por meio da ação das equipes.

O fato é que a realidade nos põe cada vez mais desafios quando nos coloca diante do desmonte da política de saúde, da refuncionalização dos princípios do SUS com práticas profissionais neoconservadoras, para pensar na discussão sobre a atuação do/a assistente social na Saúde da Família, voltada para a defesa do projeto ético-político, diante de um serviço que tem como tendência, um referencial teórico-metodológico sistêmico. Mas é considerando que não temos apenas essa via para pensar a configuração da organização do trabalho em cada equipe, e compreendendo essa estratégia a partir das possibilidades que nela identificamos como afirmação do SUS. É nessa perspectiva de fortalecimento dos princípios do SUS, ao qual o projeto ético-político da categoria se soma, que compreendemos a importância do serviço social inserido na Estratégia Saúde da Família, mesmo considerando todas as contradições aí presentes, apontando para a possibilidade de uma ação que vai contribuir para uma política de saúde voltada para o seu conceito ampliado, logo, fundada na perspectiva teórico-metodológica e ético-política do nosso projeto profissional. É desse modo que visualizamos essas possibilidades, com atenção para não reproduzir práticas que configurem ações pragmáticas, pontuais, fragmentadas e imediatistas.

Há hipóteses de trabalhos e de pesquisas acerca da elaboração da proposta de Saúde da Família que afirmam ser o seu referencial teórico-metodológico pautado na perspectiva sistêmica, por sua vez caracterizando também a sua metodologia de ação. Este é um espaço, porém, para reflexão, investigação e aprofundamento a respeito dessa questão. E essa proposta pode ser superada, à medida que ela vem sendo pensada como processo em construção, onde se inserem, também, sujeitos coletivos comprometidos com uma outra perspectiva teórico-metodológica.

Para uma inserção verdadeiramente qualitativa dos/as assistentes sociais na Esf, estes/as devem compor também a equipe básica na mesma proporção de médicos, enfermeiros e dentistas, o que proporcionaria ao/à profissional condições para a criação do vínculo (com as equipes e os/as usuários/as), o conhecimento efetivo do território e das condições de vida da população, bem como uma atuação voltada para a prevenção e a promoção da saúde; o incentivo à intersetorialidade; o estímulo à participação popular e à organização e

mobilização da comunidade e, ainda, o desenvolvimento de atividades voltadas para a defesa e viabilização dos direitos sociais.

A todos/as que querem saber a respeito da possibilidade real de inserção do/a assistente social na equipe básica da Estratégia de Saúde da Família, cabe dizer que isso é um processo, uma luta coletiva. Não é algo que diga respeito apenas ao Conjunto CFESS-CRESS. Cabe a todos/as nós, onde quer que possamos pautar essa questão: nos espaços de discussão, nos fóruns de saúde, nas conferências municipais/estaduais/ nacionais e nos conselhos. Temos, enquanto entidade, pautado essa discussão, mas não existe ainda nenhum registro oficial dessa discussão.

Havia apenas um relatório da época do Ministro Humberto Costa, onde o Ministério da Saúde reconhecia a importância, das diferentes profissões, mas destacava a peculiaridade do/a assistente social na Estratégia Saúde da Família, sobretudo no que se refere à intersetorialidade e ao controle social, embora não desconsiderasse a importância das diferentes profissões. Se esse lugar ainda não foi conquistado, isto não significa, contudo, que a luta não seja concreta nem que o processo não esteja acontecendo em diferentes espaços coletivos. É uma luta em construção, da qual somos todos e todas sujeitos constitutivos. Obrigada.



PLENÁRIA 3: PARTICIPAÇÃO SOCIAL E MOBILIZAÇÃO POPULAR EM SAÚDE

PALESTRANTE: MARIA LÚCIA DURIGUETTO (UFJF)

Agradeço aos organizadores e ao Conjunto CFESS-CRESS pela oportunidade de estar aqui debatendo um tema tão importante nos dias de hoje. Coube-me apresentar alguns elementos que caracterizam as lutas e movimentos sociais na atual conjuntura, o que necessariamente nos leva à constatação de uma realidade adversa para a existência e vitalidade de lutas e movimentos que enfrentam com firmeza teórico-crítica a onda de contrarreformas conduzida pelo Estado brasileiro.

Gostaria de iniciar, pontuando o conteúdo de duas categorias – conteúdo advindo do pensamento crítico, vinculado à tradição marxista – que nos oferecem elementos para pensar as questões das quais vamos estar nos ocupando nessa tarde. Essas categorias são: a natureza de classe do Estado e a gênese da questão social e sua relação com os processos de formação das organizações e das lutas das classes subalternas.

Começemos pelo Estado, que é parte integrante da ordem burguesa, instrumento criado para garantir a propriedade privada como fundamento da liberdade individual e da acumulação de riqueza. Dessa forma, o Estado constitui um tipo privilegiado de organização dentro e a serviço da sociedade capitalista. Não é possível pensar um sem o outro, um independente do outro.

Nesse sentido, o Estado está orientado a:

1° - garantir os fundamentos da acumulação capitalista, a propriedade privada, a exploração, o controle capitalista sobre o destino da riqueza socialmente produzida e a repressão a todo e qualquer ato que ameace a estabilidade social; 2° - promover a legitimação da ordem social vigente, tanto garantindo o respeito às leis quanto criando a imagem falsa de um Estado neutro e de um sistema de liberdade e igualdade de oportunidades para todos; e 3° - responder demandas postas pelas classes trabalhadoras, desde que essas não coloquem em risco a valorização do capital.

O Estado não é hoje um mero comitê para gerir os negócios comuns da burguesia, como realisticamente definiram Marx e Engels na primeira metade do século XIX. Observamos que, desde o segundo pós-guerra, o Estado amplia o seu espaço de atuação, assumindo novas funções para garantir esse processo de acumulação do capital. Permanece a função voltada para a coerção, uma característica que sempre esteve presente na construção histórica do Estado, mas a esta é acrescida a função voltada para a busca de legitimidade junto às classes subalternas. Nos termos de Gramsci, uma ação estatal também que busca o consenso.

Em outras palavras, o Estado passa a ser permeado por demandas da classe trabalhadora, respondendo-as com direitos trabalhistas, direito sociais e direitos políticos, que constituem, é fato, verdadeiras conquistas destas classes. É importante atentarmos que essa característica histórica do Estado, assumida no pós-guerra, não é uma característica estanque. Essa abertura do Estado às demandas dos trabalhadores vai se configurar no contexto de um padrão de acumulação fordista-taylorista e de um regime de regulação social estatal com forte diretiva de intervenção na economia e na reprodução da força de trabalho. Me refiro aqui ao que José Paulo Netto denomina de função econômica e política do aparato estatal, que são implementadas, naquele contexto, como respostas à queda da taxa de lucro, e também não devemos esquecer, pela pressão da existência das experiências do chamado 'socialismo real'. Isto quer dizer que, nos dias de hoje, essas funções (econômica e política) têm um limite colocado pelas mudanças no padrão de acumulação – estamos na era da chamada acumulação flexível- e da base de sua sustentação regulativa estatal – que agora segue as linhas da agenda de ajuste neoliberal.

A segunda categoria que tem a ver com o tema com o qual nos ocupamos é a chamada 'questão social', que precisa ser entendida não como sinônimo de problema social, mas apreendida enquanto conjunto das expressões das desigualdades sociais, que têm uma raiz comum, qual seja, a produção coletiva da riqueza e sua apropriação privada. A 'questão social' diz respeito à lei geral de formação da sociedade capitalista, que responde tanto à produção da riqueza, simultânea e necessariamente acompanhada, da produção da pauperização relativa e absoluta. A 'questão social' expressa, assim, a configuração da sociedade de classes. Mas também não devemos esquecer que esse processo de exploração porta possibilidades reais e/ou potenciais de trazer à cena política as lutas, organizações e movimentos reivindicativos e revolucionários dos trabalhadores. Ou seja, àquela dimensão da relação capital-trabalho, que é a gênese, o fundamento da 'questão social', projeta-se também uma dimensão fundamentalmente política, pois expressa a luta dos trabalhadores, por meio de pressões ao Estado, e ao patronato, por demandas que vão desde o acesso a direitos e políticas sociais à socialização da riqueza socialmente produzida.

Assim, as lutas sociais são o desdobramento sociopolítico das contradições do desenvolvimento capitalista, que se materializam na chamada 'questão social'. Numa palavra, foram as lutas sociais que transformaram a 'questão social' numa questão política e pública. Essa expressão pública e política da 'questão social' é uma mediação fundamental para as organizações e movimentos sociais das classes subalternas explicitarem os conflitos de classe e de seus interesses e lutarem para a construção de seus projetos societários.

Esse entendimento da 'questão social' e do caráter de classe do fenômeno estatal será o farol para a nossa reflexão acerca das lutas e dos movimentos sociais no cenário nacional e internacional contemporâneo. Somada a essa reflexão, tecerei algumas considerações acerca dos desafios e proposições postos à intervenção profissional do serviço social neste contexto dos processos de organização e de luta social.

Podemos afirmar que o padrão de modernização capitalista do nosso país engendrou uma dinâmica em que as ações e demandas das classes subalternas, tanto as relativas à área do trabalho, quanto à área das políticas sociais, foram incorporadas sob a lógica da repressão, do clientelismo, do paternalismo. Esse traço da relação do Estado com as organizações e demandas das classes

subalternas teve como expressão direta, no plano político, a recorrente exclusão da participação popular nos processos de decisão política.

Particularmente no campo dos direitos e das políticas sociais, essas relações foram historicamente marcadas pelo padrão centralizador, autoritário e excludente do Estado em sua capacidade de responder às demandas sociais. Enquanto respondia, suas ações eram encobertas como dádiva, concedendo os direitos como se fossem favores.

No período imediato, que precede os tempos da autocracia burguesa (1961-1964), uma expressiva massa de organizações e lutas dos trabalhadores, nas cidades e no campo, expressas principalmente na organização pela via sindical e rural (papel central aqui o das ligas camponesas) colocaram em questão a exclusão das massas dos processos de decisão e reivindicavam ao Estado políticas voltadas para a melhoria das condições de vida e trabalho, reivindicações expressas nas chamadas ‘reformas de base’.

A autocracia burguesa, na expressão de Florestan Fernandes, manifesta-se organicamente no golpe de 1964. Dela, resultou um boom de ações, com vistas a reverter o processo de reorganização social em curso no período pré-64. Com isso, as classes subalternas e suas organizações políticas foram privadas de qualquer mecanismo de organização e expressão de seus interesses e de suas lutas. Como também afirma José Paulo Netto, esses são traços típicos da regulação do Estado para com as organizações e movimentos dos trabalhadores naquele período. Eles revelam uma característica central, qual seja, a de que o Estado tem conseguido atuar como vetor de desestruturação dos movimentos das classes trabalhadoras, tanto com a incorporação desfiguradora de suas demandas quanto pela repressão, servindo assim, de eficiente instrumento contra a emergência, no campo da sociedade civil, de organizações e movimentos portadores dos interesses das classes subalternas e de projetos societários alternativos.

Os finais da década de 1970 e a primeira metade da década de 1980 são emblemáticos para a reformulação de uma lógica conflitiva da relação das organizações e lutas dos trabalhadores para com o Estado. Neste período, assistimos à reabertura de um vasto ciclo de lutas sociais no Brasil. O cenário sociopolítico passa a conter a presença de várias expressões organizativas dos trabalhadores, marcadas por demandas sociais diversas, ligadas ao trabalho, frente ao surgimento do chamado ‘novo sindicalismo’, à continuidade da luta pela reforma agrária, com a criação do MST, movimentos que portavam de-

mandas relativas ao campo das políticas sociais setoriais, como no setor de moradia, transporte, saúde, movimentos contra a carestia, educação, entre outros. Data também deste período o crescimento de organizações e movimentos pela visibilidade pública de questões relativas à discriminação de gênero, raça, etnia, pela liberdade de orientação sexual, direitos humanos, entre outros. A expressão do conjunto dessas reivindicações assumia, de maneira forte, formas de visibilidade direta, como ações de bloqueios de ruas, greves, ocupação de órgãos públicos.

A partir da segunda metade da década de 1980, temos um forte direcionamento das ações dos movimentos sociais para o campo da institucionalização de suas relações com as agências estatais. O marco deste período foram as conquistas materializadas na Carta de 1988, principalmente no campo dos direitos sociais materializados 'legalmente' nas políticas sociais- com especial destaque para as que compunham o campo da seguridade social. Considera-se aqui significativa a concepção do direito social e do dever do Estado, a gestão democrática voltada para a descentralização, a exigência legal da criação dos conselhos de direitos.

Entretanto, os fundamentos constitucionais relativos à criação de políticas sociais universais, públicas e de qualidade, deram-se em consonância com a conjuntura de crise econômica que se relacionava, naquele momento, com o movimento mais geral - enquanto macrodeterminação - de dois processos situados no contexto da crise e rearranjo global do capitalismo, a saber: 1- as mudanças no mundo do trabalho, com a chamada acumulação flexível e 2- as mudanças na intervenção do Estado, sob a influência do projeto neoliberal. Esses processos ganharam destaque no Brasil nos anos 1990 e no decorrer dessa década, quando foram implementadas as chamadas 'medidas de ajuste estrutural'. Tais medidas consistiam no refluxo do Estado e na primazia do mercado, por meio de políticas de abertura comercial e financeira ao capital internacional, na privatização das empresas públicas, na redução dos fundos públicos para o financiamento das políticas sociais e na hegemonia do capital financeiro. Com a vitória eleitoral de Lula em 2002 e sua reeleição em 2006, temos, no Brasil, a configuração da mesma orientação macroeconômica neoliberal, baseada em altas taxas de juros, garantia do superávit primário e centralidade da valorização do capital financeiro.

Os efeitos dessa direção macroeconômica apontam, em quase duas décadas de sua implementação, para significativas transformações no mundo do trabalho e no campo da regulação estatal, particularmente na dos direitos

sociais e das políticas a eles afetos. E essas transformações têm significativos rebatimentos no campo das organizações, lutas e movimentos sociais. Assim, é necessário que apontemos, de forma sumária e esquemática, alguns elementos destas transformações no mundo do trabalho- com o desenvolvimento da chamada acumulação flexível- e no Estado- no que tange à orientação neoliberal para as políticas sociais. Essas mudanças vêm impactando regressivamente os processos de organização e de formação das lutas dos trabalhadores e reativam, no Estado, a repressão às ações e lutas que se contrapõem ao capital e à sua direção hegemônica contemporânea, expressa no capital financeiro e no Estado neoliberal a ele funcional.

As mudanças no mundo do trabalho, no que tange à contratação, uso, remuneração e dispensa da força de trabalho, vêm sendo processadas sob a informalização, flexibilização, subcontratação e pelo desemprego estrutural. A flexibilização dos direitos trabalhistas (e a promoção do rebaixamento no valor da força de trabalho), o aumento do desemprego e o aumento da precarização do emprego vêm aumentando a concorrência entre os trabalhadores, a diferenciação interna da classe (trabalhadores em empregos formais, com vínculos empregatícios duradouros em contraposição aos precarizados e temporários). Neste campo em particular, as mudanças no mundo do trabalho vêm impactando regressivamente as formas de organização e de luta dos trabalhadores, particularmente sua expressão organizativa sindical. Vejamos alguns elementos caracterizadores dessa regressividade: observa-se a construção de formas de intervenção sindicais marcadas por iniciativas pragmáticas, contribuindo para que se desenvolva uma crise do sindicalismo de classe e de sua conversão num sindicalismo de ‘parceria’, de ‘envolvimento’; as formas diferenciadas do uso da força de trabalho, para além da dificuldade de desenvolver laços e consciência de classe, vêm se expressando na excludência de milhares de trabalhadores das formas de representação de seus interesses, ou seja, estão fora das organizações sindicais; recrudescimento de uma postura defensiva de preservação dos direitos dos trabalhadores ‘estáveis’ (aqueles com ocupação legal e ‘permanente’, com carteira de trabalho assinada etc.); enquanto o trabalho parcial, informal, temporário, subcontratado, terceirizado etc., recebe pouca ou nenhuma atenção; decréscimo nas taxas de sindicalização, produzido pelo desemprego e pela informalização.

Nessa direção, observamos a construção de formas de intervenção marcadas por iniciativas pragmáticas, o que vem desgastando as posturas e ações que comportavam alternativas à ordem do capital. Isto vem acontecendo principal-

mente no movimento sindical, contribuindo para que se desenvolva, de acordo também com Antunes, uma crise do sindicalismo de classe e sua conversão em 'sindicalismo de parceria', que restringe as suas demandas àquilo que é colocado como possível pelo capital. Ao lado dessas orientações, também assistimos a uma forte tendência de cooptação, pelo Estado, de importantes lideranças do movimento sindical, o que se manifesta, por exemplo, na participação direta de lideranças sindicais na gestão e nas diretorias de fundos de pensão, bem como nos conselhos de administração das várias empresas em que tais fundos possuem ações. Isso evidentemente revela uma mudança de orientação de classe: os representantes dos trabalhadores são indicados para representar setores do capital financeiro, convertendo-se em gestores dos interesses capitalistas.

No campo das políticas sociais, particularmente pelos desmontes dos mecanismos de proteção social, também vem processando um debilitamento, uma fragmentação e despolitização das ações dos movimentos sociais. Debilitamento, despolitização e fragmentação, gerados a partir mesmo do funcionamento da lógica dessas políticas. Implementa-se um padrão diferenciado, segmentado de políticas, marcando um universo dos 'consumidores' dos serviços oferecidos pelo mercado, e um dos beneficiários das políticas públicas focalizadas e das oferecidas pelo campo do chamado 'Terceiro Setor'. A privatização dos serviços e das políticas sociais, ou seja, sua mercantilização, tem introduzido uma realidade discriminatória: serviços melhores para quem pode pagar (os cidadãos consumidores) e de pior qualidade para quem somente pode demandar sua oferta pública. Aqui se insere a maior parte dos usuários das políticas e a eles são ofertadas as políticas focalizadas e as ações sociais implementadas pelo chamado 'Terceiro Setor'. O que marca esse último são ações sociais fortemente assistemáticas, sob o véu ideológico da solidariedade, disseminando uma cultura associativista profundamente despoliticada e despoliticadora, que retira a centralidade do Estado no enfrentamento da questão social e credita sua solução à sociedade civil, entendida como uma esfera que não é nem mercado nem Estado, mas que é regida por relações de ajuda mútua, de filantropia, de amor ao próximo, do voluntariado.

A socióloga Veras Telles diz que o lema do 'Terceiro Setor' é este: « se existem pobres e se você tem pena deles, cuide deles você ». Isso expressa bem o que significa esse 'Terceiro Setor'. O apelo ao desenvolvimento destas ações-movidas pela solidariedade e pela ajuda mútua – implica no redirecionamento do entendimento do que seja questão social. A 'questão social' deixa de ser uma questão política e se torna uma questão moral.

Em relação à política social pública e sua execução focalizada, a exigibilidade para o seu beneficiário subordina-se a critérios baseados na carência. Sendo assim, a política e os direitos sociais são construídos com base nas carências, não mais pelas relações de força e de classe. Isso configura, conforme nos esclarece Chico de Oliveira, uma «nova operação ideológica de despolitição do conflito redistributivo».

Para além dessas regressividades, também assistimos à criminalização dos movimentos sociais (criminalização das manifestações e organizações da classe trabalhadora por meio da repressão, da prisão arbitrária de dirigentes, da ilegalidade das lutas). O exemplo mais contundente que temos é o que aconteceu com o Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST) do Rio Grande do Sul, mas não é de hoje que os movimentos sociais são tratados pela lógica da criminalização. Há uma frase atribuída ao ex-presidente da República Velha, Washington Luis, que dizia que a ‘questão social’ é questão de polícia, frase e conteúdo, que têm sido sempre revitalizados nos diferentes contextos históricos da nossa realidade nacional.

O que vimos recentemente no Rio Grande do Sul é uma orquestração jurídica, política, econômica e militar contra as lutas que o MST vem fazendo naquele estado, pela reforma agrária e contra grandes empresas transnacionais. O Conselho de Promotores do Rio Grande do Sul aprovou um relatório em que pede a dissolução do movimento e a declaração de sua ilegalidade, por ter comprovado que esta era uma ‘organização criminosa’ com viés socialista. Segundo lideranças do MST, depois do massacre de Eldorado dos Carajás, essa ação foi, desde a sua criação, a ofensiva mais forte que o movimento já sofreu.

Como visto, enormes desafios se impõem no tempo presente para a construção de processos ideopolíticos e prático-reivindicativos, que direcionem a consciência e as ações das classes subalternas para a formação de uma contra-hegemonia e de um projeto societário de efetiva intervenção anticapitalista. Podemos concluir com a afirmação do historiador Marcelo Badaró : «investimento nas ONGs, fundações empresariais, cooptação de lideranças, focalização das políticas nos pobres»- e «força máxima na máquina repressiva constituem a combinação mais adequada para definir o grau de articulação historicamente localizado de coerção e consenso através do qual se constrói a dominação capitalista nessa nossa sociedade ocidental periférica». Neste contexto, é incontestável que vivemos tempos, conforme elucida José Paulo Netto, de «redução da vitalidade dos movimentos das classes e camadas subalternas,

que se expressa na perda de ponderação de movimentos sociais capazes de colocar em pauta algo mais que reivindicações pontuais e particularistas».

No entanto, com base no reconhecimento de algumas experiências organizativas no campo sindical e no campo dos movimentos sociais, é possível afirmar que a conjuntura atual não é marcada única e exclusivamente pelo refluxo dos movimentos sociais. Tampouco encontramos frente à tendência ao desaparecimento dos movimentos sociais orientados por um projeto de classe. Começa a ganhar volume um descontentamento, pela esquerda, de setores dos movimentos sociais que têm promovido ações de maior confronto político e programático, em que não poupam uma crítica aguda à política econômica e à hegemonia conservadora neoliberal na condução das políticas sociais. Como exemplos, temos a Conlutas, a Consulta Popular, a Intersindical, o MST e os movimentos que compõem a Via Campesina.

Para concluir, gostaria de fazer duas considerações acerca de alguns desafios para a análise e a ação de luta dos movimentos sociais. Uma consideração de ordem analítica e uma de possibilidade histórica. Em ambas, farei uma mediação com a intervenção profissional do serviço social.

No campo da análise, o investimento dos movimentos sociais no campo institucional - fortemente a partir da segunda metade dos anos da década de 1980, e especialmente a partir da criação dos Conselhos de Direitos - foi também acompanhado por uma forte tendência de substituição dos sujeitos sociais para um enfoque no espaço institucional de discussão das políticas sociais. Ou seja, a partir deste período, observa-se uma forte tendência de substituir a temática dos movimentos sociais pelos espaços institucionais das políticas sociais em que os sujeitos atuam. Esse investimento acabou por secundarizar o conhecimento da vida social, cultural, organizativa dos trabalhadores, ou seja, suas condições de vida, de trabalho, suas demandas, suas formas de organização.

Chamamos a atenção, nessa reflexão, para o serviço social, que vem, de forma significativa, sendo chamado para atuar nos espaços conselhistas. Esse trabalho de mergulho e conhecimento dos sujeitos com os quais trabalhamos é uma possibilidade de desenvolvermos intervenções que podem nos possibilitar ir além da/s política/s que operamos e das determinações institucionais nas quais estamos inseridos.

Como nos esclarece Marilda Iamamoto, atuamos nas mais variadas expressões da 'questão social', vividas pelos indivíduos sociais no trabalho, nas famílias, a luta pela moradia, pela saúde, etc. Mas como vimos, se a 'questão social' é expressão da/s desigualdade/s, também é expressão da resistência e da rebeldia, pois os indivíduos sociais também resistem e expressam seu inconformismo frente às diversas expressões e situações de desigualdade. Para nós, assistentes sociais, as mediações pelas quais se expressa a 'questão social' têm importância por dois motivos: primeiro, para apreender as expressões que as desigualdades sociais assumem na vida dos sujeitos com os quais trabalhamos; segundo, para apreender e fortalecer suas formas de resistência, manifestas, ainda ocultas ou por nascer, isto é, suas formas de organização, as potencialidades de mobilização e luta dos sujeitos com os quais trabalhamos.

Penso que esse é um caminho que pode contribuir para que nossas ações não se pautem apenas pelo acesso dos cidadãos aos benefícios e serviços com os quais operamos nos espaços socioinstitucionais em que estamos inseridos. Mas, ao contrário, sinaliza para perspectivas interventivas, voltadas para fortalecer nos sujeitos a busca de construção de estratégias coletivas para o enfrentamento de suas demandas. Isto significa estimulá-los à participação em movimentos sociais ou a criá-los, quando inexistentes. No que se refere às dimensões de intervenção nos movimentos e organizações existentes, cabe assessorá-los, na perspectiva da identificação de demandas, formulação de estratégias para a defesa e acesso aos serviços de qualidade, discussão das políticas e construção de alternativas para a garantia dos direitos sociais; mobilização para a participação em fóruns, conselhos, conferências e outros espaços de manifestação e organização coletiva de seus interesses e necessidades.

Essas perspectivas de intervenção profissional estão presentes no nosso projeto ético-político. Este projeto conquistou hegemonia no serviço social na década de 1990. Suas linhas fundamentais estão sintonizadas com os interesses, demandas e reivindicações das organizações e movimentos sociais das classes subalternas, ou seja, vincula-se aos projetos societários dessas classes. A construção do projeto ético-político do serviço social acompanhou a curva ascendente dos movimentos sociais, que tensionou o cenário nacional entre os últimos anos da autocracia burguesa e o período de formulação da Constituição de 1988. O fortalecimento deste projeto, que, nas condições atuais (a que antes me referi), parece ser tão adverso, depende da vontade majoritária do campo profissional e vitalmente do fortalecimento das organizações e lutas dos trabalhadores..

Uma outra consideração a fazer é de possibilidade histórica. As lutas dos trabalhadores estiveram inscritas historicamente em duas estratégias alternativas: a estratégia reformista da ordem existente, cuja demanda central é a defesa dos direitos no capitalismo, ou a estratégia revolucionária. A segunda estratégia, a revolucionária, consistia em procurar, em cada situação, mesmo nas mais adversas, as vias para alterar a regulação de forças sociais e políticas a favor dos trabalhadores. Essas vias são a da disputa de projetos - a luta de ideias - para tentar afirmar os interesses dos trabalhadores e o desenvolvimento de organizações voltadas para a defesa e luta destes interesses, no sentido de os tornar hegemônicos.

Buscando apreender as mediações entre as duas estratégias – a reformista, cujo horizonte de luta é a conquista de direitos, de um capitalismo mais humanizado; e a revolucionária – temos clareza de que os movimentos sociais não podem desconsiderar a luta pelos direitos em suas programáticas interventivas. Entretanto, a ofensiva estratégica da luta pelos direitos e pelas ideias de justiça e equidade que os revestem só adquire um sentido emancipatório se estiver em consonância, em sintonia, com a luta por um projeto alternativo de ordem social, em que se possa eliminar a desigualdade social, a partir da superação da causalidade que lhe dá origem, qual seja, a apropriação, por apenas alguns, da riqueza social produzida pelo trabalho.

Nesse sentido, poderemos identificar como positiva a presença de uma diversidade de ações, movimentos e organizações das classes subalternas, que abarcam a defesa de múltiplos temas: infância, etnias, questão de gênero, direitos humanos, trabalho, educação, saúde, moradia, entre outros, o que contribui para trazer à cena pública a dimensão política da questão social, portanto, dos conflitos e das contradições sociais. Por outro lado, a diversidade desses movimentos, agendas de luta, espaço de articulação de movimentos, conselhos e fóruns pode fomentar processos que tornem as lutas fragmentadas, setorializadas, dessetorializadas, quando essas não são vinculadas a um projeto alternativo do conjunto das classes subalternas. Ou seja, a um projeto que busca construir uma visão integrada das necessidades, interesses e reivindicações advindas dessas lutas, incorporando-as em um quadro mais abrangente e classista de efetiva intervenção anticapitalista.

É com esse projeto societário que o projeto ético-político do serviço social brasileiro tem estado sintonizado nesses últimos trinta anos. Obrigada!



PLENÁRIA 4: SAÚDE E TRABALHO: IMPACTOS NAS CONDIÇÕES DE TRABALHO DOS ASSISTENTES SOCIAIS

PALESTRANTE: ROSA LÚCIA PRÉDES TRINDADE (UFAL)

Apesar de estarmos, neste seminário, mobilizados por nossa inserção na saúde, penso que o que estamos discutindo e acumulando, de fato, enriquece e fortalece a nossa luta como categoria que atua em tantas políticas sociais. Por isso, vou, em alguns momentos, tratar especificamente da saúde, mas também vou discutir o trabalho do assistente social em geral. A minha ideia é poder abordar alguns conceitos, socializar algumas informações sobre as condições de trabalho do assistente social.

Inicialmente, gostaria de lembrar que, para pensarmos acerca dessas condições de trabalho, isto requer discutir em que condições concretas esse trabalho se coloca, especialmente as ações prestadas aos usuários da política de saúde. Na verdade, as ações de saúde têm sido prestadas em vários âmbitos: municipal, estadual e federal. Quando estamos falando do trabalho dos profissionais na saúde, estamos, ao mesmo tempo, falando de diferentes características institucionais. No Sistema Único de Saúde (SUS), predominam as instituições públicas estatais, mas essa própria condição estatal está hoje em discussão, sendo objeto de questionamentos, inclusive com os encaminhamentos que o próprio governo tem dado. Não podemos esquecer que as instituições privadas lucrativas e as chamadas não lucrativas também estão contempladas na área da saúde, logo,

compõem o nosso mercado de trabalho. Ademais, não podemos esquecer igualmente que as ações dos serviços de saúde operam em diferentes níveis de atenção. Precisamos também considerar isso, porque essas particularidades vão colocar muitas vezes alguns elementos específicos para essas condições de trabalho.

Parti de um conteúdo que consta do documento preliminar dos parâmetros para atuação do assistente social na saúde, o qual fala a respeito dessas diversas inserções. Vou, assim, acrescentar e problematizar algumas questões afins. Em relação aos postos e às unidades de saúde, apesar de parecer uma atuação no nível da atenção básica, na verdade, a nossa inserção se dá tanto em unidades chamadas 'tradicionais', quanto em unidades de 'estratégia de saúde da família', e também em muitos municípios, principalmente os de menor porte. Eles também estão organizando essas unidades com ações mistas, ações de atenção primária e de média complexidade.

Uma problemática a ser considerada é o não reconhecimento oficial do assistente social na equipe mínima de Estratégia de Saúde da Família. Apesar de não sermos dessa equipe, estamos sendo demandados a apoiar essas equipes, nos Núcleos de Apoio à Estratégia de Saúde da Família (Nasf). Percebemos, nos textos e investigações, que não somos reconhecidos, mas existe uma demanda para o serviço social, sendo essa uma questão que está presente em nossas condições de trabalho. Podemos observar ainda, pelas pesquisas que vários colegas têm feito em diversos estados da federação, que é na atenção básica em que encontramos os níveis salariais mais baixos. Temos identificado nas pesquisas um intervalo de 3 a 6 salários mínimos, mas, muitas vezes, podem ocorrer proventos inferiores a 3 salários mínimos.

Um ponto recorrente e que me parece muito relevante nesse quadro que estou inicialmente mapeando sobre que condições de trabalho são aquelas relativas ao espaço físico. Constata-se ser muito comum a improvisação, no âmbito da atenção básica, no que se refere ao espaço físico no qual se realiza o trabalho da equipe, desde as instalações, os recursos, os insumos, entre outros.

Quanto à segunda forma institucional, o que os parâmetros chamam de policlínicas ou institutos, acrescentei os ambulatorios especializados. Tem-se, como sabemos, diversas instituições no sistema de saúde, que nos põem frente ao desafio da fragmentação do nosso trabalho nessas especialidades. A própria Instituição organiza-se em torno de especialidades, quando não se trata de apenas

uma única especialidade, mas em geral são várias. As vezes, esses ambulatórios estão dentro de hospitais, noutras estão fora das estruturas hospitalares, e costumam ser unidades de média complexidade.

Dentre essas formas institucionais, faço um destaque ao que estou chamando de serviços e programas específicos. Proponho dois exemplos que me parecem mais emblemáticos, mas poderíamos pensar em outros: os Centros de Atenção Psicossocial (CAPs) e os Centros de Saúde do Trabalhador. O que temos observado nas pesquisas e também através do CRESS é que muitas vezes há pouca precisão no entendimento sobre a participação do serviço social na equipe. Isso me parece ser também um elemento que conta para definirmos o que é necessário para as nossas condições de trabalho, se não sabemos qual é exatamente o nosso papel, a nossa contribuição, muitas vezes, isso pode dificultar a nossa assertividade em relação a essas condições.

Uma outra forma institucional são as secretarias de saúde e os órgãos de gestão. Estamos presentes nos chamados níveis centrais, isto é, nos níveis de gestão, cuja principal problemática me parece ser exatamente a dificuldade de identidade que os assistentes sociais experimentam, quando inseridos nos níveis de gestão e coordenação.

Uma outra forma institucional que cabe salientar são as cooperativas de serviços médicos. Apesar de estarmos nos centrado na discussão do SUS, vale dizer que a própria existência dessas cooperativas e planos de saúde são uma expressão das contradições da saúde pública no Brasil. Ademais, não é porque essas cooperativas estão se organizando na lógica privada e na lógica mercantil que não há problemas nessas condições de trabalho, até porque o que observamos é que se trata de um mercado ainda pequeno, mas no qual o assistente social está sendo requisitado para o controle de qualidade e satisfação do cliente.

A seguir, podemos discutir um pouco sobre a realidade dos hospitais. Nós, assistentes sociais, estamos nos hospitais gerais, hospitais de urgência e emergência, onde há situações, condições de trabalho e questões muito delicadas. Todas têm muito a ver com o nosso entendimento e visão crítica quanto a essas condições de trabalho e sobre o que significa, inclusive, a média e alta complexidade nos serviços de saúde.

Uma das questões que mais aparecem nos hospitais são as jornadas de trabalho por meio de plantões, com uma característica de intensificação de 12 até 24

horas. Isso vai fazer com que os hospitais, um dos vínculos de trabalho do assistente social, exijam que essa jornada de trabalho possa ser cumprida em plantões, o que permite, paradoxalmente, que se consiga cumprir jornadas diferenciadas em outras instituições. Contudo, o que temos percebido é que isso tem intensificado o trabalho e tem adoecido inclusive os assistentes sociais, embora não exclusivamente. Na realidade dos hospitais, é muito comum que a sala do serviço social fique na porta de entrada da instituição. Isso é um elemento das nossas condições éticas e técnicas e tem a ver também com a discussão das condições de trabalho. As estruturas hospitalares estão crescendo e as nossas ações profissionais nessas realidades estão muito presentes, sob a forma de plantões sociais.

Quanto aos hospitais especializados, nos hospitais psiquiátricos, tem ocorrido a diminuição da equipe de serviço social. Nos hospitais universitários, por sua vez, a demanda de trabalho do assistente social tem sido muito forte, porém a quantidade de profissionais não tem crescido o suficiente. Nos hospitais privados, há todas aquelas negociações salariais com base na CLT e com vínculos muito mais instáveis do que no setor público. Essa é a questão dos hospitais, onde as condições de trabalho têm, de fato, algumas particularidades.

As possibilidades de atuação dos assistentes sociais na saúde são muito amplas e, já há algum tempo, vem sendo registrado, na nossa bibliografia e pesquisas, um predomínio das atribuições relativas ao atendimento individual. Essa ampliação da possibilidade de ação não necessariamente corresponde a uma ampliação de atribuições, porque estamos muito marcados por essas atribuições relativas ao atendimento individual e às providências para o acesso a serviços e benefícios sociais.

Parece que o lugar que estamos ocupando e a resposta que estamos conseguindo dar, nessa conjuntura, precisam ser levados em consideração. Há que ser discutida essa relação entre aquilo que estamos conseguindo construir nas condições de trabalho que temos versus essas possibilidades que legitimamente estão colocadas nos parâmetros para atuação do assistente social na saúde, em sua versão preliminar, que vão desde o atendimento direto, passando por investigação, assessoria, controle social, entre outros.

A ideia até aqui foi introduzir algumas particularidades dessa realidade do serviço social no mercado de trabalho na área da saúde. Passo agora para uma segunda parte, em que vou tentar fazer a discussão dessa nossa inserção na saúde e da nossa relação com o trabalho em saúde.

No documento dos parâmetros para atuação do assistente social na saúde, tivemos a possibilidade de sistematizar essa atuação em seis ações fundamentais. Vale dizer que as ações assistenciais encerram a possibilidade de ampliarmos a noção do trabalho em saúde, pois trabalho em saúde não é sinônimo de trabalho médico, da mesma forma que assistência em saúde, serviço de saúde, não é sinônimo de serviço médico, embora isso ainda esteja muito presente no cotidiano, na população e nos próprios profissionais.

Nesse sentido, há algumas questões que me parecem necessárias de ser explicitadas. Temos o desafio de entender o trabalho nos serviços e, dentre estes, os serviços sociais no serviço de saúde, como parte da ampliação dessa esfera inclusive de assalariamento de trabalhadores, donde o papel que a saúde e os serviços de saúde têm na própria dinâmica de acumulação capitalista. Isso denota uma maior intensificação da divisão técnica do trabalho, não só na indústria, mas também nesses serviços. Em cada serviço de saúde, a cada resolução, a cada ampliação, por exemplo, da equipe básica da estratégia de saúde da família, vai-se vendo esse reconhecimento das diversas especializações. Isso é um ponto que pode parecer muito positivo, quanto à ampliação de conhecimentos e disciplinas incorporados em saúde; no entanto, pode também ser um elemento muito fragmentador.

Por isso, na bibliografia, encontra-se com frequência a discussão de que a implantação do SUS e de todas aquelas formas institucionalizadas tem reposto uma parcelização das ações. Alguns autores falam da taylorização do trabalho na saúde; então, avança-se nas formas institucionais, na quantidade de serviços de saúde, na chegada dos serviços de saúde pela descentralização a municípios que antes, até algum tempo atrás, não tinham nenhum serviço. Isso tem se construído, inclusive, com formas de gestão e formas de organização do trabalho que incrementam a justaposição de tarefas desempenhadas por essas diversas profissões.

Aqui também se coloca uma discussão sobre a tecnologia de saúde que envolve, desde a atenção básica, o papel que o sistema de saúde tem como porta de entrada para os usuários que chegam às unidades de atenção básica, até os serviços de média e alta complexidade. Some-se a isto o quanto o trabalho em saúde hoje pode estar se distanciando de uma concepção que considera a relação entre quem presta esses serviços e quem os recebe. É uma relação entre sujeitos que estão ali com papéis e conhecimentos diferenciados, mas essa relação da atenção em saúde está, de fato, cada vez mais mediada pela tecnologia, o que leva à expectativa de que a atenção em saúde só começa quando se realiza um exame.

Queria socializar também uma outra reflexão que desenvolvi na minha tese de doutorado. Procurei estudar a instrumentalidade do serviço social, tentei analisar a inserção do serviço social nesses serviços por meio da divisão social técnica do trabalho. Trata-se dos serviços em que estamos atuando, compondo as ações de regulação das relações sociais. Há também toda uma discussão teórica que considero interessante fazermos, afinal, esses serviços têm uma relação indireta com o processo produtivo e com o processo de acumulação. Ao mesmo tempo, têm características específicas. O que significam, então, esses serviços de assistência social, educação e saúde nesse processo de regulação das relações sociais? Segundo nosso entendimento, não podemos perder de vista essa unidade. Na verdade, precisamos marcar as diferenças, especialmente se pensarmos nas profissões que atuam diretamente na produção material, muitas delas inclusive nem são profissões, são apenas ocupações. Penso que o trabalho nos serviços tem suas particularidades nessas ações de regulação das relações sociais.

Falar de condições de trabalho, em um e outro, tem particularidades que precisamos levar em conta, mas sem perder de vista que estas formas de trabalho e de produção estão, na verdade, colocadas, na realidade, numa unidade. Então, se perdermos de vista essa unidade de produção e reprodução social, podemos deslocar a nossa visão de qual é, de fato, a importância desses serviços e, conseqüentemente, do nosso trabalho. Essa é uma discussão teórica fundamental, que não vou poder aprofundar, mas gostaria de marcar como um caminho que vejo como frutífero para entender essa questão. Até porque as profissões de chamada área social, não só a nossa evidentemente, são chamadas justamente para participar desses processos de regulação das relações sociais.

O exercício profissional nos serviços sociais se efetiva sob a forma de trabalho assalariado. Desse modo, tem-se uma relação entre profissão e trabalho. E cabe salientar um outro elemento: inserir-se como profissional nesse mercado de trabalho põe uma outra questão que é a inserção desses profissionais nos chamados extratos médios de renda, a classe média. Esta é uma discussão que existe no campo das profissões, que é interessante pensarmos, porque me parece que toca também em algumas questões, do ponto de vista da ideologia e da consciência profissional.

É importante, pois é um exercício profissional que se efetiva por meio de um assalariamento, o qual tem uma dupla colocação, porque é um assalariamento que diz respeito ao que fazemos, ao trabalho que realizamos com os trabalhadores e, ao mesmo tempo, por meio do assalariamento, nos inserimos no mercado

de trabalho para o exercício profissional. Vários autores já nos explicaram isso muito bem no serviço social, como Marilda Iamamoto. Na realidade de hoje, vejo uma tensão entre as prerrogativas éticas e técnicas da profissão, que estão muito claras para nós. Uma vez formuladas, mexem com a autonomia e a autoridade profissional. Então, essas prerrogativas estão dadas pela nossa formação profissional e essa tensão se dá em relação às condições concretas da compra e venda de nossa força de trabalho, ou seja, da força de trabalho dos que atuam nesses serviços sociais.

Ao mesmo tempo em que temos a autonomia e a autoridade profissional, autonomia relativa evidentemente, temos poder profissional e realizamos essa dimensão profissional por meio do emprego e dos contratos de trabalho. Essas mediações- emprego, contrato, vínculos- estão, na realidade, na relação com o empregador e gestor. Na saúde, isso adquire expressões que me parecem muito interessantes, porque a organização da gestão em saúde e da gestão do trabalho hoje tem trazido alguns elementos.

Gostaria de tentar explicar melhor essa ideia que estou trazendo para discutirmos, porque existe essa tensão entre a condição profissional e a condição de trabalhador assalariado. Vou, então, falar rapidamente acerca de algumas questões que estou chamando de condições institucionais que fazem parte das nossas condições de trabalho, e depois vou falar um pouco sobre essas condições do assalariamento.

Um pressuposto do nosso exercício profissional é o de que as condições éticas e técnicas para a garantia do nosso exercício profissional são dadas nas instituições. Há, portanto, algumas dessas condições que, hoje, especialmente na saúde, estão recheadas de contradições. Vejo que alguns elementos da realidade de hoje se relacionam a isso.

Quanto à municipalização dos serviços e das instituições, há algo que eu queria compartilhar, pois não sei se é uma realidade em outros estados, mas, na pesquisa que estamos fazendo esse ano no interior de Alagoas, notamos uma diminuição da presença de assistentes sociais na saúde. Na verdade, especialmente as novas gestões das prefeituras, pelo menos na realidade de Alagoas, ao conduzir o processo de municipalização e descentralização, por vezes transferem os concursados para a assistência social, porque tem sido esta, inclusive, uma política de um maior investimento do governo federal nos municípios. Logo, parece-me que a municipalização e interiorização da política de saúde hoje estão pondo

algumas questões para o nosso mercado de trabalho, porque, pelo menos, num mapeamento inicial, há até uma certa diminuição desses profissionais, embora, no geral, a saúde continue sendo o nosso principal mercado de trabalho.

As instituições apresentam demandas para as nossas ações profissionais, então, é evidente que a fragmentação ou não do perfil dos usuários interfere nessas condições institucionais. Não preciso explicar muito que os recursos materiais e a estrutura física dessas instituições, especialmente aquilo que não consegue ser garantido, influem nas nossas condições técnicas e éticas, nos programas e nos projetos institucionais. Algo que também chama muito a atenção é que a nossa situação funcional dentro da instituição impõe igualmente outros desafios para nós e para nossas condições de trabalho.

Isto porque é exatamente como a instituição se organiza e em que lugar está o serviço social, ou não está - porque muitas vezes na instituição não há nenhuma organização administrativa mínima para localizar o serviço social – que põe algumas questões que mexem com o poder. É justamente a relação que se tem com o poder institucional que repercute na nossa autoridade, nas nossas responsabilidades também como profissionais, nas nossas relações com a equipe, como a equipe se organiza, como nos localizamos e, inclusive, a nossa possibilidade de ocupação de cargos de coordenação. Penso que essas condições institucionais, que vão desde como a instituição se organiza até como o serviço social se localiza na instituição, são questões que precisam ser levadas em conta para entendermos melhor as nossas condições de trabalho.

Como estou situando a tensão entre a condição profissional e a condição de trabalhador assalariado, essas condições institucionais que acabei de citar compõem alguns elementos que garantem o que podemos chamar de a nossa ‘profissionalidade’, a qual se dá, ao mesmo tempo, por meio de uma inserção assalariada. Tais condições de assalariamento revelam como a nossa força de trabalho está sendo comprada e vendida nesses serviços. Evidentemente, temos vários problemas: alguns que talvez mexam mais individualmente na nossa condição de sujeitos sociais que precisam vender sua força de trabalho para sobreviver.

Temos ainda diversas problemáticas a serem discutidas: as formas de ingresso nas instituições, os nossos vínculos empregatícios, os nossos salários. Como eu havia falado antes, a composição desses salários com gratificações, com complementações, a carga horária que desempenhamos, a nossa jornada de trabalho, além do fato de sermos uma força de trabalho eminentemente fe-

minina. Penso que a discussão do trabalho da mulher, o trabalho feminino, parece-me hoje mais do que pertinente, um desafio a ser enfrentado.

A partir dessa questão mais geral, vou apresentar duas questões, com base numa tendência geral do mercado, que temos observado, as quais põem problemas ao mesmo tempo em relação à nossa condição de profissional e ao nosso assalariamento. A combinação de cargas horárias parciais, de duplo vínculo e de ausência de planejamento pode estar reforçando uma tendência à burocratização da atuação do assistente social, que, sem uma permanência prolongada junto aos usuários, consegue, no máximo, realizar atividades de enfrentamento dos problemas imediatos, sem possibilidade de práticas mais profundas. Estou tentando, portanto, articular essas condições do assalariamento com esse nosso papel e as nossas atribuições, que são prerrogativas éticas e técnicas.

Chama-nos a atenção, nas pesquisas, os baixos índices para atribuições profissionais, que implicam em continuidades que demandam um trabalho mais de longo prazo, por exemplo, o acompanhamento social a grupos, a mobilização de comunidades, como alguns chamam, entre outros. As pesquisas mostram, assim, uma ênfase muito grande em atribuições que são mais da ordem das providências e abordagens individuais. Desse modo, a meu ver, há uma relação entre a condição profissional e as condições do assalariamento; é em cima disso que estou tentando organizar os meus argumentos. Continuamos majoritariamente funcionários públicos, o que evidencia uma série de questões. Aparentemente, parece que isso é algo que resolve a nossa situação; no entanto, os próprios serviços públicos hoje, em particular o serviço de saúde, estão apresentando alguns elementos que tensionam essa nossa condição de profissional. Recursos cada vez mais escassos, espaços físicos inadequados, precarização de relações no trabalho, vínculos não estáveis, contratos temporários, apesar de ainda prevalecerem os vínculos estatutários, instabilidade e insegurança nos postos de trabalho, ainda muito presente o ingresso por indicação, por convite, por seleção e com a própria reforma administrativa, abrindo espaço para isso. Quanto à carga horária, vai-se desde aquela mais extensa até cargas horárias mínimas. O nível salarial, como eu disse, localiza-se numa média de 3 a 6 salários mínimos.

Na verdade, tenho pensado a hipótese de que, de fato, temos mais postos de trabalho para assistentes sociais. Há um fluxo de entrada no mercado de trabalho, ou seja, em relação a algumas outras profissões, o índice é alto. Pelo menos, considerando-se até agora a formação presencial; vamos, depois, precisar

acompanhar a formação à distância, para poder fazer essa relação. Podemos supor, no entanto, que a utilização do nosso trabalho, a sua compra está garantida. Temos, de fato, mais força de trabalho do assistente social no mercado.

Entretanto, o que estamos percebendo é que, na verdade, cada trabalhador assistente social está tendo uma jornada de trabalho muito mais extensa. Temos colegas trabalhando 40, 44, 60 horas por semana. Então, conforme os dados levantados, temos uma jornada de trabalho mais larga, uma intensificação do uso da nossa força de trabalho, porque estamos falando de um trabalhador intelectual. Entretanto, isso não significa que o serviço social esteja mais presente nas instituições, pois muitos assistentes sociais têm vários vínculos empregatícios e, para cumprir cada vínculo, têm uma permanência breve, em apenas alguns dias da semana, em cada instituição. Assim, paradoxalmente, estamos menos presentes nos espaços institucionais. Essa parece ser, assim, uma problemática.

Antes de terminar com os desafios teóricos e éticos, sinto-me comprometida em dividir alguns depoimentos de colegas assistentes sociais, quando questionados sobre as suas condições de trabalho. Uma colega disse o seguinte: «diante das limitações, a ação profissional fica em torno dos objetivos da instituição, pois não consigo efetivar os objetivos profissionais. Esses ficam a desejar. Não consigo supri-los, porque por mais que eu queira e tenha clareza. Isso ocasiona uma tristeza e frustração, por não ter feito mais». Uma outra disse: «já trabalhei em tanto canto! Teve um em que precisei ficar afastada, depois pedi demissão. Era um hospital para doentes mentais. Na época, eles eram torturados e ficavam enclausurados, por isso, fiquei com o emocional abalado, não conseguia dormir». Uma outra ainda fala: «se eu não tomar cuidado, fico estressada, porque querem que o serviço social resolva tudo, mas isso depende de um sistema, não de mim». E por fim, uma outra acrescenta: «um profissional como um assistente social se depara com situações diversas. «Às vezes, não estão preparados, pois mexe-se com o íntimo, uma vez que o assistente social trabalha com situações de estresse. Nesse sentido, o que o CRESS pode fazer? Ou o sindicato? Um esquema de proteção do assistente social? Estudos da parte cognitiva?».

Temos captado, em algumas pesquisas, na relação com alguns profissionais, esses depoimentos de situações que muitos de nós vivemos. Por isso mesmo, quis trazê-los como ilustração do quanto essa discussão sobre as condições de trabalho precisa ser vista nessa dialética entre aquilo que podemos e devemos oferecer como serviço para usuário, e aquilo que também estamos vivenciando como trabalhadores.

Por fim, anotei aqui alguns desafios para assumirmos juntos e enfrentarmos essa questão. Um primeiro desafio, portanto, é teórico e ético-político: precisamos apreender as mudanças societárias dessa nova etapa do capitalismo, presentes nas demandas postas à profissão no cotidiano do exercício profissional. Esse é um desafio muito grande nessa relação entre ser profissional e ser trabalhador assalariado, pois consiste no desafio de conseguir apreender que demandas e mudanças estão dentro do nosso cotidiano. Por vezes, elas encontram-se implícitas nas demandas que nos são colocadas, especialmente naquelas mais absurdas, que parecem que não se encaixam. Ali, porém, tem uma lógica nessa expressão.

Em segundo lugar, apresentei o desafio de conhecermos as condições materiais em que se desenvolve o trabalho do profissional. Penso que a nossa preocupação com o salário é justa e necessária, mas o que compõe as nossas condições de trabalho não é apenas o salário. Então, é preciso conhecermos as condições concretas e enxergarmos o nosso trabalho como parte da divisão sociotécnica do trabalho. É fundamental ainda investir no reconhecimento político do assistente social como trabalhador assalariado de serviços; contudo, cabe, ao mesmo tempo, pensarmos como trabalhadores assalariados e também nas potencialidades de sermos assalariados como uma profissão, o que exige desenvolvermos o papel político e a dimensão social inerentes ao exercício profissional.

Penso que é nessa tensão que estão as nossas dificuldades, mas eu interpreto que aí também estão possibilidades, pois temos possibilidades que, muitas vezes, outros trabalhadores assalariados não dispõem ou não conseguem ter claros os elementos desse exercício profissional e dessa relação tão complexa, que é a autoridade e a responsabilidade profissional.

Queria agradecer muito a atenção de vocês. Espero que possamos conversar e discutir. Muito obrigada.



MESA REDONDA: ÉTICA E BIOÉTICA EM SAÚDE: DILEMAS DO COTIDIANO DOS ASSISTENTES SOCIAIS PENSADOS A LUZ DO PROJETO ÉTICO-POLÍTICO PROFISSIONAL

PALESTRANTE: MARIA ALEXANDRA DA SILVA MONTEIRO MUSTAFÁ (UFPE)

No Brasil, em período de ditadura, o debate sobre a questão social e suas manifestações era considerado proibido, tendo em vista que os militares temiam a socialização de informações, pois esta poderia colocar em risco o poder exercitado por eles. Hoje, quando os/as assistentes sociais se reúnem para discutir temas daquele tipo, devem compenetrar-se de que estão para praticar algo que pode levar realmente à transformação de realidades. No caso da presente discussão sobre *ética e projeto ético-político e bioética na profissão do serviço social, no setor da saúde* se está, com ela, precisamente promovendo uma atividade teórico-prática potencialmente capaz de promover transformações significativas, conjunturais ou estruturais, que sejam, no estado de coisas, isto é, na realidade. Neste sentido o CFESS e o CRESS 4a Região se inserem na lista daquelas instituições sociais geradoras de processos transformadores, no sentido da defesa radical dos direitos humanos, de contribuição para a implantação de um outro projeto societário; portanto, merecem os parabéns e os votos de sempre maior aprofundamento da qualidade dos temas tratados.

A ética, para todos/todas nós do serviço social, é algo muito relevante e muito significativo, haja vista que, há décadas, nos fundamentamos em nossas ações pelo projeto ético-político e pelo Código de Ética, que já passou por

diversos processos de reconstituição, para que o mesmo represente cada vez mais, com efetividade, aquilo por que as/os profissionais do serviço social devem primar e defender na cotidianidade de sua prática, e pelo que seus intelectuais devem prezar ao redigirem seus textos. Neste sentido, é preciso que se perceba e sempre se ratifique o fato de a ética ser, para o serviço social, a disciplina primaz, e gozar, no interior da profissão, de total centralidade.

Assim, é bastante louvável que o tema do projeto ético-político se constitua novamente em uma centralidade na reflexão da formação e do exercício profissional, considerando que, nos últimos tempos, principalmente no último Enpess, a questão que se colocava era a da necessidade da resistência, em face de uma possível crise vivenciada por este projeto. Após um momento de maturação, passamos da fase de resistência e estamos cumprindo os desafios para afirmação e reconstrução deste projeto que, por algum tempo, foi denominado apenas de projeto profissional. Todavia, a clareza a respeito de tal centralidade, é bom que se diga, não é e não deve ser imposta como dogma, trata-se de uma conquista proveniente de um processo de maturação filosófica e científica, ocorrida na história da profissão. Se, no Enpess de 2008, se questionou a plausibilidade da denominação do projeto ético-político do serviço social, evento este que foi seguido por tantos outros eventos que concomitantemente apontaram para a perda da sua credibilidade, hoje, com este encontro, temos a certeza de que a dimensão ético-política ocupa novamente a qualidade ou situação central nas reflexões da categoria profissional.

Cabe ressaltar que a terminologia 'ético-político' ganhou oficialidade no interior da profissão nas décadas de 80 e 90 do século XX, quando o serviço social, articulado com outras profissões, movimentos sociais e partidos de esquerda de então, lutava e se inseria concretamente num processo de mobilização de forças para a instauração, no Brasil, de princípios éticos que se perderam nos anos da ditadura, como a liberdade, a democracia e a justiça social, num processo que se denominou de redemocratização do país e conquista dos direitos sociais.

No âmbito da profissão, o histórico Congresso da Virada, de 1979, foi o marco do posicionamento da categoria na participação em amplas lutas dos partidos e dos movimentos sociais contra a ditadura militar. Os primeiros resultados daquelas lutas vieram à tona nos anos 1980 e impulsionaram os acontecimentos políticos até a promulgação da Constituição de 1988, que foi considerada, por parte de grande parcela da população brasileira, a Constituição

Cidadã. Tal título, ela obteve por, no seu texto, incorporar direitos civis, sociais e políticos, coincidentes com muitas das reivindicações que eram feitas pelos movimentos de luta dos trabalhadores. Além disso, a consolidação da democracia representativa deu ao país um novo clima de liberdade, restituindo aos cidadãos o direito de expressar livremente seu pensamento.

Aquele foi um momento singular na história do Brasil, no qual os/asistentes sociais se constituíram também como protagonistas, tanto na colaboração com as articulações e organizações das lutas pela reforma sanitária (que culminaram com a instituição do Sistema Único de Saúde/SUS), quanto no favorecimento da seguridade social, que atribuiu caráter de política à assistência, juntamente com a previdência e a saúde, reunidas num único tripé: o da seguridade. Foram tantas as frentes de luta que, ao invés de se apoiarem na concepção burguesa de direitos humanos (ingênuas), defenderam intransigentemente os direitos humanos negados e totalmente desrespeitados pela própria burguesia, desde a sua ascensão como classe dominante no mundo, isto é: lutava-se contra a ameaça à sobrevivência do estado de miséria, contra a fome da população brasileira, portanto, contra a ameaça à vida e se lutava a favor da liberdade de expressão.

Apesar dos avanços ético-políticos conquistados pelos movimentos sociais com a Constituição de 1988, representados pela universalização dos direitos civis, políticos e sociais, desde então a ação das forças reacionárias se fez sentir, e ainda hoje busca modos e métodos de burlar avanços populares e de reverter conquistas, além de impedir o aprofundamento de ganhos e a ampliação de outras conquistas. Assim, muito resta a ser feito pela consolidação daqueles direitos, e o engajamento nesse labor está diretamente relacionado com os deveres do/a assistente social. Deve-se considerar ainda que a onda neoliberal logo se apossou do poder e, por meio de forças conservadoras, tem conseguido descaracterizar especialmente as conquistas sociais demarcadas na lei maior do país. Tal compromisso de luta pela consolidação e ampliação de direitos e de luta contra a perda dos mesmos, que, em última instância, aponta para a efetivação do projeto societário, é o que constitui propriamente o projeto ético-político do serviço social: é o dever essencial da profissão no Brasil.

Aprofundando este discurso, é necessário que se perceba, do ponto de vista teórico-prático, que, quando a categoria dos/as assistentes sociais assumiu, como terminologia de seu projeto profissional, a qualificação de projeto ético-político do serviço social, tal denominação estava já fundamentada na

ontologia social de Marx, que concebe o homem e a mulher como seres teleológicos. Seres teleológicos, por possuírem a capacidade de projetar, realizar e ter o controle de sua atividade fundamental, que é o trabalho. Para Marx, isso se chama liberdade, que é o princípio-chave do nosso Código de Ética de 1993. Por isso, o projeto denominou-se de ético-político, porque trata de uma teleologia politicamente realizável, a partir de homens e mulheres capazes de concretizarem uma perspectiva de sociedade, por meio de um exercício de escolha acerca de qual é a melhor sociedade. Que projeto societário, assim, atende às necessidades humanas em toda a sua plenitude? Que modelo de sociedade fundamenta-se na exploração e na alienação? Não é difícil discernir e é necessário que se faça, individual e coletivamente, uma escolha a favor do projeto societário que atenda às necessidades humanas na sua plenitude.

Tal escolha se dá em nível do cotidiano, das práticas, do dia a dia, até as decisões mais abrangentes e universais, entendidas como a passagem do singular para o universal, da condição de Eu individual para a de Ser Social, isto é, de ser humano genérico. Por isso, são tão significativos os parâmetros para a atuação de assistentes sociais na saúde, que partem do princípio de que o profissional da saúde desenvolve suas ações profissionais em dimensões complementares e indissociáveis: assistencial, em equipe, socioeducativa, mobilização, participação, controle social, investigação, planejamento, gestão, assessoria, qualificação e formação profissional.

Vale ressaltar que a implementação do SUS, a partir dos anos 1990 e como conquista da Constituição de 1988, vai exigir novas formas de organização no trabalho em saúde. São previstas, portanto, a universalização, a descentralização e a participação popular. Posteriormente, a contrarreforma na saúde desencadeou um processo de retrocesso que corresponde à forma como se implementou o SUS, ou seja, como se ignorou, na legislação complementar nacional, a prescrição explícita na Constituição, que preconizava a implantação de um Sistema Único Universal Descentralizado e Participativo na Saúde. Essa contrarreforma terminou por transformar o SUS em algo muito diferente do que deveria ser, acarretando, no cotidiano dos serviços, diferentes questões operacionais: demora no atendimento, precariedade dos recursos, burocratização, ênfase na assistência médico-curativa, problemas na qualidade e quantidade de atendimento, não atendimento aos usuários conforme o documento produzido para as reflexões dessa conferência – *Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde*.

Em outras palavras, devido à atuação das forças reacionárias acima citadas, o SUS terminou por configurar-se, na prática, como a oferta de um sistema deficiente para os pobres, e que dá sustentação para o atendimento privado aos ricos; um sistema voltado para os pobres e, por isso mesmo, deficiente. Paralelamente, o sistema privado criou as melhores condições para os ricos, privilegiados e setores dominantes. Não se quer dizer, com isso, que o advento do SUS não tenha melhorado em nada a situação da saúde no Brasil, pois seria uma falácia; tais melhorias se deveram precisamente aos aspectos de emancipação humana, que estavam presentes nas lutas pela democratização do país e que as ações reacionárias não foram capazes de impedir que se estabelecessem. Comparando-se com o que existia antes, muita coisa mudou para melhor, como a ampliação do atendimento. Todavia, a sua lógica central da universalidade do direito à saúde foi abandonada e o que estava previsto para ser feito era muito mais, e isso configurou um novo quadro conjuntural no interior da questão social.

Diante dessa realidade que se formou historicamente, o serviço social se reposiciona também quanto à questão da escolha por uma sociedade humanamente justa e se pergunta: como agir nas situações contraditórias que a efetiva aplicação do SUS gerou? Pode-se, hoje ainda, falar ou não de escolha, se o capitalismo não sucumbiu, devorado pelos efeitos daninhos de sua própria crise; promovendo, cada vez mais, um estado de coisas que não permite escolhas? Isso tudo é muito grave. Mas, na realidade, estamos sempre diante de uma situação em que dois posicionamentos diferentes e antagônicos são possíveis. O primeiro é aquele de se escolher, aceitar essa expressão da questão social, tendo como referência o imobilismo, fruto do determinismo fatalista, que sustenta a tese de que nada pode ser feito enquanto estivermos sob o jugo do capital. O segundo, que se mostra realista, factível e visível neste seminário, é o de enfrentar os desafios que se colocam no cotidiano, sem perder de vista a perspectiva de transformação e de emancipação da sociedade.

Para isso, podemos nos reportar a Gramsci, que já dizia: «se você não sabe de onde veio, dificilmente saberá aonde quer chegar». Portanto, agora mais que nunca, é fundamental que se tenha presente que ser assistente social na saúde não diz respeito apenas à facilitação de marcação de consultas, exames, solicitação de internação, alta e transferência, reclamação com relação à qualidade do atendimento e/ou ao não atendimento, pois tais questões dizem respeito a todos os profissionais de saúde.

Cabe aos/às assistentes sociais uma perspectiva ética e propositiva de prestar orientações individuais e coletivas e/ou encaminhamentos quanto aos direitos sociais da população usuária, no sentido de atender à demanda de interpretação da realidade e formação de uma nova concepção de mundo por parte do usuário. Assim, as ações socioeducativas são as mais importantes ações do/a assistente social em qualquer campo de sua atuação profissional.

Quanto às ações em equipe, é preciso agir ética e politicamente, estabelecendo os limites e os espaços profissionais capazes de serem ocupados pelos profissionais de serviço social, negando a postura alienada da mera execução de tarefas decididas por outros. É importante afirmar a relevância da particularidade do serviço social no processo de viabilizar a saúde ameaçada nas condições em que se encontra um paciente. É preciso contar com a compreensão dos demais profissionais acerca de nossa concepção de mundo, nosso projeto ético-político, nossa visão de realidade e atribuições, que vão muito além das simples demandas burocráticas, colocadas, em geral, para os/as assistentes sociais pelos empregadores.

É preciso que o nosso projeto ético-político seja um coadjuvante de outros projetos profissionais e do projeto de transformação da ordem societária, preconizado no Código de Ética de 1993. Só a competência e a postura ética poderão modificar, no interior das unidades de saúde, as cobranças por atribuições indevidas aos assistentes sociais e que se confundem com competência de outros profissionais. Cabe, pois, a organização de reuniões e debates entre os diversos profissionais, para o esclarecimento de suas ações e o estabelecimento de rotinas e planos de trabalho.

A alta médica, por exemplo, deve ser acompanhada de alta social, cabendo ao profissional de serviço social notificar a equipe, registrando no prontuário a sua intervenção, de forma a ratificar o caráter do atendimento em equipe, com o objetivo de estabelecer interface do usuário familiar com a equipe. O/a assistente social pode ser interlocutor/a entre os usuários e a equipe de saúde, com relação a questões de ordem social e cultural, visto que, pela sua formação, possui o conhecimento da realidade, cujas determinações escapam muitas vezes aos demais membros da equipe.

Outro desafio que se esboça no cotidiano dos/as profissionais da saúde é o da humanização, que consiste na criação de uma nova cultura de atendimento, pautada na centralidade dos sujeitos e na construção coletiva do SUS.

Como foi dito anteriormente, as ações podem e devem ser consideradas eixo central de atuação do/a profissional do serviço social, inclusive quando houver temas polêmicos, como os que dizem respeito à bioética, isto é: o aborto, a eutanásia, a clonagem, as células-tronco etc.

A bioética, enquanto tema proposto para esta mesa, merece ser tratada primeiramente em seu sentido geral, para depois darmos uma focalização no papel que o serviço social pode e deve ter neste debate. Bioética é a disciplina que indaga os problemas morais e normativos em âmbito biomédico; portanto, se, por um lado, um médico ou cientista de laboratório, profissionais da saúde, em sentido estrito, são possuidores de um conhecimento técnico capaz de contribuir para tal discussão, o fato de o problema ter rebatimento direto na vida do usuário faz com que o/a assistente social tenha também voz em questão.

O tema 'bioética' foi usado pela primeira vez nos anos 70 do século XX, mas tais problemas são antigos. Após a Segunda Guerra Mundial, os experimentos com seres humanos, feitos pelo nazismo, foram temas de justiça durante o julgamento de Nuremberg e ainda hoje todas aquelas questões não estão pacificamente resolvidas, do que resultaram as Resoluções do Tratado de Nuremberg.

Tais temas envolvem questões como o pluralismo dos valores e são de competência interdisciplinar. É desafiante, pois, decidir o sim ou o não de um 'dever ser' a respeito do aborto, da eutanásia, entre outras questões, que requisitam até mesmo um rigor científico que envolve justificação de valores e orientação de ações da engenharia genética quanto à tutela do meio ambiente. O âmbito da bioética é abrangente, mas o seu núcleo central é constituído por problemas teóricos, a respeito de quando a vida começa e quando ela termina.

A polêmica que envolve questões referentes à bioética encontra forte rebatimento por parte da Igreja Católica, que se fundamenta em seu dogmatismo e conservadorismo, especialmente quando se trata de tema particularmente tratado no âmbito da ciência e do domínio dos seres humanos, em confronto com o que por ela foi estabelecido decisão de um Ser transcendental e abstrato, tal como o princípio e o fim da vida. Para além deste fato, a igreja e as religiões consideram-se mentoras morais do comportamento dos homens e das mulheres, em sua prática cotidiana e em sua prática profissional. Em outras

palavras, a primeira e a última palavras sobre o agir humano devem ser tutelados pelo seu julgamento moral, imposto à humanidade como lei divina, que submete e desconhece a lei humana e a liberdade e capacidade de o homem criar e recriar o que até então era dom exclusivo do Senhor divino. A título de exemplo, um fato recentemente ocorrido em Recife (PE) demonstra o autoritarismo com que questões como o aborto são tratadas pela Igreja: profissionais que praticaram uma interrupção de gestação em uma criança de nove anos, violentada pelo pai, foram excomungados da comunidade católica, pelo bispo da diocese.

Vê-se, portanto, que o aborto é uma questão bem presente nas nossas discussões de bioética. Para a Igreja Católica e para as religiões em geral, trata-se de defender a vida, mas, nesse caso, qual a vida que se estaria defendendo: a do feto ou da criança de nove anos? E na concretude de uma sociedade capitalista que não assegura o direito à saúde, considerando-se que o aborto é uma questão de saúde pública que implica em um alto índice de mortalidade feminina em clínicas clandestinas, justamente pelo fato de o aborto não ser ainda descriminalizado, qual vida se quer defender: a do feto ou a da mulher!

Com efeito, não se trata aqui de defender o aborto, mas tão somente de criar condições para uma sociedade justa, superando-se a sociedade do capital, em que não seja necessária nenhuma gravidez indesejada, em que as crianças tenham direito a uma vida digna, em que as mulheres não sejam objeto sexual e na qual haja respeito pela vida em todos os sentidos possíveis e imagináveis.

A ideologia religiosa argumenta que o feto é uma pessoa, e isso indica que questões não só legais estão envolvidas. São legais, na medida em que se preconizam direitos. Ademais, o conceito de ‘pessoa’ faz parte do âmbito filosófico e também teológico, haja vista que a Igreja Católica tem como sua filosofia fundamental a teoria personalista. Segundo ela, Deus seria a síntese de três pessoas: nós seres humanos, sendo à sua imagem e semelhança, temos, também igualmente, que ser considerados pessoas.

Assim, notamos que o próprio conceito de ‘pessoa’ precisa ser questionado, antes que se diga um sim ou um não para o tema do aborto. Talvez, preponderantemente, mais que pessoas seríamos ‘seres humanos’, e nossas personalidades seriam mais uma ferramenta que usamos para agir no mundo. Não nascemos com nome, nem com registro civil, nem com religião, nem com

nacionalidade. Estas coisas nos são atribuídas pela família, pela sociedade civil e pelo Estado.

Além disso, entra em jogo a definição ou não do humano como ‘ser racional’. É bom saber que, na contemporaneidade, existem, e não são poucas, as correntes que negam que a racionalidade seja a nossa marca mais peculiar. Refiro-me às correntes irracionistas, as quais provêm da herança do filósofo alemão Heidegger.

O que estou querendo mostrar é que o tema ‘bioética’ exige de nós uma disposição para ampliar nossos conhecimentos. Ser formado em serviço social não equivale a ter saído da universidade pronto e acabado, mas estar capacitado para ser, no mundo, alguém que sabe se instrumentalizar, com base em novos conhecimentos, naquelas áreas que a atuação profissional exigir.

Ligado aos problemas do feto, tem-setambém o da fecundação artificial. Notemos que, neste ínterim, a sociedade contemporânea vem conseguindo posicionar-se com mais força e iniciativa. Existem bancos de esperma, dentre outros aparelhos relativos a tal prática. Sobre isso, há quem diga que a fecundação artificial não deva continuar a ser praticada, alegando que tal artificialidade criaria um tipo de família também artificial e, portanto, seria ilícito. O fato, porém, é que um/a assistente social terá que prestar o mesmo serviço a alguém que nasceu de um ou de outro modo, e isso não mudará em nada como se considerará aquela pessoa. Seus direitos são os mesmos de alguém que nasceu, digamos, naturalmente.

Com esse rápido olhar que demos sobre o problema da bioética, quise-mos apenas frisar que estamos diante de temas complexos e que incorrem não só num entendimento, mas em sentimentos e crenças. Como, então, o/a assistente social deve se posicionar? Em primeiro lugar, os/as assistentes sociais não devem se eximir de participar das reflexões de modo autônomo, e devem fazer isso sem deixar que influências alheias à profissão interfiram nos seus julgamentos. Seja como for, note-se que, durante a sua atuação profissional, o/a assistente social prima para que se cumpra a lei do país, mas isso não significa dizer que o usuário seja colocado em segundo plano e a burocracia o possa esmagar.

Os valores que orientam as escolhas dos usuários sobre o início e o fim da vida devem ser apoiados por reflexões sobre o princípio da liberdade e da

qualidade de vida, sem que se esqueça de que a consciência de cada usuário é possuidora de soberania, e não compete ao/à assistente social tentar interferir no seu direito de exercer a sua livre opinião.

As discussões filosóficas a respeito dos temas polêmicos são do trato, no serviço social, dos encontros e é fundamental que os/as assistentes sociais da área da saúde se capacitem cada vez mais para participar dessas discussões, sem que se deixem transformar em agentes de interesses alheios aos da profissão.

Vale considerar que o movimento de intenção de ruptura, coincidente com a elaboração do projeto ético-político profissional do serviço social, inspirou-se e alcançou uma direção social hegemônica que combate o conservadorismo. Entenda-se aqui como conservadorismo também a influência neopolítica personalista da igreja, quando esta lança e dá vida a campanhas contrárias à liberdade de consciência e escolha, seja dos usuários ou dos profissionais de serviço social. As soluções a respeito do que fazer sobre a descriminalização ou não do aborto, sobre o sim ou não para a descriminalização da eutanásia, serão tomadas pela sociedade civil no interior do processo dialético e democrático no qual ela está inserida. As soluções serão mais sensatas, quanto mais liberdade de consciência for capaz de assegurar, e tal postura é também uma das tarefas do/a assistente social na saúde.

O trabalho livre não alienado, característico de uma nova sociabilidade, prevê que o ser humano tenha controle de todo o processo de trabalho, desde a sua projeção até a sua execução e avaliação. Na sociedade capitalista, isso não é possível, mas é preciso reconhecer as possibilidades de mediações existentes nas contradições do capital e entender que é possível se avançar no campo da emancipação política, mesmo na ordem do capital. Sendo assim, tanto o projeto ético-político do serviço social, quanto a lei de regulamentação da profissão, instituem como atribuições do serviço social o planejamento, a assessoria, a consultoria e a execução propriamente dita do que exige a política de saúde, numa perspectiva de totalidade do agir humano.

Somos protagonistas e coerentes com o projeto ético-político, quando compreendemos também que, além de ser assistentes sociais que trabalham nessa ou naquela área de atuação, somos sobretudo assistentes sociais e, como tal, ativadores de uma significativa parcela do cenário global que a sociedade produz, dialética e constantemente. A partir de tal ativação e no interior

desse movimento do real, decidir-se-á o dever ser jurídico e prático de cada expressão da questão social.

Tal consciência, que podemos chamar de consciência de classe do/a assistente social, é o que nos faz estar aqui reunidos, é o que faz com que nos dediquemos e nos engajemos, para que o processo dialético não venha a ser nem esmorecido, nem hegemonizado por tendências conservadoras. Portanto, para concluir, propomos que todos e todas, a partir do presente momento, sejam mais um agente incrementador da dialética social. Nosso principal papel diante da questão da bioética é aquele de ativar e contribuir com bons argumentos, a fim de que o conjunto societário se instrumentalize para uma decisão, num futuro que desejamos que não esteja longe de chegar.

Muito obrigada!



MESA REDONDA: PARÂMETROS PARA A ATUAÇÃO DE ASSISTENTES SOCIAIS NA SAÚDE EM DEBATE

PALESTRANTE: RODRIANE DE OLIVEIRA SOUZA (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO/UERJ / UNIVERSIDADE VEIGA DE ALMEIDA / CFESS)

Boa tarde a todos e a todas presentes ao Seminário Nacional de Serviço Social na Saúde. Quero dizer que é com imenso prazer que estou nesse evento, na condição de representante do Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), para socializar o documento que foi elaborado pelo Conjunto CFESS-CRESS, intitulado *Parâmetros para a atuação de assistentes sociais na saúde*. Gostaria também de cumprimentar minhas companheiras de mesa, professora Regina Miotto e professora Maria Valéria Correia.

Quero começar conversando sobre o objetivo deste documento, um pleito histórico da categoria dos assistentes sociais no campo da saúde. Há dois anos, ele vem sendo discutido e demandado pelo Conjunto CFESS-CRESS. Sua construção foi incorporada como uma das deliberações do 36° e do 37° Encontro Nacional CFESS-CRESS. Esse documento tem como objetivo ser uma referência para a atuação dos assistentes sociais na área de saúde, isto é, para a sua intervenção na política de saúde. Sua construção teve como referência a legislação profissional, a começar pelo Código de Ética Profissional, pela Lei de Regulamentação da Profissão e pelas Diretrizes Curriculares para o Curso de Serviço Social, construídas pela ABEPSS. Digo isso, porque é preciso registrar que esse documento foi construído dentro da perspectiva de totalidade da

profissão, tendo por base os acúmulos obtidos ao longo do amadurecimento intelectual do serviço social.

Esse documento, portanto, procura expressar a totalidade das nossas ações na área da saúde, considerando, porém, a particularidade delas. Procuramos considerar, nessa perspectiva, as ações realizadas nos diferentes programas de saúde e nas diferentes frentes de trabalho na área de saúde. Estou pensando nos diferentes níveis de atenção à saúde: básica, média e alta complexidade. Esse documento também procura demonstrar que tais ações estão interligadas, sendo complementares e, por isso, resguardam entre elas uma certa equivalência. A depender do espaço ocupacional no qual estamos presentes na área da saúde, essas ações vão ganhar predominância, serão, portanto, mais ou menos desenvolvidas.

A construção desse documento atende a uma demanda histórica dos assistentes sociais ; por isso, constituiu-se também em deliberação dos dois últimos Encontros Nacionais CFESS-CRESS. Decidiu-se, nesses fóruns da categoria, pela constituição de um Grupo de Trabalho (GT) que iria produzir esse documento. Esse GT foi formado por cinco conselheiros do CFESS: eu, Neile D'Oran, Kátia Madeira, Pedro Fernandes e Sâmbara Ribeiro, além de cinco conselheiros de CRESS (um de cada região do país).

Para a nossa surpresa, acabamos observando que muitos CRESS já tinham sistematizado, ou pelo menos construído, algum documento que registrasse a preocupação com tais atribuições e competências, isto é, com as ações profissionais a serem realizadas no âmbito da saúde, o que corroborou com a necessidade da construção desses parâmetros.

Além disso, recorremos a vários documentos produzidos por secretarias municipais e estaduais de saúde e pelo próprio Ministério da Saúde, que dizem respeito, de alguma forma, à atuação do assistente social na área da saúde.

Esse grupo de trabalho começou a trabalhar em junho de 2008 e, em março de 2009, concluiu uma versão preliminar desse documento, que é esta que está na pasta de vocês. Posteriormente, apresentamos esse documento aos CRESS numa reunião que realizamos no Rio de Janeiro (RJ), durante o *Seminário Nacional: o Trabalho do/a Assistente Social no SUAS*, desencadeando-se, a partir de então, um processo de discussão desse documento com a categoria por todo o Brasil.

Os CRESS tiveram autonomia na definição da metodologia de debates sobre o documento, que, em geral, se deu por meio de seminários, oficinas, reuniões ampliadas na sede dos CRESS ou nos serviços, e nas universidades. Quero dizer que, até o momento, a informação que temos no CFESS é que foram realizados, em todo o Brasil, 87 debates, envolvendo cinco mil participantes, aproximadamente.

Nesse momento, o CFESS ainda está recebendo as contribuições dos CRESS. Alguns já enviaram, outros ainda não. Ainda estamos aguardando, mas o GT tem seu cronograma de trabalho para apresentar a versão final do documento. Concluiremos esta etapa até agosto e o encaminharemos aos CRESS. O documento, portanto, vai ser objeto de uma nova discussão e deliberação em um Encontro Nacional CFESS-CRESS em setembro, na cidade de Campo Grande (MS). Qual é a intenção? É fazer com que esse documento venha a colaborar com a qualidade do serviço prestado pelos assistentes sociais à população usuária, resguardando igualmente esses profissionais na realização das suas competências profissionais.

O documento dos *Parâmetros* foi construído com base em três capítulos: 1º) *Saúde e reforma sanitária, Sistema Único de Saúde (SUS) e desafio estaduais* - Recuperamos a luta pela saúde nos anos 1980, a construção do projeto da reforma sanitária e apresentamos os impasses postos à sua consolidação, dos anos 1990 até os dias atuais; 2º) *Serviço Social em Saúde* - aborda a discussão teórica e política presente no serviço social no campo da saúde, apontando alguns desafios postos na atualidade para o fortalecimento e consolidação do projeto ético-político profissional no campo da saúde e, por fim, o 3º) *A atuação do assistente social na saúde* - caracteriza as atribuições e competências do/a assistente social, além de discutir as particularidades da intervenção profissional no setor saúde.

Ao fazer essa discussão, o documento apresenta as ações profissionais que, na nossa compreensão, podem e devem ser desenvolvidas à luz do projeto da reforma sanitária e do projeto ético-político-profissional, dividindo-o em seis grupos/eixos de ação, que são: a) as ações assistenciais; b) as ações em equipe; c) as ações socioeducativas; d) as ações de mobilização, participação e controle social; e) as ações de investigação, planejamento e gestão; e f) as ações de assessoria, qualificação e formação profissional.

O primeiro capítulo parte da ideia desenvolvida ontem pela professora Maria Inês Souza Bravo, de que existem dois projetos políticos em disputa na sociedade e, particularmente, na saúde. Estamos falando do projeto da reforma

sanitária e do projeto privatista. O grande impasse em torno daquele projeto, que tem como princípios fundamentais a universalidade das ações e a participação social, dá-se a partir dos anos 90, com a ofensiva neoliberal nas políticas públicas e, conseqüentemente, o tensionamento e dificuldades da sua consolidação. Toda uma política regressiva de ajuste vem se construindo com força desde então na saúde, possibilitando a consolidação do projeto privatista, que, por sua vez, vai impactar diretamente o atendimento dos usuários na área da saúde. Assim, são dificultadas as ações realizadas pelos diferentes trabalhadores na saúde, na perspectiva dos princípios pensados pelo projeto da reforma sanitária, princípios esses que ganharam materialidade, inclusive jurídica, no processo de constituição do Sistema Único de Saúde (SUS).

Esse documento, portanto, está sendo construído a partir da compreensão de que as ações dos/as assistentes sociais da saúde, ao serem pensadas e realizadas com competência e criticidade, devem assegurar o compromisso com a classe trabalhadora e estar respaldadas pelos princípios do projeto ético-político profissional.

Como o documento já fala que princípios são esses, estou tomando como pressupostos, para análise do serviço social na saúde, dois princípios fundamentais, que são a liberdade e a democratização do processo de acesso às unidades de saúde, aos serviços e equipamentos ofertados, disponibilizados pelo setor de saúde. Mais que isso, estou entendendo a saúde como qualidade de vida. É preciso, portanto, pensar essa democratização no acesso também, relacionando-a à descentralização com controle social. Estou pensando, assim, na possibilidade de interferência da população na política de saúde. Confio nos pressupostos das ações, no grande salto político que o SUS deu quando as ações de saúde foram universalizadas. Logo, nesse contexto, a saúde que o Conjunto CFESS-CRESS defende e sustenta por meio do documento dos Parâmetros é aquela concebida na perspectiva ampliada da seguridade social e na relação com outras políticas sociais, para além da assistência e da previdência social.

Quero fazer referência também a algumas contribuições e debates dos quais participei, relativos à concepção de saúde e de seguridade social colocada na *Carta de Maceió*. Por quê? A nossa concepção não se restringe àquela que foi possível construir na Constituição Federal de 1988. Fruto de vários debates dos quais participamos, tal concepção encontra-se num processo de construção e amadurecimento. Nesse sentido, a saúde que estamos defendendo vincula-se à noção de universalidade das ações de saúde presente no docu-

mento e remete à dimensão normativa da saúde que temos como referência. Isto significa pensar a saúde como direito de todos e dever do Estado, determinada e condicionada socialmente por diferentes fatores, daí a necessidade de pensarmos a saúde como qualidade de vida.

No segundo capítulo do documento, vamos abordar a atuação do assistente social na saúde. Trata-se de um item que, num primeiro momento, vai caracterizar as atribuições e competências dos/as assistentes sociais de acordo com a Lei de Regulamentação da Profissão, levando em consideração a formação profissional generalista. A partir disso, vamos nos debruçar sobre as particularidades da política de saúde, ou seja, sobre as exigências e requisições que tanto a população usuária como empregadores e diferentes trabalhadores da saúde apresentam para nós, assistentes sociais.

O terceiro capítulo versa sobre as particularidades da atuação do/a assistente social na saúde. Este documento foi pensado dentro de seis eixos, cujo objetivo é sistematizar as ações que são realizadas no cotidiano profissional na saúde. Ações essas que estão interligadas e são complementares. A depender do espaço sócio-ocupacional em que estamos inseridos, tais ações ganham maior ou menor relevância. Ou seja, se estou no atendimento direto a usuários num posto de saúde ou num centro municipal de saúde, ou ainda num hospital, as ações, que aqui estamos chamando de ações assistenciais ou ações em equipe, vão ter uma maior relevância frente a todas as outras, mas não significa que essas outras não sejam realizadas. Elas serão realizadas e estão interligadas. São ações que estão tão presentes no nosso cotidiano profissional, que muitas vezes não paramos para sistematizá-las. Estou sinalizando isto, porque, em alguns debates que tivemos, a possibilidade de participar apontou a necessidade da reorganização desses eixos no documento.

Sinalizou-se que algumas ações estão tão contempladas e interligadas que não era necessário agrupá-las nesses seis eixos e sim em eixos menores. Outros debates também apontaram a necessidade de darmos outras denominações a esses eixos. Alguns profissionais viam-se preocupados com denominações mais precisas, que viessem expressar a natureza das ações contempladas nesses diferentes eixos. Mas, na verdade, o que quero sinalizar é que essa foi uma forma de explicitar essas ações e de pensá-las, de acordo com a sua natureza e a partir de alguns aspectos que, para nós, tinham uma maior coerência ou relevância.

O primeiro grupo de ações, portanto, é denominado, no terceiro capítulo desse documento, de 'ações assistenciais'. Traz como ideias centrais aquelas que dizem respeito ao atendimento direto aos usuários, aos seus familiares e acompanhantes, dentro da unidade de saúde. Esse eixo das ações assistenciais problematiza as ações e as demandas que chegam ao serviço social, em geral no plantão, e que buscam soluções imediatas, como as dificuldades de acesso aos atendimentos na saúde e reclamação com relação à qualidade do atendimento. Vamos, pois, pensar sobre essas demandas, que, no geral, são colocadas pelos usuários. Começamos a perceber que eles procuram os/as assistentes sociais, na esperança de uma resposta imediata. Muitas vezes, porém, não conseguimos viabilizar respostas satisfatórias a essas demandas rapidamente, em função da conjuntura de retração de direitos.

Enfim, o conjunto de ações assistenciais visa também a resgatar a dimensão política, educativa e investigativa, presente na intervenção profissional. O que quero sustentar, com relação a esse grupo de ações, é sua dimensão educativa. Isto significa que as ações educativas estão interligadas e são complementares, estando também presentes nas ações assistenciais.

Não quer dizer, porém, que as ações socioeducativas tratadas pelo documento são apenas aquelas relacionadas no eixo que leva esse nome. Pelo contrário, aquelas ações ganham uma dimensão e relevância maior, do ponto de vista das ações socioeducativas, como prioridade nos atendimentos coletivos. Mas tanto nos atendimentos individuais, como nos atendimentos às famílias, aos acompanhantes e nos atendimentos coletivos, que caracterizam o atendimento direto à população, a dimensão educativa, a investigativa e a política do serviço social estão essencialmente presentes.

Esse item também chama atenção para determinadas problematizações feitas pelo documento. Aliás, no início de cada item, antes de propor e relacionar essas ações, tentou-se problematizar as demandas e respostas presentes no cotidiano profissional da saúde.

Porém importa registrar que algumas ações, que muitas vezes não aparecem com relevância no texto do documento, foram objeto de grande discussão nos debates de que participamos.

Uma delas tem relação com a avaliação socioeconômica familiar. O documento diz que ela deve ser um instrumento utilizado com vistas à garantia de

direitos. Portanto, não deve funcionar como critério para o acesso aos equipamentos e serviços sociais da saúde.

Em que contexto e com que motivação colocamos, nesse documento, essa questão do que fazemos, já que acabou sendo objeto de polêmica nos debates de que participamos? Sinto-me muito à vontade para pensar e refletir, como falava com algumas pessoas ontem : «Sou assistente social e trabalho com atendimento direto à população há alguns anos. Já passei pela atenção básica, pela média e alta complexidade nos meus últimos sete anos de trabalho. As questões apontadas no documento correspondem ao que nos deparamos no cotidiano profissional, observando colegas que trabalham conosco e participando de vários debates e capacitações, junto com outros colegas também».

A questão da avaliação socioeconômica tem, assim, uma centralidade no nosso debate. Por quê? Porque estamos falando de um importante e recorrente instrumento profissional. Mas que precisa ser utilizado a partir dos princípios do SUS, ou seja, estou falando de avaliação socioeconômica, não como seleção socioeconômica. Isto implica, então, dizer que ela precisa ser pensada e realizada à luz do princípio da universalidade e não à luz do princípio da seletividade. Logo, se estou fazendo uma avaliação de uma família ou de um usuário, não pode ser, em hipótese alguma, com o objetivo de selecionar quem vai ser incluído ou não num programa de saúde ou quem vai ter acesso ou não aos equipamentos de saúde. Nesse sentido, vamos resgatar os atendimentos individuais ou às famílias, para democratizar o acesso desses usuários às unidades de saúde, aos serviços de saúde e potencializar o que estamos chamando no documento de 'orientação social'.

A perspectiva de orientação social envolve a possibilidade de ampliação dos direitos sociais; então, não faço uma avaliação social, pensando apenas nos direitos imediatos que aquele usuário tem. Estou pensando igualmente na perspectiva de envolvê-lo também em outros grupos, nas associações de usuários, associação de moradores, entre outros, com vistas a fortalecer uma certa mobilização social. O objetivo é buscar a ampliação desses direitos sociais, a partir da orientação social, distinta da perspectiva psicoterapêutica, ou seja, o que estou colocando acerca dessa concepção de atendimento social tem a ver com a consolidação e ampliação de direitos sociais numa perspectiva mais reflexiva. Desse modo, uma prática reflexiva considera esse usuário como sujeito num processo de construção da sua saúde. Ela precisa, portanto, estar calcada em outras referências teóricas e metodológicas diferentes daquelas que sustentam a perspectiva psicoterapêutica.

As ações profissionais, nesse eixo, vão ser mediadas por instrumentos de trabalho que, paradoxalmente, podem ser realizados por qualquer profissional. Esta também foi uma das polêmicas surgidas nos debates de que participamos. Alguns colegas falavam: «o documento confunde, em certo momento, o que é instrumento e o que é ação, e precisamos limpar esse campo». E é verdade. A ideia que tivemos, ao relacionar essas ações, visava ao seguinte: «se qualquer profissional pode realizar uma visita domiciliar ou uma visita institucional, o que nos diferencia?». Se é o objetivo e a intencionalidade, logo, vamos tentar assegurar esse objetivo, essa intencionalidade, essa direção política nos conteúdos trabalhados a partir dos instrumentos de trabalho.

Outra polêmica apontada no documento envolve o registro no prontuário. Essa questão que também foi objeto de reflexão de vários profissionais que nos diziam assim nos debates: «olha, registramos no prontuário, mas ele poderia ser pensado em outro campo que não fosse o da ação direta. Poderia estar presente, portanto, no eixo que fala da formação e da qualificação no trabalho profissional». No documento, ele encontra-se no eixo das ações assistenciais, por entendermos que, na verdade, retrata o resultado de uma ação. E mais que isso, o registro no prontuário é, primeiramente, um direito dos usuários. De acordo com a *Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde*, todo usuário tem direito de saber qual é a avaliação da sua situação de saúde, quais são os instrumentos, procedimentos, pensados e adotados no acompanhamento da sua situação de saúde. Mais que isso, o registro no prontuário, alguns profissionais me diziam no debate, é um dos instrumentos que possibilita a tão falada visibilidade profissional. Como queremos, de fato, ser reconhecidos pelos outros profissionais, se não escrevemos naquele instrumento que passa pela mão de tantos profissionais de saúde? Se não fizermos tal registro, não obteremos nenhum reconhecimento.

Mas o prontuário também pode ser compreendido como instrumento da correlação de forças na definição do processo de acompanhamento da situação de saúde daquele usuário. Sabemos que o trabalho em equipe é tensionado em vários aspectos, porém isso nem sempre é explicitado nas equipes de saúde. Um prontuário, portanto, vai se constituir também como um instrumento de correlação de forças. No documento, chamamos a atenção para que o registro seja feito num prontuário único, resguardando algumas situações sigilosas, que devem ser sistematizadas e registradas no prontuário social.

O que vem, então, a ser o prontuário social? Já estou tentando problematizar algumas questões que vieram dos debates que conseguimos fazer no

país. Estamos pensando em todos os registros organizados referentes ao atendimento social, e que só à/ao assistente social e à equipe de serviço social pertencem. Para quem está na área de saúde, há algumas diferenças nos serviços. Uns têm uma pastinha, um saquinho ou uma fichinha para cada usuário, embora a maioria dos serviços use o famoso ‘livro de ocorrências’. Enfim, trata-se da organização desse material, em que registramos as informações sobre a vida daquele usuário, dos atendimentos sociais que fazemos àqueles usuários ou àquelas famílias, e que não disponibilizamos aos outros profissionais de saúde. É isto que estamos chamando de ‘prontuário social’.

Na verdade, discutindo com alguns conselheiros dos CRESS, demo-nos conta de que existe uma Resolução do CFESS, que estamos precisando revisar, em função da necessidade de algumas adequações. A resolução em questão diz que nos é assegurado o direito à lacração do material técnico quando nos afastamos do serviço e não há nenhum outro assistente social nos substituindo. A polêmica que surge nesse debate é que, se apontamos apenas para o registro do prontuário único, o que fazer com esse outro material que fica guardado? Dentro das salas, dentro dos armários do serviço social, ele é um material que eventualmente vai ser lacrado na ausência do/a assistente social responsável.

Um segundo eixo são as ‘ações em equipe’. As ideias centrais desse eixo exigem pensar no trabalho da saúde como trabalho coletivo. Vamos então nos apropriar de uma caracterização de Marilda Iamamoto, quando ela diz que o trabalho coletivo não dilui as competências e atribuições de cada profissional, mas, ao contrário, requer uma maior clareza no trato dessas ações. Ou seja, apropriamo-nos dessa ponderação de Iamamoto para pensar o seguinte: a equipe de saúde e os empregadores da área da saúde, frente às condições de trabalho e à falta de conhecimento das competências do assistente social na saúde, nos requisitam, muitas vezes, a apresentação de respostas às demandas que não são nossas. O documento assim as classifica. São ações, entretanto, que também envolvem todos os profissionais de saúde, daí a necessidade de recuperarmos a análise de Iamamoto a respeito do trabalho coletivo: isso não dilui as nossas competências, mas, ao contrário, nos exige uma maior clareza acerca delas. É em função desse raciocínio que o documento trata essas ações como demandas e não como competências. Ao contrário, vamos dizer que não são nossas atribuições nem nossas competências, mas precisam ser esclarecidas a todos os profissionais e a todos os empregadores.

Portanto, nesse item, sinalizamos que há a necessidade de esclarecimento acerca das atribuições profissionais, no sentido do que não é competência, enquanto o documento vem dizer o que nos compete. Na condição de assistente social, trabalhando na saúde desde que me formei, já ouvi de diversas pessoas, de usuários a colegas de trabalho, ou mesmo em algumas audiências com secretarias municipais de saúde, a seguinte expressão: «você sabem muito bem dizer o que não é atribuição dos assistentes sociais, mas não conseguem dizer quais são as suas atribuições!». Ora, sabemos que incomodamos quando problematizamos demandas apresentadas ao serviço social e quando dizemos a que não viemos. Estamos aqui para corroborar com um sistema que quer excluir os usuários da saúde? Negativo. Queremos incluir não apenas quantitativamente, mas imprimir qualidade no acesso à prestação das ações de saúde.

Nesse item, o documento começa a problematizar algumas outras demandas que aparecem para o assistente social na área da saúde. Cotidianamente, somos chamados a atender à família do usuário no processo da alta. Disso resultam dificuldades, muitas vezes motivadas por duas razões: primeiro, o pequeno número de assistentes sociais nas unidades de saúde (estou pensando especialmente nas unidades de alta complexidade e unidades hospitalares) e segundo, o plantão como atividade que impossibilita o acompanhamento social dos usuários. A resposta que o documento dos Parâmetros apresenta para a questão da alta é que ela precisa ser discutida com a equipe, com a família e com o próprio usuário. Um assistente social, num dos debates de que participei, questionava o seguinte: «por que somos chamados a opinar na hora da alta?». Discutimos o exemplo do usuário que fica internado de 15 a 30 dias e, muitas vezes, o profissional só vai conhecê-lo no dia em que ele recebeu alta. Por que isso acontece? Por que só conhecemos o usuário no dia em que ele recebe alta hospitalar? Isto ocorre porque, em geral, estamos envolvidos na atividade de plantão e isso não nos dá possibilidade de conhecer o conjunto dos usuários que estão sendo atendidos por aquela unidade. Em segundo lugar, ninguém nos chama, porque não nos conhece nem sabe quais são nossas atribuições: fazer uma avaliação social ou responder um parecer social; aliás, é o parecer social que indicará ou não a nossa participação no processo daquela alta.

Outra questão que o documento levanta é a ‘questão da humanização’, pensada na perspectiva da construção de um novo modelo assistencial na saúde. Este extrapola a porta de entrada das unidades de saúde e diz respeito às condições de trabalho de todos os profissionais e também dos/as assistentes sociais.

O terceiro eixo conforma as ‘ações socioeducativas’. Neste eixo, vamos recuperar duas ideias centrais: o conceito da consciência sanitária, desenvolvido por Giovanni Berlinguer, que compreende o usuário como cidadão de direitos e não como receptáculo de benesses. Esta perspectiva vai estar associada, nesse documento, a uma atuação e a um exercício profissional constituído como uma ‘prática reflexiva’, estimulando os usuários a pensar e a compreender a sua realidade social. Assim, longe da perspectiva desse documento e dos princípios do nosso projeto ético-político profissional, está aquele tipo de prática e aquele profissional que muitas vezes tenta responsabilizar o usuário pela sua situação de saúde.

Outro exemplo se dá quando a equipe de saúde realiza um atendimento interdisciplinar, sem conhecer as condições de vida e trabalho do usuário. Vivi muito isso numa unidade de reabilitação, na qual atendíamos pessoas com deficiência física, usuários amputados ou que, em decorrência de um AVC, apresentavam sequelas motoras. Sabemos que a causa básica de AVC é hipertensão e a da amputação é o diabetes. No entanto, a tendência da equipe de saúde era responsabilizar o usuário por ter feito a primeira amputação ou o primeiro AVC, e como não conseguia controlar a hipertensão e/ou a diabetes, desconsiderando, portanto, a determinação social do processo saúde/doença. As ações educativas que estamos propondo, portanto, vão ao caminho de estimular esses usuários a pensar e a compreender a sua situação de saúde.

O eixo ‘ações de mobilização e participação em controle social’ vai resgatar a necessidade de participação nos espaços institucionalizados ou não de controle democrático do Estado. Estou pensando nos conselhos de saúde, nas conferências de saúde, fóruns, articulações dos usuários, entre outros.

Como trabalhamos na saúde, é preciso também abordar uma questão polêmica: a ouvidoria. A perspectiva do documento é que o/a assistente social na ouvidoria precisa coletivizar as questões que chegam, por meio das denúncias, reclamações, que solicitam providências em caráter imediato a esse profissional, na função de ouvidor. A problematização que sugerimos no documento é que, entre as atribuições do assistente social, encontra-se também a possibilidade de ocupar a função de ouvidor. Sua missão é, pois, tentar, numa perspectiva mais ampliada, redirecionar essas demandas que chegam individualmente, mas que não são problemas individuais, mas da coletividade. Essa posição provocou uma grande polêmica nos debates. Alguns assistentes sociais vão reiterar que estamos ali para ouvir, outros pensam que a ouvidoria não cons-

titui um espaço que compete às nossas atribuições profissionais. O assistente social, neste caso, teria sido ali colocado para minimizar conflitos e responder a demandas que não são competências profissionais, pois não são propriamente demandas postas ao/à profissional assistente social.

Quanto às ‘ações de investigação, planejamento e gestão’, resgata-se nesse eixo a importância do processo investigativo e de planejamento da política de saúde, mas também do trabalho profissional. Estou pensando a gestão, mas igualmente a organização do meu cotidiano: como sou capaz de atender, de dar resposta aos usuários, de participar das atividades da equipe, ou ainda capaz de pensar, planejar e repensar e avaliar o meu trabalho profissional. Nessa perspectiva, então, esse eixo resgata a inserção dos assistentes sociais nos processos de auditoria e gestão, na perspectiva da realização de ações de monitoramento, investigação, regulação e avaliação dos serviços prestados, objetivando a melhoria da qualidade desse serviço. As ações nesse eixo relacionadas mostram a capacidade que temos de desenvolver ações que têm como referência os princípios do projeto da reforma sanitária e os princípios do projeto ético-político profissional.

Por fim, as ‘ações da assessoria, qualificação e formação profissional’, que foram pensadas na perspectiva da capacitação continuada, educação permanente dos trabalhadores e dos representantes, conselheiros de saúde, entre outros. Nesse eixo, vamos ainda pensar a participação que temos no processo de formação profissional. Merecem ser sinalizados, dada a sua importância para o processo formativo, dois momentos: a supervisão de estágio na saúde e os processos que envolvem tanto a residência, como a preceptoria e a tutoria de residência.

Para concluir, as ‘atividades de assessoria’, que podem ser realizadas tanto junto aos movimentos sociais, como junto aos profissionais de saúde ou na gestão da política de saúde. São ações que podem e devem ser realizadas à luz do projeto ético-político profissional e dos princípios da reforma sanitária.

Concluo essa fala, agradecendo imensamente a contribuição de todos os CRESS e todas as pessoas que participaram do processo de construção, e que levaram esse documento às ruas, às instituições e aos serviços de saúde. Para não vou correr o risco de esquecer alguém, não vou denominar essas pessoas, que participaram ativamente do processo de construção e de publicização desses parâmetros. Concluo, sobretudo acreditando em nossa ação profissional

na saúde. Apesar de todas as contradições, muita coisa pode ser realizada, como garantir maior respeito aos usuários, maior qualidade dos serviços de saúde, especialmente aqueles prestados por assistentes sociais na saúde. Muito obrigada!



MESA REDONDA: “PARÂMETROS PARA A ATUAÇÃO DE ASSISTENTES SOCIAIS NA SAÚDE” EM DEBATE

PALESTRANTE: REGINA MIOTO (UFSC)

Boa tarde a todos e a todas. Cumprimento o Conjunto CFESS-CRESS pela realização desse evento, que reafirma o seu compromisso histórico com o exercício profissional ético e qualificado dos assistentes sociais, e com condições dignas de trabalho. Esse evento, particularmente, representa um marco no processo de afirmação do assistente social como profissional da saúde, à medida que coloca, no centro do debate, a questão do fazer profissional e realiza esse debate de forma democrática, garantindo ampla participação da categoria profissional. Por isso, meus sinceros agradecimentos pelo convite que me foi feito para participar desse momento. Participar desse momento e nesse lugar, considero um privilégio e, por isso, o faço com muita honra. Porém tenho a clareza suficiente tanto sobre a magnitude da tarefa, como das dúvidas sobre a capacidade que tenho para dar conta dela. Mas a minha opção por atender a esse convite, ou por não me furtar dessa tarefa, prende-se à minha participação numa linha de pesquisa sobre exercício e formação profissional na sua interface com a saúde, vinculada ao NESPP, em que tenho debatido sobre as questões que estão sendo colocadas nessa mesa. Por isso, se houver pertinência nas possíveis contribuições que trago para o debate, ela está aportada nos pesquisadores, estudantes de graduação e pós-graduação e especialmente

nos profissionais que têm participado de nossas pesquisas (tanto na condição de pesquisadores, como na condição de sujeitos de pesquisa).

Posto isso, passo a fazer algumas observações sobre o documento em duas partes. A primeira trata de algumas considerações em torno do documento e a segunda sobre possíveis contribuições para se avançar no debate do documento.

As reflexões referentes ao exercício profissional tomaram força no final da década de 1990 e seus marcos indicadores estão expressos no processo de reflexão nacional, desencadeado pelos organismos representativos dos assistentes sociais. Pelo Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), a partir de problemas enfrentados por agentes fiscais e pelas Comissões de Fiscalização (COFI), para identificação das competências profissionais e para a distinção das atribuições privativas do assistente social. Pela Associação Brasileira de Ensino em Serviço Social/Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em serviço Social (ABESS/ABEPSS), por meio da implementação das novas diretrizes curriculares, cujo eixo central reside no trabalho profissional. Ainda nos anos de 1990, José Paulo Netto nos lembrava que esse debate se faz no quadro das transformações societárias típicas do capitalismo tardio, das demandas do mercado de trabalho e da cultura profissional. Dentre as projeções realizadas para a profissão, estava a indicação “da necessidade de elaborar respostas mais qualificadas (do ponto de vista operativo) e mais legitimadas (do ponto de vista sociopolítico) para as questões que caem no seu âmbito de intervenção institucional”. Com isso, sinalizava que “as possibilidades objetivas de ampliação e enriquecimento do espaço profissional [...] só serão convertidas em ganhos profissionais [...] se o Serviço Social puder antecipá-las”. Indicava ainda que tais possibilidades tenderão a estar permeadas “por tensões e conflitos na definição de papéis e atribuições com outras categorias sócio-profissionais”.

Essas afirmações dão a plena medida da relevância desse documento. Ou seja, de sua importância nesta conjuntura que vem se mostrando cada vez mais desfavorável à consolidação do princípio constitucional da saúde como direito e dever do Estado. Mais que isso, demonstra a relevância que tem no processo de afirmação do assistente social como um profissional da saúde, que, ao dar materialidade ao projeto profissional construído pela categoria, pode interferir significativamente nos destinos da política de saúde no Brasil. Sem messianismo e sem voluntarismo, reafirma o espaço de autonomia de um trabalhador assalariado - portanto relativa - como afirma Marilda Iamamoto, que o assistente social pode ter na condução de seu processo de trabalho.

O documento é relevante e pertinente também, porque não só coloca no centro do debate as ações profissionais, mas o faz por meio de um processo democrático, conduzido pelos CRESS. Isso possibilitou, em diferentes momentos, a reflexão dos próprios profissionais em torno de seu fazer. Enquanto documento, ao resgatar, descrever e discutir, deu visibilidade ao conjunto de ações desenvolvidas pelos assistentes sociais, dentro de uma realidade tão diversa, e nos colocou de frente com o amplo arco de ações profissionais desenvolvidas, bem como com a complexidade que reveste essas ações. Então, o percurso apresentado no documento nos dá plena medida do trabalho empreendido e do desafio enfrentado pela equipe para organizá-lo e trazê-lo a público. Parabéns pela equipe, por tudo, mas particularmente por terem enfrentado esse desafio de sistematizar o trabalho/debate realizado por centenas de assistentes sociais brasileiras com realidades muito diversas, mantendo fidelidade ao processo democrático.

Destaca-se ainda no documento a presença de um debate consistente, relacionado aos fundamentos teórico-metodológicos e ético-políticos da profissão, contemplados não só na primeira parte, como também ao longo do texto. Sublinha-se também a análise relacionada à conjuntura da saúde no Brasil, a partir da década de 1990, que dá clara visão do avanço do projeto médico-privatista e dos retrocessos em relação aos avanços conquistados com o projeto da reforma sanitária. Situa também a luta da categoria profissional, pautada no seu projeto ético-político, na defesa do Projeto da Reforma Sanitária, e coloca como grandes desafios a consecução do princípio da universalidade, a efetivação do controle social e a construção de práticas baseadas na integralidade. A par disso, localiza a trajetória da própria profissão, por meio de seus marcos legais e o movimento de suas entidades representativas na busca da qualificação das ações profissionais.

Corroboras as afirmações de Yamamoto, afirmando que o debate das competências e atribuições dos assistentes sociais, presentes na lei que dá base para o instituto legal da profissão, não pode ser desvinculado dos processos sócio-históricos. Para a autora, elas devem ser consideradas a luz das novas demandas profissionais e do redimensionamento do espaço profissional, decorrentes das configurações da sociedade contemporânea, caracterizada: pela 'radicalização das desigualdades', pelas múltiplas disparidades, pela primazia do capital financeiro e pela recessão da economia mundial, que imprimem transformações significativas nas relações Estado/Sociedade. Dessa forma, tanto as demandas profissionais, como o reordenamento do espaço profissional, estão

intrinsecamente atrelados aos processos de reestruturação produtiva, que envolvem a desregulamentação do trabalho e a organização dos trabalhadores, e pela marca das lutas políticas travadas entre projetos societários antagônicos.

Enfim, o documento reafirma o projeto ético-político e a sua identidade com as bases do movimento sanitário e avança em direção à discussão do papel fundamental que as ações profissionais têm no processo de materialização desse projeto.

Nesse momento que o documento busca o trânsito entre a bagagem teórico-metodológica e ético política e a materialidade das ações profissionais, nos deparamos com algumas questões que nos dão pistas sobre os problemas que, imagino eu, tenham sido enfrentados pela equipe na elaboração do documento.

Um deles refere-se ao debate e à produção intelectual do serviço social enquanto campo disciplinar sobre o processo de trabalho do assistente social, ou de suas ações profissionais. Ou seja, enquanto temos uma produção ampla e consistente no campo dos fundamentos teórico-metodológicos, ético-políticos do serviço social e no campo das políticas sociais, particularmente aqui da saúde, ainda temos uma escassa e frágil produção em torno do fazer profissional. Isso está posto em vários lugares, inclusive pela prof^a Marilda Iamamoto, ao analisar as pesquisas e produções do serviço social a partir da Capes, que reúne dados sobre a pesquisa e produção intelectual dos programas de pós-graduação.

Um outro relaciona-se ao processo de construção do documento, que acertadamente foi realizado a partir das bases, ou seja, da discussão sobre o que os assistentes sociais fazem realmente. A hipótese que levanto sobre essa situação é que, nesse momento, a equipe se deparou com algumas questões que implicaram em determinadas escolhas. Essas escolhas tiveram consequências importantes nos encaminhamentos finais do que estamos chamando de parâmetros. Penso que a escolha fundamental do grupo foi de manter a fidelidade à produção dos assistentes sociais e a extrema preocupação em responder aos assistentes sociais. Ou seja, que esse documento falasse do fazer profissional, do cotidiano da ação profissional e, portanto, esse documento não poderia ser genérico. Tal situação, agregada à escassa e frágil produção do serviço social no campo das ações profissionais, faz com que o documento, apresentado nesse momento, expresse as fortalezas e as fragilidades, os problemas e os dilemas da profissão no momento atual.

Nesse contexto, me chamou atenção no documento a oscilação presente entre, por um lado, a busca por parâmetros que levem o assistente social a distinguir claramente as demandas que lhe chegam (da equipe, da instituição, da população) no bojo dos projetos sanitários em disputa, para orientar as suas ações. Por outro lado, uma tendência à particularização de situações. Esse processo de particularização mereceria atenção, à medida que se pode correr o risco de se distanciar da sua principal proposta- que é a de construir parâmetros- ao tentar mapear as inúmeras situações e, por mais que se mapeie, não conseguiremos colocar todas. Também o risco de se resvalar para o campo da normatização e ser tomado como um manual. Diante dessa preocupação, fui buscar entender o que são parâmetros. Uma breve incursão sobre seu significado no campo das ciências indica que os parâmetros são decorrentes de um conjunto de postulações básicas, formuladas a partir de princípios construídos por meio da abstração de elementos que compõem o objeto, e que permite a formulação de um padrão. Ou seja, formular parâmetros para a ação profissional exige ir além da observação das ações que efetivamente existem hoje, por motivos muito simples: o fato de que estas não permitem prever o formato da ação que aparecerá mais adiante e, também, pela impossibilidade de uma observação exaustiva das ações, considerando a multiplicidade de possibilidades e de fatores que incidem sobre elas. Por isso é que se torna necessário, além da observação e da descrição, outros movimentos que permitam ultrapassar as suas características pontuais. Portanto, o interesse está na formulação de princípios/postulações que estejam na base das ações profissionais existentes e, ao mesmo tempo, possam vir a abrigar outras ações não descritas e não previstas. Do conjunto de postulações básicas, é que decorrem os parâmetros.

Partindo dessas considerações, é que passo a indicar possíveis contribuições para se avançar no debate do documento, apontando dois aspectos que me parecem pertinentes para tal debate. O primeiro refere-se à necessidade de localizar claramente as bases conceituais e operacionais que orientam as ações profissionais no campo da saúde, e o segundo refere-se ao tratamento das ações profissionais.

Em relação às bases conceituais, é importante marcar que o serviço social na saúde transita num campo de conhecimento estruturado com o projeto da reforma sanitária, que é o campo da saúde coletiva. Campo esse, constituído a partir da contribuição decisiva das ciências sociais e dentro do qual se coloca

a interlocução do serviço social¹. Foi a constituição desse novo campo de conhecimento e o impacto que teve, por meio do projeto da reforma sanitária, que sustenta a inserção do assistente social como profissional da saúde e a real possibilidade de encaminhar suas ações na lógica do direito e materializar seu projeto ético-político.

Para Rodriguez, a nova prática em saúde requerida pelo projeto da reforma sanitária necessita novos profissionais, capazes de cumprir distintos papéis, desde uma função histórico-política de “resgatar, do próprio processo histórico de construção social da saúde, os conhecimentos, êxitos e fracassos da humanidade em sua luta pela cidadania e bem-estar”, até uma função agregadora de valor por meio da produção e gestão do conhecimento científico tecnológico; desde uma função de gerência estratégica de recursos escassos e mediador estratégico das relações entre as necessidades e problemas de saúde e as decisões políticas até uma função de *advocacy*, utilizando o conhecimento “como instrumento de denúncia, promovendo a mobilização crescente da sociedade em demanda de realização do seu potencial de saúde e exercício do direito de cidadania”.

É esse campo de conhecimento e de práticas que propicia uma mudança radical no papel do assistente social na saúde. De um profissional paramédico (cujo conhecimento é subsidiário) para um profissional que, como os outros profissionais, é portador de conhecimento e tem possibilidades de interferir na direção do trabalho em saúde. Ou seja, não ser apenas um executor de ações instituídas por outrem (no caso o médico) nem atuar apenas nas falhas do sistema. (subsidiário de diagnóstico)- pensar e decidir sobre projetos sanitários e não só executar ações em função do modelo biomédico- instituição da possibilidade de ultrapassar a perspectiva da multidisciplinaridade para a interdisciplinaridade

Esta nova configuração, dada pelo campo da saúde coletiva, impõe o reconhecimento de que a ação profissional exige a apropriação crítica dos aspectos sociais que determinam o processo saúde-doença na trilogia prevenção, promoção e cura no contexto das manifestações individuais, familiares, de grupos, de segmentos populacionais e até mesmo populações como um todo. Em outros termos, resgata o significado e relevância da ação profissional junto aos micros-

¹ Enquanto campo de conhecimento, a saúde coletiva contribui com o estudo do fenômeno saúde/doença em populações, enquanto processo social; investiga a produção e distribuição das doenças na sociedade como processos de produção e reprodução social; analisa as práticas de saúde (processo de trabalho) na sua articulação com as demais práticas sociais; procura compreender, enfim, as formas com que a sociedade identifica suas necessidades e problemas de saúde, busca sua explicação, e se organiza para enfrentá-los.

paços no setor da saúde, contribuindo para ‘recheiar’ o andaime construído pela reforma sanitária em sua dimensão política, teórica e operativa.

Nesse campo da saúde coletiva, que não é monolítico, mas é no qual se pretende preservar a radicalidade do projeto da reforma sanitária, em oposição às tendências reformistas presentes no debate contemporâneo, torna-se fundamental explicitar as premissas que, em primeira instância, parametram a ação profissional em saúde. Tais premissas se assentam em três pilares: necessidades sociais em saúde; direito à saúde e produção da saúde. As necessidades sociais em saúde são historicamente construídas e determinadas pelo movimento societário.

O direito à saúde, mediado pelas políticas públicas, as quais refletem um patamar determinado da relação Estado e Sociedade, é operacionalizado por meio dos sistemas e serviços de saúde, envolvendo a gestão, o planejamento e a avaliação, além do controle social. A produção de saúde é entendida como um processo que se articula a partir das transformações econômicas, sociais e políticas, das ações de vigilância à saúde e das práticas de assistência à saúde.

Tais premissas incrementam-se por meio de princípios ou dispositivos operacionais capazes de sedimentar as ações profissionais em torno da atenção à saúde, e que são a integralidade, universalidade e participação social. Servem para sustentar os eixos argumentativos e contribuem para instrumentalizar os assistentes sociais nos distintos espaços sócio-ocupacionais relativos à atenção à saúde. Espaços em que o impacto da doença e seu entorno alcançam as dimensões objetivas e subjetivas dos sujeitos, exigindo a construção interdisciplinar coletiva para seu enfrentamento. Por essas razões, é que se entende necessário explicitar a integralidade, universalidade e a participação social como parâmetros para a atuação do assistente social. A explicitação teórico-conceitual pode vir a ser uma importante ferramenta, tanto para o desenvolvimento do trabalho profissional, como para a interlocução do assistente social com os outros profissionais. Por meio dela, expande-se o debate dos projetos sanitários em disputa e a possibilidade de provocar e promover tensionamentos entre tais projetos no âmbito dos serviços. Importante destacar que, no serviço social, a universalidade e a participação social têm sido efetivamente tratadas e apresentam uma produção teórica significativa, um acúmulo reflexivo também significativo e, no caso da participação social, importantes desdobramentos no movimento social (embora ela não venha sendo incorporada de forma transversal no contexto dos diferentes espaços sócio-ocupacionais da saúde).

Ao contrário, a integralidade (intersetorialidade e interdisciplinaridade) e, em decorrência o próprio debate da humanização, ainda são capítulos abertos no serviço social. A fragilidade desse debate tem tornado os profissionais reféns de uma ‘produção oficial’, que contribui para uma colagem entre política instaurada e a ação profissional, sem a devida mediação do projeto/formação profissional, enquanto mediador do exercício profissional. Ou seja, os profissionais tendem a ficar expostos a contribuições informadas por concepções teórico-metodológicas alheias ao projeto ético-político, e são estas que passam a balizar o exercício profissional. Assim, não é por acaso que as disjunções mais salientes entre exercício profissional e projeto ético-político são vistas no campo da assistência à saúde.

Nesse sentido, reafirma-se a linha do documento em que os parâmetros da atuação profissional têm nas referências teórico-metodológicas a sua espinha dorsal e também, ao propor explicitar a universalidade, a integralidade e a participação social como parâmetros fundamentais para a atuação profissional, reafirma a ideia de que a consecução do princípio da universalidade, a efetivação do controle social e a construção de práticas baseadas na integralidade são os grandes desafios a serem enfrentados.

Tendo como base o que anunciamos como bases para as ações profissionais no campo da saúde, a questão que se coloca é a de como isso se traduz quando nos aproximamos das ações propriamente ditas. Para essa aproximação, recorreremos novamente à ideia de parâmetro e a uma definição de ação profissional. Por ação profissional, estamos entendendo o “conjunto de procedimentos, atos, atividades pertinentes a uma determinada profissão e realizadas por sujeitos/profissionais de forma responsável, consciente. Portanto, contém tanto uma dimensão operativa, quanto uma dimensão ética, expressas no momento em que se realiza o processo de apropriação que os profissionais fazem dos fundamentos teórico-metodológicos e ético-políticos da profissão em determinado momento histórico. São as ações profissionais que colocam em movimento, no âmbito da realidade social, determinados projetos de profissão. Estes, por sua vez, implicam em diferentes concepções de homem, de sociedade e de relações sociais”. Disso, depreende-se que as ações profissionais não se constroem à priori. Ao contrário, se fazem no próprio trajeto e se constroem por meio da interação de elementos que, ao se articularem, imprimem-lhe direção e materialidade. Esses elementos correspondem a duas ordens distintas. São elementos que condicionam as ações e elementos que estruturam as ações. Dentre os elementos condicionantes, destaca-se o projeto profissional, a natureza do espaço

ocupacional e as demandas/necessidades dos usuários. O projeto profissional, à medida que expressa os valores que condicionam a finalidade das ações profissionais; a natureza dos espaços ocupacionais, pois estes condicionam tanto a autonomia do profissional, como as formas e objetivos da ação; as demandas/necessidades dos usuários, à medida que imprimem objetivos às ações a serem desenvolvidas. Além disso, agem como desencadeadoras da ação e funcionam como uma ponte entre os elementos condicionantes e os elementos estruturantes da ação profissional.

Os elementos estruturantes podem ser entendidos como aqueles que sustentam toda e qualquer ação profissional. São eles: o conhecimento/investigação, o planejamento, a documentação, os objetivos, as formas de abordagens dos sujeitos a quem se destinam as ações, os instrumentos técnico-operativos e outros recursos. O 'conhecimento/investigação' diz respeito ao corpo de conhecimentos já construídos e relacionados à realidade; ao campo sócio-ocupacional no qual os assistentes sociais estão inseridos e também aos sujeitos destinatários da ação profissional. Tais conhecimentos obviamente se conectam às matrizes teórico-metodológicas presentes na profissão. Além disso, implica no exercício da investigação, para que haja a compreensão das particularidades existentes nos diferentes campos e espaços sócio-ocupacionais - relacionados tanto a seus usuários, como às instituições e territórios - como para a definição de ações profissionais que melhor respondam às demandas e necessidades postas pelos sujeitos. O 'planejamento' é um sustentáculo para a ação profissional, pois permite projetar a própria ação, a partir do conhecimento obtido da realidade, da proposição de objetivos, da escolha de formas de abordagem e de instrumentos operativos, conectados à matriz teórico-metodológica norteadora do exercício profissional. A 'documentação' é essencial em todos os momentos, pois assegura o registro de informações e o caráter de continuidade das ações, possibilita a sistematização de dados empíricos e embasa o planejamento no campo profissional e institucional.

Além desses elementos, também são estruturantes da ação profissional, a saber: os objetivos² - definidos a partir das demandas/necessidades dos usuários/sujeitos e do espaço sócio-ocupacional - e as abordagens para a aproxima-

² Os objetivos não devem ser confundidos com as finalidades, estas se referem mais às diretrizes políticas gerais, à filosofia de ação. Para Mioto e Nogueira (2006), as finalidades apresentam as seguintes características: são abstratas, ideais, de longo alcance e estão mais ligadas a valores, não permitindo avaliação direta; enquanto os objetivos são concretos, reais, de alcance em tempo determinado e estão ligados ao mundo dos bens e serviços, permitindo avaliação direta.

ção com a realidade e com os sujeitos destinatários da ação. As abordagens se realizam por meio dos instrumentos técnico-operativos e de seus recursos. De maneira geral, podem ser identificadas abordagens coletivas, grupais e individuais. A escolha da forma de abordagem impõe a definição de instrumentos que a viabilize, tais como a entrevista para a abordagem grupal, as reuniões para a abordagem grupal, os fóruns para a abordagem coletiva, dentre outros. Ainda, são utilizados os encaminhamentos, ou ainda combinações desses instrumentos, como a visita domiciliar, a entrevista familiar. Como elo final desse processo de análises, definições e escolhas, escolhem-se também os recursos pertinentes aos instrumentos definidos. Por exemplo, para que uma reunião seja potencializada, enquanto instrumento da abordagem grupal, buscando atingir os objetivos da ação, pode-se utilizar como recurso técnicas de dinâmica de grupo.

Em síntese, o assistente social, partindo das demandas postas pelos sujeitos, sejam elas de caráter coletivo ou singular, da finalidade assumida como horizonte para suas ações, e localizado no seu espaço sócio-ocupacional, define tanto o objetivo como o caráter da ação a ser empreendida e, para sua realização, define formas de abordagem, instrumentos técnico-operativos e recursos. Assim, como já afirmamos, “toda definição é realizada através da investigação e do conhecimento das necessidades da população, expressas pelas suas demandas e na realidade particular de suas condições de vida e em diálogo com o corpo de conhecimentos já produzidos sobre as particularidades das situações e coerentes com a matriz teórico-metodológica que direciona determinado projeto profissional”.

Por meio disso, e retomando a ideia de que o assistente social na saúde se movimenta sob os parâmetros da universalidade, integralidade e participação social, consideramos que o presente documento poderia avançar em três sentidos:

- Tornar mais clara a ideia de ação profissional, para não incorrer em indistinções entre ações e elementos que estruturam a ação; falo aqui particularmente da questão dos instrumentos e da investigação/conhecimento. Ao estabelecer distinções, torna possível o aprofundamento teórico necessário para o embasamento e encaminhamento das ações profissionais, considerando tanto a natureza das ações (o que caracteriza), quanto as formas de abordagem e os próprios instrumentos e técnicas;

- Discutir a questão das ações em equipe enquanto ações profissionais, considerando a ideia de que a equipe é o espaço ou mesmo a condição de trabalho em saúde, em que o assistente social se movimenta e constrói tanto as suas ações como as ações coletivas;
- Revelar/desvelar a processualidade e a integração das ações, a partir dos eixos apontados (gestão, participação social e da assistência a saúde), para subsidiar o trabalho na direção da integralidade e da universalidade.

Para finalizar, recorro mais uma vez à professora Marilda lamamoto, quando ela nos diz: « almejamos nos capacitar para tratar as pequenas questões da prática cotidiana como grandes desafios intelectuais e operativos ». Muito obrigada.



MESA REDONDA: DESAFIOS À FORMAÇÃO EM SERVIÇO: A INSERÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NAS RESIDÊNCIAS MULTIPROFISSIONAIS E EM SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE

PALESTRANTE: HELOISA HELENA DA SILVA GUEDES (UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA/UFJF)

A presente palestra versa pela experiência da residência em serviço social que, em 2009, completou onze anos no Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora (HU/UFJF).

A residência em serviço social, até 2009, esteve organizada apenas por área, seguindo os demais programas incubados pelo HU/UFJF, como medicina, psicologia, enfermagem e farmácia. A partir de 2010, por orientação do MEC, os programas de residência ganharam o reforço da residência multiprofissional, tendo por proposta uma maior vinculação entre os profissionais, no sentido de fomentar o trabalho em equipe. Na atualidade, as duas modalidades de residência em serviço social – por área e multiprofissional – coexistem contribuindo para a consolidação da profissão no espaço hospitalar.

A residência em serviço social completou, em 2013, quinze anos, revelando-se importante ferramenta no desenvolvimento da tríade ensino-pesquisa-extensão na área de serviço social, propiciando eficiência e eficácia nos serviços prestados pelo assistente social na área da saúde. Essa longa trajetória do programa, iniciado ao final da década de 1990 no HU/UFJF, trouxe para a área da saúde uma visão mais ampla do cuidado integral, ao permitir a percepção

de que não apenas a área médica seria factível a programas de pós-graduação, aliando treinamento em serviço.

Historicamente, o programa de residência em serviço social do HU/UFJF se inspirou no da residência médica, devido à sua vasta experiência desde os anos 1950, quando surgem as primeiras iniciativas no país e, a partir dos anos 1970 quando de fato é regulada como modalidade de pós-graduação. Apesar da inspiração na área médica, a residência em serviço social do HU/UFJF não adotou o conceito biologicista, mas sim o conceito amplo de saúde, pautando o cuidado prestado na busca pela qualidade de vida. Este conceito, arraigado no Movimento de Reforma Sanitária da década de 1970 e inspirador das lutas das décadas futuras pela melhoria do cuidado em saúde enquanto direito de todos e dever do Estado, coaduna com os preceitos defendidos pelo serviço social, sendo assim incorporado em seus programas de residência, acompanhando a evolução, com relação ao sentido da seguridade social, do cuidar do sujeito e não do objeto, explicitando a saúde não como sinônimo de doença, mas como elemento vital que envolve questões de vida e trabalho, enfatizando-se a determinação social da saúde. Para melhor compreensão desse processo, apresenta-se a contextualização que culminou na idealização e concretização do programa de residência em serviço social do HU/UFJF :

- **Anos 1950:** despontam os programas de residência médica como forma de treinamento pós-graduado, ainda que sem regulamentação oficial;
- **Anos 1970:** são regulamentados oficialmente os programas de residência médica;
- **Anos 1980-1990:** marcados pela luta por uma mudança na concepção de saúde. A regulamentação do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir da década de 1990 no Brasil, trouxe significativas mudanças tecnológicas, organizacionais e políticas, que passaram a exigir novas formas da organização do trabalho no campo da saúde, provenientes da hierarquização, descentralização e democratização, princípios deste sistema;
- **O Anos 1980-1990:** estas mudanças imprimiram novas características aos processos de trabalho das diferentes profissões que atuam nesta área, entre elas a do serviço social, exigindo dos assistentes sociais o domínio das particularidades e dos fenômenos singulares da questão social na dimensão da saúde. Surgem alternativas ao modelo tradicional em saúde, dentro de uma

aproximação proposta pela Reforma Sanitária, e a saúde passa a ser percebida como um conjunto de necessidades sociais e biológicas, como um direito de cidadania e dever do Estado. A Constituição Federal de 1988, artigo 198, aponta que as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada, constituindo um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: descentralização, atendimento integral e participação da comunidade. Resgata a proposta da Reforma Sanitária e conceitua a saúde como consequência efetiva de um conjunto de condições de vida, como expressão ativa do exercício dos direitos de cidadania, como trabalho, educação, moradia, dentre outros, entendendo-a como consequência direta do equilíbrio e melhoria das condições sociais. O novo significado da saúde trouxe reatamentos no processo de trabalho em saúde, fazendo emergir a necessidade de revisão tanto da prática, quanto da formação em recursos humanos, das profissões que, junto da medicina, realizam o trabalho nas áreas de saúde, como farmácia-bioquímica, enfermagem, psicologia e serviço social. A partir de então, começa-se a buscar as condições para tornar possível o desenvolvimento de programas de residência para estas áreas;

- **O 1997:** cria-se a residência em serviço social na UFJF, embasada no Plano Diretor do HU/UFJF (1996-1998), que colocava como uma de suas prioridades a ‘implantação de uma política de desenvolvimento e de valorização dos recursos humanos’. O interesse em ativar programas multiprofissionais motivou a implantação da residência em serviço social no hospital universitário da UFJF na década de 1990, por entender que esse projeto viria ampliar o trabalho do serviço social no hospital, até então bastante acanhado, restrito ao ambulatório e porta de entrada do hospital. Outra motivação traduziu-se na possibilidade de reavaliar a prática do serviço social no HU e fortalecer a formação continuada dos graduados.

As razões históricas que motivaram a Faculdade de Serviço Social da UFJF a acreditar nessa forma de educação continuada foram as seguintes:

- **Primeira:** o campo da saúde é um dos que mais demanda o trabalho dos assistentes sociais;
- **Segunda:** a formação do assistente social é fundamentalmente generalista, devendo ser enriquecida por conhecimentos específicos, que respondam aos desdobramentos da questão social, manifesta de diferentes modos nos campos de intervenção;

- **Terceira:** a formação generalista no serviço social abrange um leque de conhecimentos centrados nas ciências sociais e apartado das ciências biológicas, o que demanda, durante a prática em saúde, a necessidade de incorporar conhecimentos teóricos que diretamente interliguem as discussões do processo saúde/doença relacionadas com as condições sociais.

Sob estes aspectos, viabilizou-se a criação da residência em serviço social, apreendida como um elemento da formação do trabalho coletivo, visto como espaço privilegiado de realização da complementaridade entre conhecimentos, além de aprimorar o processo de trabalho do serviço social, destacando as relações mútuas entre as profissões. O conceito do programa embasou-se na residência em serviço social enquanto uma modalidade de formação em saúde, caracterizada por treinamento em serviço.

A residência em serviço social configura-se numa forma de educação continuada, com ênfase nas ações de prevenção e promoção, numa perspectiva pedagógica e interdisciplinar, conjugando aspectos biológicos aos sociais. Esta modalidade de ensino propicia o fortalecimento de pesquisas, no estabelecimento das dimensões sociais da saúde/doença.

Por buscar um trabalho conjunto, ainda que seja uma residência por área, o serviço social procura o aprimoramento tanto da profissão, quanto da formação dos demais profissionais ao trabalhar a saúde em sua dimensão de direito. Além do fomento à formação do assistente social na área da saúde, a residência em serviço social foi também pensada para atender à demanda do HU/UFJF – uma vez que se trata de um hospital que é referência tanto para Juiz de Fora (MG), quanto para a região – tendo a capacidade para, ao mesmo tempo, apreender e reconhecer a situação social e sanitária da população, de modo a contribuir para elevar a qualidade da assistência em sua área de cobertura.

Antes da criação da residência em serviço social, o HU/UFJF contava com um quadro enxuto de assistentes sociais, sendo insuficientes para cobrir as ações nos diversos programas desenvolvidos no hospital, como: saúde da mulher, saúde da criança, tratamentos específicos como HIV/AIDS, hanseníase, dentre outros. Com a residência em serviço social, o serviço passou a atender tanto à demanda interna (trabalhadores, internos e pacientes em algum procedimento/consulta), quanto externa (levando os programas até a população, como palestras e oficinas educativas às escolas e instituições diversas) do HU/UFJF.

A residência em serviço social se ancora nos preceitos de: descentralização, buscando socializar o poder nos serviços de saúde, para além do médico, coletivizando o processo de trabalho em saúde; atendimento integral, buscando perceber necessidades (essência) para além das demandas (aparência), trabalhando todos os aspectos que envolvem o processo saúde-doença, para além do biológico; participação da comunidade, buscando a participação do usuário no processo saúde-doença, como sujeito e não objeto.

A residência em serviço social foi pensada no sentido de preencher alguns vazios inerentes à sua própria formação, dando continuidade ao aprofundamento da reflexão sobre as relações do Estado e política de saúde e a atualização das experiências e investigações acumuladas pela profissão. O serviço social, enquanto disciplina que compõe o quadro do trabalho em saúde, tem na residência a oportunidade de ampliar a própria formação, associando o conteúdo teórico-prático da saúde às condições de vida, contribuindo para o processo de cuidado. Assim, constituem-se objetivos da residência em serviço social: 1) formar assistentes sociais em nível de pós-graduação *latu-sensu*; 2) contribuir para a integração dos profissionais de saúde dentro da perspectiva de interdisciplinaridade e complementaridade entre os conhecimentos sociais e biológicos; 3) aprofundar o conhecimento das técnicas pedagógicas em saúde, de modo a facilitar a aproximação entre profissionais e população; 4) estender a atenção em saúde para além do hospital, permanecendo por um período nas UBS, para contato mais estreito com a realidade determinante das condições de vida e saúde da população; 5) estimular a pesquisa, produzir relatórios e artigos sobre as experiências vivenciadas; 6) planejar, implantar, intervir e avaliar projetos de saúde a serem desenvolvidos no hospital (enfermarias, ambulatórios) e UBS.

A atual concepção de saúde extrapola os limites do saber e da prática médica, no sentido de alcançar a qualidade da assistência nos serviços de saúde, em relação à qualidade e disponibilidade de acesso, dentro dos preceitos oriundos da reforma sanitária e incorporados pela CF 1988. A saúde, como conquista de um direito de cidadania, requer profissionais capacitados, que estabeleçam interligação dos aspectos sociais com os biológicos. No caso do serviço social, a saúde tem sido a área que mais tem assimilado o trabalho do assistente social, que tem se empenhado em trabalhar em conformidade com as novas configurações da saúde (saúde enquanto direito, vinculada às condições de vida).

O que sustenta a residência em serviço social é a teoria crítica – base da formação do serviço social, perspectiva de totalidade da teoria marxista, método dialético –, avançando para os conhecimentos fornecidos pela saúde coletiva, para reforçar os fundamentos da reforma sanitária e os direitos de cidadania. No cotidiano da residência, o serviço social trabalha pautado no projeto terapêutico, que abrange o conjunto de tecnologias relacionais:

- **Produção do cuidado e saúde:** objeto central do processo de trabalho, sendo o cuidado compreendido como uma ação integral, tendo por fundamento a compreensão da saúde como direito social. Resposta à inversão do modelo biomédico pautado na doença; centralidade nas ações de prevenção e promoção; conjugação das tecnologias leves, leve-duras e duras com vistas à qualidade dos serviços prestados bem como a qualidade de vida dos usuários. Para operacionalizar a produção do cuidado, a Residência estimula as estratégias de escuta, acolhimento responsabilização e vínculo na detecção de necessidades;
- **Humanização, acolhimento e vínculo:** destaque para a comunicação e a linguagem em respeito à dignidade da pessoa; abertura à interação dialógica com o outro, seja profissional ou usuário; construção de projetos terapêuticos que evidenciem o vínculo com o usuário e a complementaridade do conhecimento entre o conjunto dos profissionais; fortalecimento da capacidade comunicativa entre os serviços; valorização da postura ética;
- **Educação em saúde:** como prática dialógica, problematizadora e pedagógica de lidar com as situações-problema e não sob um viés higienista/comportamental. Assegurar a informação completa sobre o estado de saúde do usuário; orientar de modo amplo e acessível os condicionantes do binômio saúde-doença; orientação individual ou em grupo; superar formas de educação bancária (palestras e outras) e adotar formas dialógicas; facilitar a integração multi e inter; primar pela solução conjunta dos problemas;
- **Interdisciplinaridade:** comunicando ideias, integrando conceitos e construindo conhecimento;
- **Trabalho coletivo e em equipe:** trabalho conjunto, com base nas tecnologias leves, leve-duras e duras, conjugado à Interdisciplinaridade e à educação em saúde;

- **Informação e comunicação:** relação de diálogo entre profissional-usuário na relação do cuidado. O usuário tem o direito de receber toda informação sobre seu estado de saúde e opinar sobre ele;
- **Planejamento e gestão:** fortalecimento da gestão democrática e participativa a favor dos usuários e trabalhadores de saúde; o assistente social não ser mero executor das ações, mas ser apto a pesquisar, propor e avaliar. Planejamento e gestão pautados no compromisso e responsabilização profissional; no planejar, monitorar e avaliar em conjunto; construção de protocolos, elaboração de planos e projetos de ação profissional com a participação de todos os profissionais (como os projetos e intervenção), dentre outros.

A residência em serviço social busca a construção de alternativas na saúde, dentro de uma proposta de reforma sanitária, concebendo a saúde como um conjunto de necessidades sociais resguardadas pelos direitos de cidadania. Em seu cotidiano, o programa preconiza os princípios e diretrizes do SUS, como a descentralização, integralidade e participação da comunidade, dando qualidade tanto à formação profissional, quanto ao serviço prestado ao trabalhar na perspectiva do direito.

O processo de trabalho em saúde defendido pela residência em serviço social trouxe rebatimentos ao processo de trabalho de saúde, impulsionando a necessidade de revisão tanto da prática, quanto da formação de recursos humanos, uma vez que o cuidado em saúde extrapola, na atualidade, o que se defendia até então pela parte médica. A partir dessa percepção de totalidade, programas de residência em outras áreas, como a de psicologia, começam a ganhar destaque.

A residência em serviço social no HU/UFJF, ao longo dos anos, contribuiu para um cuidado integral e para o trabalho em equipe, extrapolando a mera assistência social em saúde, o que demandou, acoplado ao treinamento em serviço, um processo de reflexão-ação possibilitado pela criação do curso de especialização, dinamizando ainda mais o programa e permitindo o aprofundamento do entendimento sobre a política de saúde brasileira.

Para um hospital do porte do HU/UFJF – referência tanto para Juiz de Fora e região – programas de residência, como a do serviço social, foram e são importantes na condução de um trabalho de qualidade, uma vez que nem

sempre apenas com o quadro efetivo de servidores se consegue oferecer um cuidado como se gostaria. A residência veio, pois, reforçar esse processo de trabalho no hospital, além de ter uma preocupação com a educação continuada e a qualificação da formação do assistente social.

A residência em serviço social do HU/UFJF se configura da seguinte forma ao longo dos seus dois anos de duração:

- **1º. Ano:** trabalho em enfermarias, produzindo saúde em cada clínica (ainda que o trabalho seja por clínica: medicina de mulheres, medicina de homens, pediatria, cirurgia, há a busca constante por um trabalho integrado); execução do Projeto Humanizar (projeto de intervenção quinzenal que resgata a cultura ao espaço hospitalar); supervisão de estagiários de graduação; coordenação e execução de projetos de intervenção (nas linhas de DST/AIDS, saúde da mulher e da criança); supervisão de bolsistas dos projetos; plantão semanal diurno e noturno (07: 00 às 12:00 e 18:00 às 22:00); sobreaviso de fim de semana;
- **2º. Ano:** trabalho em ambulatórios, produzindo saúde nas linhas do cuidado (saúde da mulher, saúde da criança, saúde do idoso, HIV/AIDS, tabagismo, dentre outros); coordenação e execução de projetos de intervenção (nas linhas de tabagismo, diabetes, climatério, hanseníase, etc); supervisão de bolsistas dos projetos; plantão semanal diurno e noturno (07: 00 às 12:00 e 18:00 às 22:00); curso de especialização (Pesquisa e Serviço Social); estágio em UBS por seis meses (no momento suspenso para adequações); elaboração de dossiê da residência (registro de todas as atividades desenvolvidas pelos residentes nos dois anos de programa como forma de registro da atuação profissional); elaboração de monografia (quesito exigido pelo curso de especialização como incentivo à produção de conhecimento); elaboração de artigo (como incentivo à publicação do conhecimento sistematizado).

Desde sua constituição, o programa de residência em serviço social sempre foi bastante desafiador, dado o universo de que é formado o hospital universitário – tecnologia dura e o biologicismo arraigado da equipe médica. A mudança de concepção trazida por um programa de residência que se desenvolve na área da saúde, mas não é de conformação médica, trouxe mudanças substanciais tanto para o âmbito da Medicina, quanto para outros profissionais, permitindo introduzir a prática em saúde no serviço social e fortalecer essa formação continuada.

O programa de residência em serviço social do HU/UFJF foi criado e aperfeiçoado ao longo dos anos, a partir de três premissas: 1) o conceito amplo de saúde, cuja importância para o trabalho do assistente social está presente na prática desenvolvida no campo entre sujeitos que cuidam e buscam o cuidado; 2) a formação prática do assistente social, que será enriquecida com outros conhecimentos oferecidos pela equipe com a qual se trabalha e que possam dar qualidade e aprofundamento a partir dessas práticas profissionais, somado tanto à questão da absorção dos conhecimentos, quanto a da construção destes conhecimentos; 3) a formação em serviço social por meio do teórico capaz de permitir participar das discussões do processo de saúde e da própria política de saúde.

Na residência em serviço social, o profissional busca acoplar os conhecimentos trazidos da profissão com outros conhecimentos que venham a reforçar a prática, visando ao trabalho coletivo e em equipe e à defesa do projeto ético-político e da reforma sanitária. Nesta perspectiva, a residência do serviço social é tida como modalidade de formação de trabalho coletivo a partir do intercâmbio da teoria e prática com outras profissões. Esta concepção do trabalho coletivo e em equipe se faz importante para uma prestação de serviço de qualidade, uma vez que nenhum profissional sozinho, por mais que esteja imbuído de seu processo de trabalho, pode dar conta de todas as demandas impostas, ainda mais com os ajustes impostos pela sociedade do capital.

Apesar das conquistas da residência em serviço social no HU/UFJF nestes quinze anos, o programa ainda enfrenta diversos desafios, entre eles o de avançar na pesquisa, pois, pelo cotidiano exacerbado do hospital, o programa de residência acaba por secundarizar a formação profissional ampliada, para se tornar treinamento do serviço. A residência é sim uma modalidade de treinamento em serviço, mas envolve também ensino e pesquisa e, muitas vezes, estes dois aspectos se fragilizam em decorrência do fazer. Apenas o curso de especialização não comporta as discussões de fundo, que envolvem a área da saúde e demais áreas, fundamental ao processo de reflexão-ação do fazer profissional. Discutir seguridade social e não apenas saúde é uma preocupação constante do serviço social, por isso, defende-se uma visão de residência enquanto educação continuada desde as ações de prevenção e promoção ao desejo pedagógico interdisciplinar, com igual ênfase no aspecto social e nos aspectos biológicos.

Em face da determinação social na saúde, há a necessidade do fortalecimento da pesquisa, do trabalho interdisciplinar, em que as diversas disciplinas se

comuniquem, compartilhem e formem um novo conhecimento, que dará mais qualidade ao cuidado ofertado. Este aspecto ainda não foi plenamente concretizado no hospital, na medida em que os programas de residência das diversas áreas não desenvolvem um trabalho totalmente interdisciplinar e suas pesquisas e estudos ainda se encontram muito isolados. Isso pode ser constatado vislumbrando os artigos publicados na revista do hospital, em que a maioria aborda assuntos relacionados com a questão da doença, escritos por médicos.

Sob o ponto de vista do serviço social, a residência pode se efetivar como uma pedra de toque a incentivar a questão da pesquisa e do conhecimento compartilhado entre as áreas, tratando-se de um trabalho conjunto, capaz de promover a transformação dos demais profissionais para trabalhar a saúde na dimensão do direito. Por meio da residência, o serviço social vislumbra a possibilidade do diálogo, ainda que seja esta uma difícil tarefa na quebra de paradigma e do *status quo*. Quanto à questão da formação, o serviço social já tem incorporada, desde a graduação, a formação dos direitos e a dimensão de um ambiente de totalidade, e as emprega na residência, sendo preciso, porém, que a graduação das outras áreas também se preocupe com esta visão ampla, porque não adianta apenas haver uma pequena introdução ao trabalho coletivo no nível de graduação para depois aperfeiçoar na pós-graduação. É preciso estabelecer um processo de aprendizagem contínuo, em que o trabalho interdisciplinar e coletivo seja uma constante e não elemento a ser incorporado sazonalmente. Somente a partir de um olhar amplo e consolidado do cuidado em saúde, é possível perceber as demandas e necessidades de saúde apresentadas pelos usuários e uma consequente intervenção integral.

No cuidado em saúde, faz-se primordial perceber, para além das demandas, as necessidades. No interior de um programa de residência, faz-se fundamental ao residente, independente da área de concentração, percebê-las num primeiro encontro, pois é a partir delas que se consegue definir a ação, efetuar e traçar estratégias, mobilizando esforços. Ao atuar com responsabilidade profissional, pode-se construir um cuidado, envolvendo os usuários de maneira que eles possam participar ativamente do processo, inteirados sobre as medidas e condutas que lhes dizem respeito, podendo algumas delas seguramente ser tomadas em acordo com ele. Se o usuário não participa de seu cuidado, fatalmente não se verá como sujeito e não perceberá sua importância.

Quanto à questão do fazer, a residência precisa avançar no que se refere aos espaços do hospital. O residente, via de regra, fica alocado em uma das

enfermarias e periodicamente no plantão social, não vivenciando o hospital como um todo. O espaço hospitalar é muito rico, sendo necessário não apenas o atendimento integral, mas também a vivência integral do residente neste espaço, para uma reflexão mais aprofundada do processo de saúde-doença.

Diante do exposto, percebem-se como grandes limites e desafios da residência em serviço social:

- **No seu início:** em 1997, iniciada a residência em serviço social, seu primeiro desafio foi o de construir o projeto da residência com total isonomia em relação à residência médica e de análises clínicas, isto é, com idênticas cargas horárias, remuneração e responsabilidade, partindo dos moldes preconizados pelo MEC (a Comissão de Residência Médica/MEC reconhece apenas a residência médica), porém introduzindo a necessidade de incorporar as bases de trabalho coletivo, potencial que as profissões carregam de realizar trabalhos conjuntos na área da saúde. Pretendia-se que a residência conjugasse, de modo igualitário, o ‘aprendizado e a assistência’, em um mesmo profissional, para que esse, ao ‘aprender fazendo’, assegurasse o desenvolvimento do processo de trabalho. Esse processo deveria ser orientado por preceptores, visando tanto a qualificação profissional quanto a especialização em saúde;
- **Na atualidade:** ultrapassar a perspectiva de área de formação (residência em serviço social, psicologia etc) para uma vivência do trabalho coletivo; necessidade de que a formação graduada esteja em consonância com os preceitos do SUS; correlação de forças dentro do hospital (persistindo a hegemonia médica); os projetos em disputa hoje (Privatista e de Reforma Sanitária) e a Reforma do Estado (neoliberalismo); resistência ao trabalho em equipe, com dificuldade dos profissionais em entender o que é o serviço social; desmistificar o trabalho do assistente social para que não lhe sejam solicitadas ações que não são suas atribuições (solicitação e regulação de ambulância para remoção e alta; convocação do responsável para informar sobre alta e/ou óbito; preenchimento exclusivo de formulários de Tratamento Fora do Domicílio/TFD); reforçar as pesquisas (para formar pesquisadores e fortalecer o conhecimento com estudos profundos da realidade, da gestão, do financiamento).

A par dos inúmeros desafios, o serviço social também percebe avanços. Por meio do trabalho em equipe, na convivência da profissão com as demais

áreas avançou-se na percepção de alguns profissionais do quão importante é a relação interdisciplinar que se deve ter na saúde. Esta aproximação com as demais áreas só foi possível com a ampliação do quadro de assistentes sociais, a partir da alocação de residentes de serviço social em todas as enfermarias e no plantão social. Antes da residência, havia um quadro bastante acanhado de assistente sociais no HU/UFJF. O programa foi, assim, um incentivo e uma vitória para a formação desse profissional e sua consolidação no hospital, na medida em que, além do quadro de servidores efetivos – ampliado por concursos –, o serviço social conta com quatro vagas de residência para o programa de residência por área e uma vaga para o programa multiprofissional.

Resumidamente, os maiores avanços do programa na área de serviço social foram: a residência acoplada ao curso de especialização, para fortalecer o processo de trabalho. O programa enfatiza a política de saúde, a metodologia científica, a ética profissional e o processo de trabalho, contribuindo para que seja intensificada a integração, na perspectiva da formação do trabalho coletivo; a formação de assistentes sociais aptos a trabalhar não só na saúde, mas na seguridade social; o comprometimento da Faculdade de Serviço Social com a formação continuada dos assistentes sociais; o processo de consolidação de conhecimentos sobre a política de saúde, com vistas a contribuir para reflexão e conquista de direitos; a busca da interação interdisciplinar (ainda que se configure em tarefa árdua); estímulo à produção científica na área da saúde.

A consolidação do serviço social no espaço hospitalar pode ser percebida na crescente demanda por este profissional. A residência proporcionou que as ações pudessem, não só no serviço social, mas na interface com os demais profissionais, ampliar o leque de sua área de intervenção. A saúde, no contexto da seguridade social, configura-se como um direito de todos e dever do Estado. Entretanto, pode-se ponderar se em todos os serviços esse direito social está sendo respeitado. A residência possibilita pensar a universalidade e suscita debater sobre as ações, refletindo o cuidado cotidiano, não só na residência, mas por toda parte em que o assistente social atue junto aos usuários.

A residência do serviço social foi pensada no sentido de preencher as lacunas da formação, objetivando: formar o assistente social em pós-graduação, enquanto profissional de saúde integrado ao trabalho coletivo; fortalecer a integralidade, de par com a realidade dos conhecimentos sociais; aprofundar o conhecimento teórico-metodológico em saúde, que leve ao diálogo e à reflexão, como a estratégia de educação em saúde crítica; fomentar o trabalho em

rede, pois o hospital é apenas uma unidade temporária em que o usuário procurará atendimento, devendo ser efetuada a referência e a contrarreferência para os demais níveis de complexidade.

Para um processo de cuidado integral, faz-se preciso trabalhar em equipe, para que a referência e a contrarreferência se efetivem e o profissional não se sinta responsável por dar respostas a todas as necessidades e demandas em saúde apresentadas. A residência faz refletir que, por mais que o problema de saúde apresentado faça parte do processo de trabalho, pelas determinações sociais relativas à questão da saúde consideradas globalmente, nem sempre há possibilidade de dar respostas a tudo.

Quanto ao processo de trabalho do residente em serviço social, ele dispõe de um conjunto de instrumentos e técnicas: 'a questão da linguagem', tendo a saúde como objeto central, na medida em que o trabalho realizado é parte de uma política integral, de modo que a ação não seja paliativa, nem os objetivos pautados apenas na doença; 'a questão da humanização, do acolhimento e da responsabilidade pelo vínculo', elementos que, apesar de intrínsecos às relações, ficam por vezes subjugados a outras dimensões, por uma problemática cultural. Uma boa prática em saúde requer respeitar o outro, ouvi-lo, investir na dimensão do vínculo e desenvolver estratégias que possam atender o melhor possível àquele usuário; 'a questão da educação em saúde', a partir do agir comunicativo, que demanda uma abordagem conjunta dos problemas, com o usuário enquanto um participante ativo do processo de cuidar. Desse modo, o profissional deixa de ser considerado como o herói capaz de resolver tudo, assim como o usuário, por seu turno, deixa de ser culpabilizado pela situação que vivencia; 'a questão do fomento ao conhecimento e o trabalho coletivo em equipe', como elementos fundantes de uma prática compromissada com o cuidar integral a partir da ação que denota reflexão contínua; 'a questão da saúde e assistência', trabalhando não só a saúde, mas compreender a seguridade como um todo, com vistas ao processo de consolidação dos conhecimentos em torno da política de saúde.

Na residência, estas estratégias e técnicas são acompanhadas pelo planejamento e gestão do trabalho do assistente social, que prima por uma gestão democrática, com participação dos usuários e de toda a equipe, reforçando o compromisso com a responsabilização. Este planejamento e conduta podem ser visualizados nos diversos projetos de intervenção realizados pela equipe

de saúde e se pautam nas necessidades de saúde dos usuários por meio da educação em saúde, projetos estes desenvolvidos nas enfermarias (masculina, feminina, pediátrica e cirúrgica) e ambulatórios (de especialidades como diabetes, tabagismo, climatério, dentre outros) e plantão social nos dois anos de duração do programa.

Vislumbrando o futuro de um processo formativo como um programa de residência, salienta-se a importância e pertinência dos dois programas incubados pelo HU/UFJF (residências multiprofissional e em serviço social na saúde) para a promoção da saúde. O processo formativo em saúde por meio de programas de residência requer a percepção ampla não apenas do cuidado em si, mas da observância das transformações do conceito e condição de saúde, das exigências do mercado de trabalho e, principalmente, as especificidades da demanda de saúde da população, expressas pelas mudanças socio-política e econômicas que se encontram na sociedade.

Como fomento à importância que possui um programa de residência para o serviço social, destaca-se a pertinência do empenho do CFESS no sentido de construir os parâmetros de atuação da profissão na área da saúde, apontando as competências do serviço social na saúde e suas habilidades para construir o trabalho coletivo. A residência em serviço social da UFJF reconhece a questão social como objeto da intervenção profissional e tem seu processo de trabalho pautado na perspectiva de totalidade, ao não perder de vista os determinantes sociais, econômicos e culturais das desigualdades sociais que atingem a sociedade. Como apontado nos *Parâmetros*, a intervenção na residência em serviço social é orientada pela perspectiva crítica, instigando o assistente social a ter uma “leitura crítica da realidade e capacidade de identificação das condições materiais de vida” dos usuários; a perceber as “respostas existentes no âmbito do Estado e da sociedade civil; a legitimar os espaços de luta em defesa e ampliação dos direitos; a construir coletivamente estratégias para a produção da saúde sob o signo defendido pela Reforma Sanitária de saúde como um direito social.

Incorporando o que apregoam os parâmetros do trabalho do assistente social na saúde, nestes quinze anos de existência, a residência em serviço social da UFJF conseguiu dar ênfase às seguintes ações, dentre outras: 1) prestar orientações (individuais e coletivas) e/ou encaminhamentos quanto aos direitos sociais da população usuária, no sentido de democratizar as informações; 2) identificar a situação socioeconômica (habitacional, trabalhista

e previdenciária) e familiar dos usuários, com vistas à construção do perfil socioeconômico, para possibilitar a formulação de estratégias de intervenção; 3) realizar abordagem individual e/ou grupal, tendo como objetivo trabalhar os determinantes sociais da saúde dos usuários, familiares e acompanhantes; 4) trabalhar com as famílias, no sentido de fortalecer seus vínculos, na perspectiva de torná-las sujeitos do processo de promoção, proteção, prevenção e recuperação da saúde; 5) registrar os atendimentos sociais no prontuário único, com objetivo de formular estratégias de intervenção profissional e subsidiar a equipe de saúde quanto às informações sociais dos usuários, resguardadas as informações sigilosas que devem ser registradas no prontuário social; 6) com a anuência do MEC, a criação do Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Atenção Hospitalar do HU/CAS/UFJF, objetivando a integração atenção hospitalar/atenção básica.

No que se refere à residência integrada multiprofissional, aponta-se um avanço nas discussões do trabalho coletivo. Com a residência multiprofissional, busca-se reforçar a proposta assistencial do HU-CAS/UFJF, com a formação de Equipes de Referência Secundária (ERS). As ERS caracterizam-se como equipes de saúde multiprofissional, pensadas para tornar-se uma 'referência' para o usuário do SUS na atenção secundária. O objeto de atenção das ERS inclui o acolhimento dos casos referenciados, a identificação das necessidades de fluxo clínico e diagnóstico destes usuários no interior do CAS/UFJF, conforme especialidades ambulatoriais clássicas, reorganizadas em linhas de cuidado definidas e pactuadas.

A residência multiprofissional em saúde pretende, por meio da união entre vários profissionais da saúde, adequar o processo de formação às exigências de transformações das profissões da área de saúde, do ensino, do mercado de trabalho e, principalmente, às necessidades e demandas de saúde da população, expressas pela mudança no seu perfil demográfico-epidemiológico e social.

Concluindo, no complexo processo de trabalho em saúde, o serviço social tem avançado bastante e os programas de residência têm ajudado neste sentido. Entretanto, por mais ricas que sejam as experiências no seio da residência, como trabalhadores em saúde, os assistentes sociais vivenciam em seu cotidiano profissional os limites e possibilidades de atuação dentro da política de saúde, ocasionados pela correlação de forças, tensão esta que só poderá ser superada a partir da afirmação e defesa incontestada do projeto ético-político e do trabalho em conjunto, na medida em que as múltiplas e complexas demandas não podem ser operacionalizadas e/ou respondidas por um único ator social.



MESA REDONDA: DESAFIOS DO CONJUNTO CFESS-CRESS NA LUTA PELO DIREITO À SAÚDE E PROJETO ÉTICO-POLÍTICO PROFISSIONAL

PALESTRANTE: SORAYA ARAUJO UCHOA CAVALCANTI (CRESS-PE)

Gostaria, para começar, de compartilhar, com os participantes deste evento, a nossa satisfação quanto a uma comunicação da Organização Mundial de Saúde (OMS) acerca das experiências exitosas de diversos países desde 2005, servindo de exemplo para as demais cidades. Essa informação baseia-se em uma experiência que se deu, juntamente com outros colegas assistentes sociais, na Secretaria Municipal de Saúde de Recife, na coordenação do Controle do Tabagismo, da qual faço parte há quase dois anos. Essa escolha representa o reconhecimento da coordenação de controle de tabagismo desenvolvido nesse projeto, que se tornou referência no Brasil, o qual hoje pode apresentar 7.839 ambientes de trabalho já transformados em ambientes livres de fumo. Em 100% das repartições públicas, unidades de saúde, creches e centros municipais da educação infantil, além de shoppings center, bares e boates. Começamos pelas entidades governamentais e não governamentais, por meio do trabalho participativo, envolvendo a formação de multiplicadores em cada instituição. Vale ressaltar que Recife participou recentemente da Conferência Mundial sobre Tabagismo e Saúde, representada pela assistente social Maristela Menezes e pelo estudante de serviço social Evandro Filho. Na primeira pesquisa realizada em Recife, a prevalência de fumantes era de 34,6%. Para registrarmos isso, diante de um contexto que vimos vivenciando no seminário,

é preciso dizer que temos uma equipe reduzida: somos atualmente duas assistentes sociais, um estagiário de serviço social e uma psicóloga. O tratamento de tabagismo, desde sua implantação em Recife, em 2001, tem historicamente e hegemonicamente a presença do serviço social construindo essa história.

Início agora a fala dos desafios do Conjunto CFESS-CRESS na luta pelo direito à saúde, apoiado no projeto ético-político profissional. Vou fazer um breve balanço do que foi discutido e gostaria de pôr em evidência o que acompanhamos, a título de debate, neste primeiro Seminário de Serviço Social na Saúde. O objetivo é evidenciar, a partir das intervenções do 36° e do 37° Encontro Nacional CFESS-CRESS, discussões acumuladas pela categoria nos últimos 30 anos. Quanto ao contexto desse primeiro encontro da saúde no Brasil, trata-se de um momento histórico, que tem como referência um pleito de longa data, no contexto da definição dos parâmetros da atuação dos assistentes sociais na saúde. Ressaltamos que este seminário é fruto do empenho recorrente e da dedicação de todos os Conselhos Regionais do Serviço Social do Nordeste, aos quais agradecemos a confiança política em nossa gestão.

No primeiro dia, tivemos uma discussão contemporânea, quando foi pontuada a coincidência de mais uma crise de superprodução, tal qual a crise de 1929. Em face deste contexto, foram apresentados vários desafios, dentre os quais a luta pela garantia do que é saúde, apontando que todo ganho do trabalho impõe limites ao ganho do capital, fazendo-se necessário entender a história como espaço de lutas de classes. É fundamental assim o fortalecimento dos sujeitos, diga-se, a articulação da classe trabalhadora em torno do projeto das fundações estatais e privadas, da prática de terceirização, distribuição dos postos de trabalho e flexibilização do trabalho. Alguns desafios, no âmbito da atuação do assistente social, consistem em práticas neoconservadoras, matéria já discutida no Conjunto CFESS-CRESS e na visão da saúde, a partir das especialidades médicas.

Atualmente, acompanho alguns desses desafios no meu espaço de trabalho, especificamente no Hospital Universitário Oswaldo Cruz, da Universidade de Pernambuco. Esta questão é visualmente clara, quando nacionalmente há encontros de associações de serviço social e oncologia. São múltiplas as expressões da questão social, que se manifestam na saúde, por meio das determinações sociais do processo saúde-doença, conforme apontou a professora Inês Bravo. Diante deste quadro, faz-se necessária a aproximação da proposta de reforma sanitária com o projeto ético-político profissional do serviço social.

Urge também abordarmos a questão dos espaços para a discussão dos movimentos sociais e da resistência de reorganização da saúde pública, entendida como direito de todos e dever do Estado.

As novas configurações do Estado e da sociedade civil no contexto econômico e político da crise do capital são objeto de estudo e contribuem para evidenciar a coisa pública. O Estado vem atendendo ao chamado de ganho de capital, sempre que foi chamado. Esse chamado avança e recua diante da capacidade da classe que trabalha em demonstrar e fazer resistência. Exemplo disso são os direitos conquistados ao longo da história e no atual momento da história, o que se faz para garantir a existência desses direitos. Conforme a perspectiva marxiana, os homens realizam a sua história, porém não nas condições por eles escolhidas.

Na política de saúde de Pernambuco, um dos grandes hospitais, temos uma peculiaridade que é justamente a relação direta com as organizações não governamentais, diretamente junto aos usuários da política de saúde. A maioria desenvolve uma relação complementar aos índices da ação estatal. Algumas delas estão vinculadas a ações que configuram uma responsabilidade dos municípios, quanto ao tratamento fora do domicílio: passagem, hospedagens e alimentação. Outros se aproximam da defesa dos direitos dos usuários do sistema. Como foi apontado neste evento, o foco das atenções, ao invés de estar centrado na defesa da coisa pública, enquanto direito de todos e dever do Estado, acaba se configurando como responsabilização da sociedade civil.

Essa é uma característica das políticas sociais no neoliberalismo, algumas das quais têm seus recursos oriundos de doações efetuadas por pessoas físicas, assim como parte desses projetos também preconizados por Bresser Pereira. Marinete Cordeiro apontava ainda há pouco que se observa uma espécie de clientelismo pós-moderno ou neocorporativismo, em que a sociedade se engana sobre a origem dos recursos mais políticos ou por meio de parques meios obscuros para ações focalizadas, ou da seleção de projetos sociais agindo de forma unilateral. Na proposta de Bresser Pereira, ele divide ações com responsabilidade estatal e outras que poderiam ser operacionalizadas por meio de terceirização. Este processo já está bastante operante.

Na política de saúde de Pernambuco, temos trabalhadores cumprindo diferentes tarefas, muitas vezes precarizados. São condições advindas de organização e reivindicações diferenciadas. Nesse percurso, tivemos as privatizações

de empresas que ‘não davam lucro’ e foram vendidas por uma bagatela. Quem é de Pernambuco se lembra da história da Companhia Energética de Pernambuco (Celpe). Órgãos de assistência social passaram a ser regidos mediante contrato de gestão. Mais recentemente, acompanhamos a transformação de hospitais públicos em fundações estatais de direito privado. Encontram-se aí desafios referentes a esse espaço e campo do trabalho, especificamente o Hospital Universitário Oswaldo Cruz. No passado, houve a proposta de que a Universidade de Pernambuco fosse transformada em uma organização social, situação que põe em risco alunos e servidores, o que desencadeou processos de resistência e acabou não se concretizando.

Vejo frequentemente como algo relativo à crise, apontada por Ana Elizabeth Mota, instalada nos espaços de articulação profissional, o que justifica que a ausência de investimentos e de recursos humanos propriamente ditos seja cobrada do serviço social. No entanto, este setor opera com o mínimo de assistentes sociais para atendimento, obrigado pelo próprio contexto a se adaptar. Este, sem dúvida, tem propiciado algumas resistências no sentido apontado acima.

O que se tem é uma ação política, no que se refere ao enfrentamento da questão social, contando experiências das ações contabilizadas pelo terceiro setor. Trata-se de um processo que caminha ao lado do processo da pauperização, no que se refere à maioria da população. Esta não é uma política social, pois acompanhada de ações de voluntariado, de um lado, e de uma espécie de clientelismo modernizado na relação entre o Estado e a realização da sociedade civil, constituindo igualmente espaço de construção de adesão e comunicação.

Tivemos ocasião, nas mesas simultâneas, de compreender as reflexões do serviço social em contraste com as ações divulgadas de participação social, mobilização popular, saúde do trabalho e política de saúde mental. Acompanhei especificamente a discussão da política de saúde mental, sobre a qual gostaria de destacar alguns pontos relevantes. Alguns de nós acompanharam a discussão sobre serviço social clínico. A caracterização social consiste no fato de que não se trata de negar que a regulação do assistente social causa impactos subjetivos, mas é preciso entender que a subjetividade não é matéria para o assistente social. Ao inserir uma proposta mais próxima do que se determinou chamar de Serviço Social Clínico, há uma privação da riqueza do saber do serviço social para a população usuária desses serviços. Lembramos que a matéria de serviço social clínico já foi amplamente debatida pelo Conjunto CFESS-CRESS, inclusive com produção de material.

Chamamos a atenção da categoria para um momento histórico, hoje mais do que antes, de amplas ofensivas à república, por meio das fundações estatais, e a greve dos trabalhadores de saúde expõe a ditadura da contrarreforma do Estado brasileiro. Ademais, tivemos a discussão sobre ética em saúde e os dilemas cotidianos dos assistentes sociais, quando nos foi contado como se distancia o SUS constitucional do SUS pós-contrarreforma.

Foi apontada a necessidade de ultrapassar as práticas burocratizantes e de stress, que são as atividades dos assistentes sociais. Por isso, ao escrevermos que uma determinada relação não é de nossa competência, implica em retardamos a possibilidade de um dia trabalharmos com aquele fato que nos mobiliza. Costumamos, assim, afirmar que, enquanto aceitarmos fazer, vamos continuar fazendo. Esta tem sido a máxima, a palma de negociação em resistência, que faz superar essas atividades de stress e burocratizantes. Isso certamente não se dá de modo rápido nem fácil, mas é possível que paulatinamente possamos ir construindo nossa história. Foi apontada a necessidade de materialização do projeto ético-político profissional, enquanto desafio e necessidade de viver politicamente nossas tessituras no cotidiano. Alexandra Mustafá nos chama a atenção de que o nosso papel é único e indispensável no processo de transformação da sociedade.

Tivemos ainda, ao longo desses dias, debates calorosos sobre o documento dos Parâmetros. O documento já havia sido discutido em 84 debates, envolvendo ao todo cinco mil pessoas. Uma das questões apontadas foi a necessidade de socializar o movimento para as instituições, os usuários, os empregadores e os profissionais de outras categorias. Tivemos também a discussão acerca das residências dos profissionais de serviço social na saúde, formação em saúde caracterizada como treinamento em serviço, com base no princípio do projeto profissional do serviço social e do projeto de reforma sanitária.

Neste contexto, faz-se necessária a resistência da classe trabalhadora e a defesa intransigente dos direitos socialmente constituídos na luta pela emancipação política, tendo como ótica a superação das desigualdades sociais. A diretoria do CRESS 4ª Região, através de sua Comissão Temática de Saúde, vem desenvolvendo atividades, participando de discussões e integrando os movimentos estabelecidos em defesa da coletividade. Essa comissão é composta pela categoria e é com ela que se faz e se materializa.

Gostaria de estar registrando que, de 1932, quando foi criado o Centro de Estudos de Ação Social (CEAS), entidade que seria fundadora e mantenedora da primeira escola de serviço social do país, até os dias atuais, muito mudamos. Discutimos, construímos e desconstruímos, e construímos novamente. A produção das relações sociais é, como sabemos, reprodução de um determinado ponto de vista no cotidiano, valores, práticas culturais e políticas, e do polo onde se produz as ideias na sociedade. Ideias que se expressam por assistentes sociais com aspectos culturais, padrões de comportamento que acabam por permear todas as relações da sociedade, embora possa haver um hiato entre as intenções do profissional, o trabalho que ele realiza e os resultados que ele produz. Mas, ao mesmo tempo, trata-se de uma oportunidade permanente de elaboração, por meio da qual o movimento social contribua para criar as condições de produção de uma sociedade, a mesma que cria e recria os conflitos resultantes dessa relação, mas também acena com a possibilidade de sua superação. Muito obrigada.



PROGRAMAÇÃO

SEMINÁRIO NACIONAL DE SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE

8, 9 E 10 DE JUNHO DE 2009

CENTRO DE CONVENÇÕES DE PERNAMBUCO

PROGRAMAÇÃO

8 DE JUNHO – MANHÃ – 8 às 13 h

8 às 9 h: ABERTURA

- CFESS
- CRESS/PE
- ABEPSS
- ENESSO Regional: Jonathas Soares
- FENTAS: Francisco Batista Júnior
- Fórum das Entidades dos Usuários do CNS

9 às 12 h – Mesa Redonda: Impactos da Crise Contemporânea na Seguridade Social: desafios postos aos assistentes sociais na saúde

- Ivanete Boschetti (CFESS/UnB)
- Maria Inês Souza Bravo (UERJ)

8 DE JUNHO – TARDE – 14 às 18 h

PLENÁRIAS SIMULTÂNEAS

Plenária 1: Política de Saúde Mental e os Serviços Substitutivos aos Hospitais Psiquiátricos: a inserção de assistentes sociais

- Lúcia Cristina dos Santos Rosa (UFPI)
- Conceição Maria Vaz Robaina (FIOCRUZ)

Plenária 2: O Serviço Social e as Contradições da Estratégia da Saúde da Família e do NASF

- Vera Maria Ribeiro Nogueira (UFSC)
- Sâmbara Paula Ribeiro (UECE/CFESS)

Plenária 3: Participação social e Mobilização Popular em Saúde

- Francisco Batista Júnior (CNTSS e pres. do Conselho Nacional de Saúde)
- Maria Eliane de Almeida Vaz (Central de Movimentos Populares em Saúde)
- Maria Lúcia Durigueto (UFJF)

Plenária 4: Saúde e Trabalho: impactos nas condições de trabalho dos assistentes sociais

- Jussara Maria Rosa Mendes (PUC/RS)
- Rosa Lúcia Prêdes Trindade (UFAL)

9 DE JUNHO – MANHÃ – 9 às 12 h

Mesa Redonda: Ética e Bioética em Saúde: dilemas do cotidiano dos assistentes sociais pensados à luz do projeto ético político profissional

- Gysélle Saddi Tannous (Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP - do CNS)
- Maria Alexandra da Silva Monteiro Mustafá (UFPE)
- Maurílio Castro de Matos (UERJ e SMS/DC)

9 DE JUNHO – TARDE – 14 às 18 h

Mesa Redonda: “Parâmetros para a atuação de assistentes sociais na saúde” em debate

- Rodriane de Oliveira Souza (HUPE/UVA/CFESS)
- Maria Valéria Costa Correia (UFAL)
- Regina Miotto (UFSC)

10 DE JUNHO – MANHÃ – 9 às 12 h

Mesa Redonda: Desafios à formação em serviço: a inserção do assistente social nas residências multiprofissionais e em Serviço Social na Saúde

- Ana Maria de Vasconcelos (UERJ)
- Heloísa Helena da Silva (UFJF)
- Hélder Boska de Moraes Sarmento (UFSC)

10 DE JUNHO – TARDE – 14 às 17 h

Mesa Redonda: A proposta das Fundações Estatais de Direito Privado e seus impactos na (des)estruturação do SUS

- Sara Granemann (UFRJ)
- Marlon Weichert (MPF/São Paulo)

10 DE JUNHO – TARDE – 17 às 18h

Mesa de Encerramento: Desafios do Conjunto CFESS/CRESS na Luta pelo Direito à Saúde e Projeto Ético Político Profissional

- Soraya Uchoa Cavalcante (CRESS/PE)
- Marinete Cordeiro Moreira (INSS/CFESS)



CFESS
CONSELHO FEDERAL
DE SERVIÇO SOCIAL

WWW.CFESS.ORG.BR