



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE - UFCG
CENTRO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS E SOCIAIS - CCJS
UNIDADE ACADÊMICA DE DIREITO E SERVIÇO SOCIAL
CURSO DE BACHARELADO EM SERVIÇO SOCIAL

CAMILA CASIMIRO

EQUIPE MULTIPROFISSIONAL: uma análise dos desafios e possibilidades da
atuação do/a Assistente Social no Hospital Regional de Sousa/PB

SOUSA – PB
2017

CAMILA CASIMIRO

EQUIPE MULTIPROFISSIONAL: uma análise dos desafios e possibilidades da atuação do/a Assistente Social no Hospital Regional de Sousa/PB

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Curso de Graduação em Serviço Social, da Universidade Federal de Campina Grande, como requisito parcial à obtenção do título de bacharel.

Orientador: Prof^a. Palloma Maria Gomes Jácome

SOUSA – PB
2017

CAMILA CASIMIRO

Aprovada em: _____ de _____ de 2017

*Prof.^a Palloma Maria Gomes Jácome (UFCG)
Orientadora*

*Prof.^a Gláucia Maria de Oliveira Carvalho (UFCG)
1^o examinador*

*Marta Lopes de Oliveira
(Assistente Social)
2^o examinador*

SOUSA – PB
2017

Dedico este trabalho aos meus pais Graça e Josué.

AGRADECIMENTOS

À DEUS pela sua infinita bondade e misericórdia para comigo.

Aos meus pais, por todo amor constante, em nenhum momento mediram esforços para me ajudar no que precisasse. Meu Amor Infinito.

Meus familiares: irmãos, primos (as), tios (as) e Vó Ediniz, meu agradecimento por todo apoio, por se fazerem presentes em todos os momentos da minha vida e vibrarem comigo a cada conquista. Meu avô Chico e Tico, e minha avó Maria, minhas eternas saudades.

Ao meu namorado, por todo apoio, paciência e companheirismo durante esses anos.

As minhas amigas do **IB**- Ihane, Iohany, Rayane, Kamila Bezerra, Kamila Gomes e Segislane, Laelma e Judson- por todas as partilhas e risadas, por tornar as manhãs mais leves, assim como a caminhada acadêmica. Que essa amizade se estenda para além dos muros da Universidade. Sentirei saudades de todos os momentos que passamos juntas, que não foram poucos.

A todos os professores que compõem o curso de Serviço Social. Em especial à Cibelly, Luan, Eliane, Marcelo e Conceição, pelo exemplo de profissionais.

A minha orientadora Palloma, por todas as contribuições e paciência durante a construção deste trabalho. Minha admiração por você como pessoa e profissional.

E por fim, aos profissionais ao qual convivi durante o período do estágio, seja no CREAS ou no HRS. Minha gratidão e admiração.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIS- Ações Integradas de Saúde

CAPs- Caixas de Aposentadorias e Pensões

CEAS- Centro de Estudo e Ação Social de São Paulo

CEBES- Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

FHC- Fernando Henrique Cardoso

HMI- Hospital Materno Infantil

HRS- Hospital Regional de Sousa

IAPs- Institutos de Aposentadorias e Pensões

INAMPS- Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

LBA- Liga Brasileira de Assistência

LOPS- Lei Orgânica de Previdência Social

OMS- Organização Mundial da Saúde

SENAI- Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial

SESI- Serviço Social da Indústria

SINPAS- Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social

SUDS- Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

SUS- Sistema Único de Saúde

RESUMO

O presente trabalho tem como objetivo fazer uma análise do trabalho multiprofissional em que os assistentes sociais estão inseridos no Hospital Regional de Sousa/PB. A discussão acerca do trabalho multiprofissional perpassa pelas últimas três décadas, contudo poucos são os trabalhos e artigos que abordam a temática. O trabalho multiprofissional, segundo Vasconcelos (2010, p. 45) é uma “[...] gama de disciplinas que propomos simultaneamente, mas sem fazer aparecer as relações existentes entre elas.” Para tanto, buscou-se analisar os desafios postos nas condições de trabalho e as possibilidades na resolutividade e viabilização das demandas pelo trabalho multiprofissional na política de saúde. Nesse sentido, realizou-se um estudo bibliográfico sobre os desafios, conquistas e retrocessos da Política de Saúde e do Serviço Social no Brasil, no escopo de compreender o real, as relações que se apresentam por traz da aparência como numa pseudoconcreticidade (Kosik, 2011). Os dados extraídos foram analisados a partir da perspectiva crítica dialética; através de uma pesquisa empírica em dias alternados - devido os profissionais trabalharem por plantões de 24hrs - com 30% dos assistentes sociais do HRS, a partir questionário estruturado, com perguntas abertas e fechadas. Os resultados da pesquisa proporcionaram compreender como se processa a atuação dos assistentes sociais, as suas atribuições e competências, bem como sua inserção e relevância da equipe multiprofissional.

Palavras-chaves: Equipe Multiprofissional, Serviço Social, Política de Saúde;

ABSTRACT

This study aims to analyze the multiprofessional work in which social workers are inserted in the Regional Hospital of Sousa / PB. The discussion about multiprofessional work has been going on for the past three decades, but there are few papers and articles about the subject. According to Vasconcelos (2010, p. 45), multiprofessional work is a "[...] range of disciplines that we propose simultaneously, but without showing the existing relations between them." In order to do so, we sought to analyze the challenges posed in the working conditions and the possibilities in the resolution and viability of demands for the multiprofessional work in health policy. In this way, a bibliographic study was conducted about challenges, achievements and setbacks of Health Policy and Social Work in Brazil, in the scope of understanding the real, the relations that appear behind the appearance as a pseudoconcreteness (Kosik, 2011). The extracted data were analyzed from the dialectical critical perspective; through an empirical survey every other day - because the professionals work for 24hr shifts - with 30% of HRS social workers, from a structured questionnaire with open and closed questions. The results of the research provided an understanding of how the work of social workers, their attributions and competences, as well as their insertion and relevance into the multiprofessional team

Keywords: Multiprofessional Team, Social Work, Health Policy;

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	10
2 POLÍTICA DE SAÚDE NO CENÁRIO BRASILEIRO: BREVE HISTÓRICO.....	13
2.1 Política de Saúde no cenário brasileiro: esboço histórico.....	13
2.2 A Política de Saúde em tempos neoliberais.....	20
3 SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE: A ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL.....	29
3.1 Trajetória histórica do Serviço Social no Brasil.....	29
3.2 A inserção do Serviço Social na Política de Saúde no Brasil.....	42
4 EQUIPE MULTIPROFISSIONAL E SERVIÇO SOCIAL: UMA ANÁLISE DE INSERÇÃO NO HOSPITAL REGIONAL DE SOUSA/PB.....	52
4.1 Trabalho interdisciplinar x trabalho multiprofissional: similitudes e antagonismos.....	52
4.1.1 Caracterização do Hospital Regional de Sousa/PB.....	56
4.1.2 Perfil dos profissionais entrevistados.....	57
4.1.3 Recorte do trabalho multiprofissional: possibilidade e desafios a partir das reflexões dos profissionais.....	69
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	65
6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	67
7 APÊNDICES.....	72

1 INTRODUÇÃO

A política de saúde no Brasil é permeada por diversos debates, sendo o mais significativo ocorrido no processo de redemocratização dos anos 80, onde “contou com a participação de novos sujeitos sociais na discussão das condições de vida da população brasileira e das propostas governamentais apresentadas para o setor, contribuindo para um amplo debate que permeou a sociedade civil.” (BRAVO, 2009, p.3). Destarte, esses sujeitos formaram o movimento sanitário, onde lutavam por uma saúde universal e que fosse dever do Estado, em que todos assalariados ou não, tivessem direito e acesso a mesma. O saldo desse movimento resultou na adoção de várias propostas na Constituição Federal de 1988 e logo após a implementação do SUS. Esse último ampliou os espaços de atuação dos profissionais, inclusive em equipe inter e multiprofissional.

O referido Trabalho de Conclusão de Curso, tem como propósito discutir sobre o trabalho multiprofissional, no qual os assistentes sociais se inserem, especificamente, no Hospital Regional de Sousa/PB. O interesse pela pesquisa resultou do Estágio Curricular Obrigatório II, no Hospital Materno Infantil de Sousa HMI/PB – que por sua vez, encontra-se atualmente situado no Hospital Regional de Sousa- PB¹.

O estágio se deu entre o período de julho à setembro de 2016, em que na oportunidade foi possível observar a partir das demandas institucionais, das necessidades oriundas dos usuários, bem como das atribuições privativas do Assistente Social, a necessidade de responder e/ou viabilizar a tais demandas por meio do trabalho multiprofissional e interdisciplinar, quais sejam, atendimentos psicossocial aos pacientes vítimas de abuso sexual, violência doméstica, maus tratos, abandono e negligência, entre outros, mediação e orientação social sobre transferência hospitalar, encaminhamentos, exames, óbito e alta hospitalar, orientação e acompanhamento à familiares e acompanhantes de pacientes.

¹ O Hospital Materno Infantil Dr. Antônio Paiva Gadelha (HMI) foi transferido para o Hospital Regional de Sousa-PB, em dezembro de 2016, devido ao incêndio que ocorreu em uma das enfermarias do hospital, o que acarretou risco de funcionamento e também a retirada dos pacientes e acomodação dos mesmos no HRS. Situação que se mantém até a presente data de elaboração deste trabalho.

Com o objetivo de analisar a atuação do(as) assistentes sociais inseridos em equipe multiprofissional, entende-se como necessário percorrer um caminho que seja da contextualização da Política de Saúde e a inserção do assistente social na referida política, o contexto sócio-histórico do Serviço Social, bem como conhecer como se estabelece a dinâmica do exercício profissional do assistente social e equipe multiprofissional entre suas possibilidades e desafios na conjuntura de neoliberalismo, para assim compreender como essas relações sociais se expressam no cotidiano profissional do Serviço Social no Hospital Regional de Sousa.

A realização do estudo deu-se a partir da perspectiva metodológica crítica dialética do marxismo, que permite compreender a realidade em constante movimento do real, podendo assim pensar a realidade de forma totalitária e dinâmica, perpassada por uma sociedade de classes com interesses antagônicos, como também lançar um olhar para além daquilo que está posto, ou seja, esse “[...] método de pesquisa que propicia o conhecimento teórico, partindo da aparência, visa alcançar a essência do objeto” (NETTO, 2011, p.22). Nesse sentido, o método materialismo histórico-dialético trará maior ênfase sobre a política de saúde e sobretudo o trabalho multiprofissional, tendo em vista que propicia apreender a política e o trabalho em equipe de modo mais abrangente.

Para elaboração deste trabalho utilizou-se autores, tais como Bravo (2009), Behring (2008), Netto (2011a), Yamamoto e Carvalho (2013), Vasconcelos (2010), no estudo bibliográfico que “[...] é desenvolvida com base em material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos” (GIL, 2009, p.44), que abordem a política de saúde, a inserção e atuação do assistente social e equipe multiprofissional na referida política, de forma a possibilitar o desenvolvimento sobre a temática aqui estudada; e realizou-se uma pesquisa qualitativa, no qual segundo a autora Minayo (2012, p. 21) “a pesquisa quantitativa responde a questões muito particulares [...] ela trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e atitudes”.

A apreensão dos dados se deu no Hospital Regional de Sousa -em decorrência da transferência do HMI para o referido hospital- com os assistentes sociais, numa amostragem de 30% desses profissionais, onde no universo de quinze (15) profissionais foram entrevistados cinco (5). Salienta-se que esses profissionais passaram a atender as demandas do hospital de forma geral, não havendo mais

separação entre as demandas específicas da maternidade/pediatria das demandas próprias do HRS.

A pesquisa foi realizada em março de 2017, em dias variados- pelo fato dos profissionais trabalharem por plantões com carga horária de 24 horas- e por meio de um questionário estruturado com perguntas abertas e fechadas, a fim de compreender como os assistentes sociais apreendem o trabalho multiprofissional na referida instituição. Saliencia-se que na pesquisa leva-se em conta as questões éticas, prezando pelo sigilo dos dados e nome dos entrevistados. Os nomes dos profissionais serão fictícios e elaborado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Com relação a estrutura do trabalho, está dividido em três capítulos: o primeiro aborda um breve contexto sócio-histórico da saúde, a partir da década de 30, perpassando pelos modelos assistencialista e privatista, a implementação da Constituição Federal de 1988 - que foi possível à saúde, ser vista como um direito fundamental, aplicada ao Sistema Único de Saúde – SUS, e apresentando o saldo atual da saúde no Brasil com a política neoliberal.

No segundo capítulo discorre-se sobre a trajetória histórica do Serviço Social, desde suas protoformas ligadas a Igreja Católica, em que a prática profissional era voltada para caridade e filantropia até o Processo de Renovação do Serviço Social, sinalizando os seus três momentos, sobretudo o último, a qual trouxe a aproximação com a teórica crítica dialética, permitindo a análise da inserção do assistente social na política de saúde.

Por fim no terceiro capítulo discute-se acerca da prática multiprofissional e traz os resultados da pesquisa no que se refere apreensão dos assistentes sociais que atuam no Hospital Regional de Sousa nesses espaços interdisciplinares.

Diante do exposto, o trabalho contribuirá para o âmbito acadêmico e pesquisadores da área, sobretudo do Serviço Social, tendo em vista que poucos são os textos, artigos que abordam a temática; para os profissionais da saúde que compõe a equipe multiprofissional, no sentido de ressaltar a importância que tem o trabalho em equipe e do assistente social; e trará suas contribuições para os usuários, em vista de fortalecer o atendimento e serviços desempenhados pela equipe multiprofissional.

2 POLÍTICA DE SAÚDE NO CENÁRIO BRASILEIRO: BREVE HISTÓRICO

2.1 Breve contexto sócio-histórico sobre a política de saúde no Brasil

A política de saúde ao longo dos anos perpassou por diversas mudanças históricas, essas que vão desde as ações de caridade, filantrópicas até o reconhecimento da saúde enquanto direito previsto na Constituição Federal de 1988.

A saúde em suas primeiras formas era baseada em um modelo curativo e sem a intervenção do poder público. Segundo Bravo (2009, p.89):

[...] No século XVIII, a assistência médica era pautada na filantropia e na prática liberal. No século XIX, em decorrência das transformações econômicas e políticas, algumas iniciativas surgiram no campo da saúde pública, como a vigilância do exercício profissional e a realização de campanhas limitadas. Nos últimos anos do século, a questão saúde já aparece como reivindicação no nascente movimento operário. No início do século XX, surgem algumas iniciativas de organização do setor saúde, que serão aprofundadas a partir de 30.

A autora ainda traz a ideia que, a Saúde no Brasil foi reconhecida como “questão social”² no século XX, com o surgimento do trabalho assalariado no contexto da economia agroexportadora. Além disso, nos anos 20 como forma de expandir o atendimento à saúde destinada à população é instituída a reforma Carlos Chagas, como também no mesmo século foi criada a partir da Lei Elói Chaves³ as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs)⁴, tinham o intuito de responder

² “A questão social não é senão as expressões do processo de formação e desenvolvimento da classe operária e de seu ingresso no cenário político da sociedade, exigindo seu reconhecimento como classe por parte do empresariado e do Estado. É a manifestação, no cotidiano da vida social, da contradição entre o proletariado e a burguesia, a qual passa a exigir outros tipos de intervenção mais além da caridade e repressão” (IAMAMOTO; CARVALHO, 2013, p.85)

³ A Lei Elói Chaves, foi instituída em 1923, como forma de conter as tensões sociais, que emergiam na época devido as precárias condições de trabalho dos operários. Dessa forma, a Lei significou um marco em relação à saúde do trabalhador, tendo em vista que houve uma ampliação da assistência médica e respostas as demandas das condições de higiene dos operários (MEDEIROS, 2010).

⁴ As Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs) foi criada a partir da Lei supracitada, tendo como objetivo a destinação de serviços equivalente as contribuições dos segurados, dentre esses serviços estavam a “assistência médica-curativa e fornecimento de medicamentos, aposentadoria por tempo

demandas referentes a saúde dos trabalhadores que estavam inseridos no mercado de trabalho e eram financiadas pelos próprios trabalhadores e as grandes empresas, que tinham um número relevante de segurados, bem como pela União⁵. Os benefícios da CAPs eram usufruídos pelos segurados de acordo com a contribuição e aqueles que não contribuía ficavam a mercê da filantropia e caridade da sociedade e das Santas Casas.

Em decorrência do processo de industrialização, que paulatinamente foi substituindo a economia cafeeira, propiciou a constante imigração do campo para cidade, resultando uma urbanização acelerada, em que a população vivia de forma aglomerada e condições precárias. O que ocasionou as reivindicações da classe trabalhadora, e estas requisitaram do Estado uma intervenção por meio de políticas públicas e de aparelhos que auxiliassem os trabalhadores diante do desemprego, das precárias condições e das excessivas horas de trabalho e outros, resultante deste novo processo de acumulação do capital. (BRAVO, 2009).

A política de saúde desenvolvida nesse período tem como suporte dois eixos de ação: a saúde pública e medicina previdenciária. A primeira tinha o intuito de propiciar condições mínimas para a população, porém com atendimentos limitados à população do campo, e dava-se por meio de campanhas sanitárias; já a segunda tinha como objetivo conter as tensões da classe trabalhadora, expandido o número de segurados acrescentando outros setores de trabalho formal, e para tanto foram criados os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) (BRAVO, 2009).

Esses institutos tiveram uma rápida inserção de segurados propiciando uma redução nos gastos. Sendo assim, no modelo de previdência passou a prevalecer concentração dos recursos financeiros e deixando a desejar nos benefícios destinados aos segurados (OLIVEIRA; TEXEIRA, 1986).

Dessa forma, nos anos de 1964 até o decurso da década de 70, o Brasil vivenciou o Golpe Militar, no qual a democracia perdeu força, os problemas estruturais foram cada vez mais agudizados e o Estado passou a intervir na “questão social” mediante,

[...] o binômio repressão-assistência, sendo a política assistencial ampliada, burocratizada e modernizada pela máquina estatal com a

de serviço, velhice e invalidez, pensão para os dependentes e auxílio funeral” (BRAVO, 2009, p. 90). Vale ressaltar que as CAPs foram destinadas inicialmente para os ferroviários.

⁵ O financiamento, de acordo com Conh et al. (2015, p. 15) adivinha da “contribuição compulsória de empregados e empregadores (3,0% do salário e 1,0% da renda bruta da empresa) e da União (1,5% das tarifas de serviços).”

finalidade de aumentar o poder de regulação sobre a sociedade, suavizar as tensões sociais e conseguir legitimidade para o regime, como também servir de mecanismo de acumulação do capital (BRAVO, 2009, p.93).

Com relação à saúde, em 1966, teve-se a união da Previdência Social com as IAPs, com a finalidade de amplificar a intervenção do Estado e da redução da participação dos trabalhadores na cena política ficando na situação de meros financiadores. Essa reorganização e a incorporação de tendências capitalistas na saúde ocasionou a decadência da saúde pública e deu visibilidade a privatização dos serviços, a medicina previdenciária (BRAVO, 2009).

Nesse contexto, as doenças que tomavam grandes proporções populacionais, ficavam sob encargo do Ministério da Saúde, já a previdência social ficava apenas com a incumbência do atendimento individual, sendo assim, só tinha acesso aqueles que contribuíam com a previdência. De fato, a mercantilização da saúde tomou notoriedade e se destacou, durante o período ditatorial, que assumiu tendências capitalistas adivinhas do exterior; as práticas curativas continuaram e para a saúde coletiva não foi dada a devida importância havendo uma significativa redução dos gastos públicos, de forma que a saúde previdenciária prevaleceu (BRAVO, 2011)

Em decorrência da nova estrutura que a saúde tomou no cenário da ditadura militar, em que o setor previdenciário ganhou ênfase, sendo implementadas novas formas de organizações do atendimento médico a saúde, por meio da abertura dada aos serviços terceirizados, no qual cabia ao Estado financiar o setor privado para que esse pudesse se expandir trazendo mais lucratividade para o capital. Esses investimentos se davam através “financiamento a hospitais privados e credenciamento para a compra de serviços e convênios com empresas” (BRAVO, 2011, p. 61-62).

Nos anos de 1974-1979, a autora traz a ideia que, em meio à crise econômica e de legitimação do sistema ditatorial, não mais conseguindo perpetuar sua hegemonia, é que o Estado busca novas estratégias para responder as demandas oriundas da “questão social” e conter as reivindicações populares. A saúde sofre algumas consideráveis mudanças, não rompe com o modelo de privatização da saúde, porém espaços de questionamentos sobre a política de saúde são abertos para algumas dimensões da sociedade civil (BRAVO, 2011 apud SILVA, 1984; ESCOREL, 1987).

Algumas ações são direcionadas para a política de saúde, no pós-74, dentre elas está implantação do Plano de Pronto Ação, onde tinha como intuito dá uma atenção à saúde previdenciária, organizando-a e disciplinando-a, por meio da universalização do atendimento de emergência. Esse Plano de fato contribuiu para desburocratizar os serviços de emergência e possibilitou a articulação da atuação previdenciária e os órgãos que eram associados a esse. Todavia sua expansão dificultou a fiscalização nos atendimentos, ocorrendo diversas corrupções nos hospitais; outro foi o Sistema Nacional de Saúde, em que se buscou regularizar a união com outras instituições que atuavam na saúde.

O Sistema Nacional de Saúde, tinha um projeto inicial voltado para a responsabilização do Estado no que se refere a intervenção desse na saúde, passando a criticar o projeto liberal e o fortalecimento da privatização. Contudo, isso gerou alguns desconfortos, que acarretou na modificação do projeto, a qual inclui algumas regras para a previdência médica privada e empresarial (BRAVO, 2011).

Outros aparatos implementados nessa época, segundo a autora, foi o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (Sinpas), que se dividiu em órgãos que possuíam suas autonomias, como o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) e outros. O Sinpas propunha um modelo de seguridade por meio da universalização, ao invés do sistema de seguridade proposto até então. Os Inamps, era uma continuação desse modelo de seguridade, por buscar separar o atendimento médico da ideia de vínculo com a previdência social. Essas propostas não tiveram eficácia tanto por não possuírem uma estrutura financeira, quanto por não desvincular e fiscalizar os setores médicos privados (OLIVEIRA e TEXEIRA, 1986).

Vale ressaltar que o Sinpas e Inamps, não conseguiram avanços significativos. O primeiro pela não capacidade de agregar as questões curativas e preventivas; o segundo por manter as práticas curativas, o acesso a saúde por meio da contribuição à previdência e a permanência do setor privatista (BRAVO, 2011).

Somente nos anos 1979, que os considerados sanitários começaram a adentrar e assumir cargos na previdência social e nos Ministério de Saúde como forma de fortificar e lançar um novo olhar para a saúde pública. Estes progressistas que se organizavam para defender a saúde pública, logo foram chamados de movimento sanitário, em que promoveram debates e estudos a acerca da saúde coletiva, que teve como incentivador o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

(Cebes) instituído em 1975. Os estudos e debates decorrentes dos encontros realizados pelos sanitaristas demonstraram que no decorrer das modificações no âmbito da saúde, sendo associada com a economia centralizadora, acarretou e agudizou as condições de vida, saúde e higiene da população, tornando-os mais frágeis a contrair doenças (BRAVO, 2011).

Dito isto, a conjuntura nos anos de 74 à 79, no que tange a saúde,

[...] enfrentou permanente tensão entre a ampliação dos serviços, a disponibilidade de recursos financeiros, os interesses advindos das conexões burocráticas, entre setores estatal e empresarial médico, e a emergência do movimento sanitário. As reformas realizadas na estrutura organizacional não conseguiram reverter a ênfase da política de saúde, caracterizada pela predominância da participação da Previdência Social, através de ações curativas, comandadas pelo setor privado (BRAVO, 2011 p. 78).

Nesse sentido, na década de 80, vivenciava-se o processo de transição para democracia, muitos movimentos sociais entram no cenário social reivindicando por melhores condições de vida, saúde, trabalho; opondo-se as mercantilização e/ou privatização da saúde, questionavam a ordem vigente. A questão da saúde e da democracia foi sendo colocada cada vez mais em pauta.

Destarte, ocorreram vários debates questionando e propondo mudanças para a política de saúde brasileira, dentre eles a Reunião de Trabalho sobre Ações Integradas de Saúde (AIS), a XVIII Reunião do Conass, a qual foi sediada em Belo Horizonte e outros. Essas discussões reuniram propostas que foram levadas para o V Simpósio sobre Política Nacional de Saúde da Câmara dos Deputados, em 1984, em que teve a participação de seguimentos da sociedade através de entidades representativas, de parlamentares, secretários de saúde e outros (BRAVO, 2011).

Após o evento nacional, os deputados presentes produziram um relatório final com as sugestões apresentadas no evento que podiam contribuir para a política de saúde, no qual propunham a universalização dos serviços, não só da saúde, mas também da educação, habitação e outro; no relatório também apresentavam a saúde como um direito do Estado, associavam a melhoria da saúde com as condições de vida da sociedade e que deveriam ser abertos espaços de participação da sociedade em torno do tema (REVISTA SAÚDE EM DEBATE, N. 17, 1985).

Como marco nesse processo a 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, configurou-se como um divisor de águas e deu mais visibilidade em torno dos debates sobre a saúde, teve como intuito formar uma consciência sanitária, pôr em pauta o reconhecimento do Estado, o Sistema Único de Saúde (SUS) - que propõe a cisão da saúde ao setor da previdência, a Reforma Sanitária e a busca pela inserção das demandas na agenda política, de modo a politizar a saúde (BRAVO, 2009). Dito isto, é importante ressaltar que os seguimentos mercantis da saúde como uma forma de protestar ao ideário proposto pela conferência de entender a saúde como um direito e dever do Estado, optaram por não participaram de tal evento. Em consonância com a autora, logo após a referida Conferência, foi instituído no ano de 1987, o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS). Esse foi relevante para questão a descentralização da política de saúde nas esferas de níveis federal, estadual e municipal.

Dessa forma, os debates realizados, nesse período pelas mais diversas dimensões da sociedade civil, profissionais da saúde, movimentos sociais e partidos políticos foram acerca das condições de vida e saúde da população por meio de um Sistema Único de Saúde, sendo sobretudo discutido e proposto

[...] universalização do acesso; a concepção de saúde como direito social e dever do Estado; a reestruturação do setor através da estratégia do Sistema Unificado de Saúde visando um profundo reordenamento setorial com um novo olhar sobre a saúde individual e coletiva; a descentralização do processo decisório para as esferas estadual e municipal, o financiamento efetivo e a democratização do poder local através de novos mecanismos de gestão – os Conselhos de Saúde. (BRAVO, 2009, p. 96).

Nesse contexto de redemocratização da sociedade, a classe trabalhadora se insere no cenário político reivindicando para que seus direitos fossem assegurados. Portanto, foi a partir da Constituição de 1988, que a cidadania e os direitos sociais passaram a ser reconhecidos expressando uma nova compreensão sobre a Política de Saúde, inserindo-a na Seguridade Social juntamente com assistência e previdência social.

Alguns dos princípios do texto constitucional são bandeiras de lutas do movimento sanitário, dentre eles,

- O direito universal à Saúde e o dever do Estado, acabando com discriminações existentes entre segurado/não segurado, rural/urbano;
- As ações e Serviços de Saúde passaram a ser considerados de relevância pública, cabendo ao poder público sua regulamentação, fiscalização e controle;
- Constituição do Sistema Único de Saúde integrando todos os serviços públicos em uma rede hierarquizada, regionalizada, descentralizada e de atendimento integral, com participação da comunidade (BRAVO, 2009, p.97).

O Sistema Único de Saúde (SUS), foi implementado a partir da Constituição Federal de 1988, caracterizando como um marco na política da saúde, por de fato desvincular a saúde da previdência social e assim torna-se um direito universal. O SUS colocado que foi pautado em vários debates ao longo da transição da democracia, como resultado da Reforma Sanitária, que emergiu na década de 70. Dessa forma, o SUS é a materialização da Reforma Sanitária, por defenderem uma saúde pública, uma intervenção mais abrangente do Estado no que se refere a política de saúde, diminuindo as desigualdades (RADIS Nº 49, 2006).

Entretanto, mesmo diante das lutas sociais, conquistas e avanços obtidos ao longo do processo de redemocratização, a exemplo, da implementação da CF/88, trazendo consigo o direito universal à saúde e a compreensão da mesma como proteção social, tem-se nos anos de 1990 os efeitos nefastos do projeto da política neoliberal, que emerge no governo de Collor de Melo, mas que passa a ter um maior desenvolvimento no governo de Fernando Henrique Cardoso (FHC). O neoliberalismo é uma estratégia do Estado para enfrentar a crise e manter a acumulação e hegemonia do capital, tem como objetivo o desmontes dos direitos sociais, desregulamentação das leis trabalhistas, desarticulação de movimentos e sindicatos. A política de saúde também sofre com a retração por parte do Estado, tendo os direitos conquistados em meados de 80 e princípios que norteiam o Sistema Único de Saúde assim: desrespeitados, desconsiderados ou desconstruídos (BRAVO, 2009).

Nos anos 2000, Luiz Inácio Lula da Silva, vence as eleições para presidente do Brasil, mantendo em seu governo a política neoliberal. No que tange a saúde, segundo a autora Bravo (2009), houve um fortalecimento para a saúde pública, como também uma abertura à saúde privatista voltada para o mercado.

Destarte, como forma de retomar alguns princípios de saúde conquistada em 80, que foi ferrenhamente questionada nos anos 90, o então presidente, passa a contratar profissionais vinculados ao projeto de Reforma Sanitária para fazer parte do Ministério de Saúde, sendo instituída três secretarias (Secretaria de Gestão do Trabalho em Saúde, a de Atenção à Saúde e a de Gestão Participativa), bem como foi realizado a 12ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), com intuito de elaborar propostas de saúde para serem absorvidas pelo governo. Já com relação à continuidade do projeto privatista, manteve-se os cortes de recursos para saúde, focalização, precarização dos serviços e terceirização dos recursos humanos (BRAVO, 2009)

Portanto, como já mencionado, a política de saúde sofreu diversas mudanças ao longo dos anos, tornou-se um ganho conquistado através da mobilização da classe trabalhadora e sociedade civil, no entanto pelos rebatimentos da política neoliberal sofreu diversos obstáculos para sua efetivação como política. Tal ideologia leva a precarização, focalização e má qualidade dos serviços de saúde ofertados, como também a constante tendência da privatização, a qual deveria ser apenas complementar.

2.2 A Política de Saúde em tempos neoliberais

A ideologia neoliberal, segundo Perry Anderson (1995), emerge quando o modelo econômico vigente até o pós-guerra, na década de 70, entra em crise sofrendo excessivas quedas das taxas de lucros e elevação das taxas de inflação. A ideologia neoliberal que já era propagada por Hayek e seus amigos e tinha o intuito de refutar o keynesianismo e o solidarismo, ganhou visibilidade nesse cenário de crise. Para esses, a crise teve como base a força dos sindicatos e principalmente aos movimentos operários, que passaram a reivindicar por melhores condições de trabalho e salário, de modo que o Estado passou a ter mais gastos com o social, afetando o desenvolvimento do capital, levando assim a crise geral. Nessa perspectiva, com o objetivo de superar a crise e retomar as elevadas taxas de lucro, o Estado passa a utilizar de mecanismos para enfraquecer os sindicatos criando taxas consideráveis de desemprego, bem como reduzir os gastos sociais.

A política neoliberal foi sendo implementada gradativamente em diversos países e governos, como na Inglaterra, nos 1979, quando o presidente Thatcher passou a desenvolver os ideários neoliberais em seu governo, sendo considerado por Anderson (1995), o precursor de tal ideologia e o governo que, de fato, utilizou de todas as artimanhas do neoliberalismo,

[...] contraíram a emissão monetária, elevaram as taxas de juros, baixaram drasticamente os impostos sobre os rendimentos altos, aboliram controles sobre os fluxos financeiros, criaram níveis de desemprego massivos, aplastaram greves, impuseram uma nova legislação anti-sindical e cortaram gastos sociais. E, finalmente – esta foi uma medida surpreendentemente tardia –, se lançaram num amplo programa de privatização, começando por habitação pública e passando em seguida a indústrias básicas como o aço, a eletricidade, o petróleo, o gás e a água. Esse pacote de medidas é o mais sistemático e ambicioso de todas as experiências neoliberais em países de capitalismo avançado (ANDERSON, 1995, p. 12).

Por outro lado, de acordo com Anderson (1995), que tem a “honra” de ter sido o primeiro a implementar a ideologia neoliberal, no ano de 1973, foi Pinochet, no Chile. As medidas neoliberais tomadas em seu governo, pautou-se na privatização, no favorecimento aos ricos, no que se refere a distribuição de renda e outros, bem como teve grande influência norte-americana. Para Pinochet o neoliberalismo dava-se no rompimento da democracia e instauração da ditadura militar.

Nos países em que tinham governos esquerdistas, a exemplo da França, em que o governo era voltado para os movimentos sociais, a proteção social e de índices consideráveis de emprego, logo se viu obrigado pelo o mercado internacional a mudar de estratégia e aderir as medidas do neoliberalismo. Desse modo, é visível a hegemonia que o neoliberalismo alcançou ao longo do tempo, tendo em vista que até os governos que se diziam progressistas começaram a praticar e aplicar os ideários neoliberais (ANDERSON, 1995).

Para o autor, o objetivo do ideário neoliberal em conter as taxas de inflação, oriundas da crise de 70, alcançou índices significativos em alguns países, contudo, o crescimento da acumulação do capital, a estabilidade das taxas de elevadas de lucro não atingiu o esperado. Destarte, à medida que a desregulamentação financeira se mostrou mais favorável para o capital especulativo, um dos fatores foi a

abertura dos mercados internacionais, onde utilizou-se muito mais as transações monetárias.

A abertura para o mercado internacional é, chamado por Behring (2008), de mundialização. Essa mundialização acontece quando o Estado formula políticas de incentivo para o mercado internacional, de modo que passa arcar com despesas de infraestrutura das empresas, assegurar a venda ou escoamento das mercadorias, como também desregulamentar o mercado para manter a competitividade. Para tanto, essas desregulamentações para se adequar a necessidade do mercado perpassa as condições de trabalho e acarretam consequências, como a redução de emprego, salário e as contribuições sociais na previdência.

Dessa forma, o Estado passa a modificar as suas ações, intervenções e interesses diante da mundialização, em que há uma redução da democracia, por meio de políticas que se afastam da perspectiva do direito e participação eleitorais, sendo substituído, pela soberania de determinados poderes diante dos demais, a desarticulação da sociedade civil para intervir em determinadas decisões e outros (HUSSON 1994).

Para além, da modificação da direção interventiva do Estado perante a mundialização, ainda nesse contexto surge a crise fiscal. Essa se refere, do ponto de vista neoliberal, aos gastos significativos destinados as demandas dos trabalhadores, que passa a afetar diretamente a lucratividade e o crescimento econômico do capital. Desse modo, essa argumentação é falaciosa, sendo utilizada pelos neoliberais para controlar os gastos públicos e reorientar os gastos para o capital e assim legitimá-la.

Como já mencionado acima, diante da crise, o capital para elevar suas taxas de lucros precisa reestruturar sua produtividade, através da redução dos custos da produção, enfraquecimento dos sindicatos, desregulamentação dos direitos trabalhistas. Essa última é por meio da redução do mercado de trabalho, onde o trabalhador sai da situação de trabalhador formal para informal, acarretando assim nas terceirizações e subcontratações, bem como ficam desprotegidos, as condições de trabalho se tornam precarizadas, em vista da redução dos salários e dos direitos.

Acrescido a isso, o Estado utiliza de estratégias para enfraquecer os sindicatos e movimentos sociais, passando a não responder as demandas e/ou reivindicações da classe trabalhadora, também usa dos meios de comunicação para

mascarar e deturpar as lutas e resistências dos movimentos (MONTAÑO; DURIGUETTO, 2010).

Assim sendo, corroborando com a ideia de manipulação das opiniões, por via da disseminação de ideias nos meios midiáticos e nas comunidades pensantes, o Estado faz uso de uma “ofensiva ideológica”, que segundo Behring (2008, p. 65)

[...] para manter-se como hegemônico de organização econômica, política e social, num mundo tão inseguro e cujo sentido não se orienta para o atendimento das necessidades sociais da maioria das pessoas, mas para rentabilidade do capital, os arautos do neoliberalismo desencadearam inúmeras estratégias ideológicas e culturais. Dessa forma, buscaram constituir uma falsa consciência, a partir da difusão de uma visão de mundo conservadora da ordem existente, segundo o qual o mercado é uma grande utopia. Tais estratégias têm sido bastante eficazes para garantir o consentimento de amplos segmentos e evitar a radicalização da luta de classes. Para as expressões mais radicalizadas de demandas e insatisfações, restam o isolamento político e coerção violenta.”

Somado a isso, a autora ainda argumenta que a ideologia propagada no neoliberalismo chega ao fetichismo das mercadorias, onde as relações entre homens se dilui as relações entre coisas, em outros termos, disfarça a relação de exploração para as classes.

No Brasil, o neoliberalismo teve início no governo de Collor de Melo, nos anos de 1990, esse período foi marcado pela mundialização e contra-reforma, por retomar ideários burgueses. Dessa forma, Collor, tomou algumas medidas para tentar conter a inflação do país, onde sua primeira medida foi confiscar os ativos financeiros e logo após formular medidas para o crescimento da receita pública, estas ficaram conhecidas como “Plano Collor”⁶ (SANDRONI, 1992:262).

Todavia, com essas deliberações o então presidente poderia ter dado um novo rumo para reorganização financeira do país, mas pelo contrário, o Plano Collor fracassou pelo fato da má administração do plano, e também pela não aceitação dos burgueses dependentes das aplicações financeiras que estavam tendo prejuízo devido as tais medidas. Somado a isto, houve um crescimento do desemprego no país e uma crise econômica. Nesse sentido, Collor recorreu a outro plano, dessa vez

⁶ “Este plano se caracterizou por ser um programa de estabilização articulado a um projeto de mudanças estruturais, de longo prazo. No seu conjunto, constituiu-se numa reforma monetária, um ajuste fiscal e uma política de renda associada a medidas de liberalização do comércio exterior e uma nova política cambial” (SILVA, 2016 apud FILGUEIRAS, 2000).

reduziu os recursos públicos, implantou planos de privatizações e utilizou de estratégia para a abertura do mercado estrangeiro, como a diminuição de impostos em cima de mercadorias. Contudo, novamente pela não aprovação da população fracassou em seu plano e governo (TEXEIRA, 1994).

No que se refere a “abertura comercial”, houve um incentivo para os mercados internacionais, por meio de qualificações de tecnologias, programas para capacitar as indústrias, assim aumentando a competitividade. Por outro lado, não houve estímulos e investimentos tecnológicos destinados para a indústria nacional, o que ocasionou uma disputa desfavorável para as empresas brasileiras (BEHRING, 2008).

Diante do exposto, Collor foi o pioneiro da política neoliberal no Brasil. Apesar de ter conseguido conter a inflação do país, mesmo por curto período, a governança do Presidente, fechou-se em decisões para si e seus representantes, sem uma análise do social ou sem se relacionar com as classes sociais (TEXEIRA, 1994). O Presidente não procurou buscar saídas para o endividamento do país, o que acarretou a diminuição do crescimento econômico brasileiro. Para a autora, seu governo também foi perpassado por desmontes dos direitos alcançados durante a década de 80, sendo considerado, como uma tendência que se contrapõe a democracia, como também buscou desarticular os movimentos sociais e sindicais.

O neoliberalismo no governo de Collor, em suma caracterizou pela

[...] política antiinflacionária, evitou a hiperinflação por algum tempo, mas sem sustentabilidade, implementou uma reforma administrativa desastrosa, sob o argumento de diminuir o setor político, desarticulando-o; seu plano de privatização foi desenhado sem objetivos consequentes; realizou uma liberalização voluntarista sem medir o impacto sobre a diversificada e complexa estrutura industrial brasileira; e cortou subsídios agrícolas que levaram a caos à safra 1990-91 (BEHRING, 2008, apud CANO, 1994, p. 152).

Ainda segundo a autora, Collor governou o país por apenas 2 anos. Assim sendo, os movimentos sociais, que ficaram conhecidos como “caras pintadas”, que vão as ruas reivindicar pela democracia e direitos sociais e, principalmente, pelo impeachment de Collor. Nessa conjuntura, quem assume a presidência após o impeachment de Collor, é o vice Itamar Franco, que em meio a desestabilização e caos financeiro, teve que firmar acordos políticos para conseguir manter seu

governo. Um desses acordos foi com o Fernando Henrique Cardoso, que assumiu o Ministério da Fazenda, a qual na ocasião começou a desenvolver o “Plano Real”. O “Plano Real”, refere-se a um programa voltado para fortalecer a economia brasileira mediante a adoção de uma nova moeda, que seria o real, que foi implementado no Brasil em 1994.

Fernando Henrique Cardoso, candidato à presidência do Brasil do ano de 1995, momentos prévios a eleição disseminou um discurso manipulador para população brasileira. Em seu discurso induzia população a votar naquele que formulou o Plano Real e ao fazerem isto haveria uma melhoria significativa na inflação e conseqüentemente na economia, caso contrário, a desestabilização financeira iria perdurar. E foi com isso, que o FHC se elegeu por dois mandatos, do ano 1995 à 2003 (BEHRING, 2008).

Cabe destacar, que Plano Real de FHC, vem sendo articulado desde a reunião em Washington, em 1993, onde foi discutido assuntos sobre o fortalecimento da economia e foi proposto pelas instituições internacionais um acordo de refinanciar as dívidas antigas, sendo para ser concedido novas oportunidades de empréstimos. No entanto, para isso acontecer, o Brasil deveria reduzir o seu controle estatal diante dos mercados deixando mais livres para as negociações. O acordo levou a sobrevalorização do câmbio e abertura comercial, se tornando possível o controle da inflação. (BEHRING, 2008).

As autoridades responsáveis pela economia monetária brasileira foram desmoronando, tendo que compensar os pagamentos requerendo recursos financeiros para os entes internacionais. Desse modo, tanto a sobrevalorização do câmbio, quanto abertura comercial acarretou a contenção do desenvolvimento mercado nacional, onde sua ampliação econômica traria riscos para os objetivos de estabilização financeira do governo, tendo o vista que as empresas deveria se adequar aos mercados internacionais (BEHRING, 2008).

Outro aspecto levantado pela autora refere-se às indústrias, a qual o governo propicia estímulos para o desenvolvimento destas, por meio de estratégias como a renúncia fiscal. Isso traz conseqüências para as finanças públicas brasileiras, tendo em vista que os investimentos em matérias-primas e trabalho passam a serem adquiridos pelas multinacionais em outros países.

Nesse contexto, Fernando Henrique Cardoso em seu primeiro mandato “[...] não obteve, nem está a caminho de obter, o tão almejado equilíbrio

macroeconômico. Apenas reconfigurou o desequilíbrio anterior, de modo a aproveitar as novas possibilidades de endividamento externo” (BEHRING apud BEJAMIN et alii, 2008, p. 159). Mesmo tendo conseguido reduzir a inflação, outros setores foram afetados, dentre eles houve um considerável aumento dos juros.

Em seu segundo mandato FHC, substituiu a sobrevalorização câmbio pelo câmbio fluente. No entanto, tal substituição não alterou a situação econômica nacional, que por efeito da mundialização e privatizações ocasionou o aumento dos déficits das contas públicas e altos juros, tornando-se necessário à procura de recursos ou empréstimos no exterior. Somado a isto, as empresas afundadas em dívidas começaram a fechar e as que sobreviveram, logo foram obrigados a modernizar com máquinas. Assim sendo, esses fatores levaram ao grande número de desemprego (BEHRING, 2008).

Dessa forma, se Collor deu início a política neoliberal, Fernando Henrique Cardoso consolidou-a durante seu mandato com seu o Plano Real. Tal plano conseguiu controlar a inflação nos primeiros anos, porém isso não perdurou muito, anos depois o aumento da inflação voltou e gerou consequências para a população, a exemplo do desemprego estrutural, levando a pauperização e os desmontes dos direitos sociais. Afetou também as políticas sociais por via das crescentes privatizações (BEHRING, 2008).

As políticas sociais dentro desse contexto afastam-se da perspectiva do direito social e ganham discursos e práticas paternalistas e clientelistas. No que tange ao Estado, esse se distancia no tocante de suas responsabilidades e passa a conclamar a sociedade civil e terceiro setor a prestar atendimentos filantrópicos, como também a contenção dos gastos sociais leva a crescentes privatizações e mercantilizações das políticas públicas (saúde, educação, previdência social e outros), o que caracteriza um Estado mínimo para o social e máximo para o capital (BEHRING, 2008).

Diante do exposto, torna-se oportuno aprofundar sobre os rebatimentos nefastos do projeto neoliberal na saúde, de forma a apreender tais efeitos tanto no SUS, quanto na atuação dos profissionais em suas diversas áreas da saúde, inclusive os assistentes sociais, por estarem inseridos na divisão sócio-técnica do trabalho. Estes profissionais, sofrem com os desmontes nas leis trabalhistas, como a terceirização e/ou contratação, não usufruindo de décimos terceiro, auxílio doença e conseqüentemente não contribuem com a previdência social e outros. Os efeitos

de tal ideologia também afetam o trabalho multiprofissional, que perpassa por desafios e põem limites para atuação, em decorrência dos poucos recursos para responder as demandas dos usuários, por vezes pela falta de compreensão dos profissionais diante a precarização, a individualização das demandas, fragmentação do saber e outros.

O SUS, nessa conjuntura, vem sendo afetado com os cortes em seu financiamento, levando a precarização, focalização e má qualidade dos serviços ofertados, como também a constante tendência da privatização, a qual deveria ser apenas complementar. Dessa forma, o Estado se afastou do seu papel provedor dos direitos sociais (MIRANDA,2010).

Diante dessa conjuntura, dois projetos de saúde estão em disputas, o privado e o da reforma sanitária. O primeiro preza pelos princípios da universalização os direitos, dos princípios dos SUS, a saúde como direito e dever do Estado, em que essas foram bandeiras de lutas da classe trabalhadora e movimentos sociais; já o segundo objetiva-se controlar os gastos destinados à saúde, a privatização da saúde, focalizar o atendimento passando a garantir o mínimo da saúde e outros (COSTA 1997).

No que se refere às privatizações, segundo Behring (2008), esta ocasiona uma “dualidade discriminatória”, a qual se dá entre os que não têm condições de pagar para usufruir de algum serviço e aqueles que têm condições, o que leva para focalização dos serviços. Assim sendo, a privatização e mercantilização na política de saúde geram uma “universalidade excludente”, tendo em vista que

[...] um sistema pobre para os pobres e um padrão de qualidade maior para os que podem pagar pelos serviços mais corriqueiros, já que os atendimentos mais sofisticados e de alta complexidade permanecem no setor público, sendo inclusive utilizados pelo setor privado, especialmente com a criação de organizações sociais [...] Já o atendimento de média complexidade e que requisitam tecnologia de ponta, muitas vezes restringem-se ao setor privado, o que torna seu acesso mais difícil por parte da maioria da população (BEHRING, 2008, p. 268).

Destarte, na política de saúde há uma forte tendência de privatizações dos serviços, por intermédio de convênios firmados pelas instituições de saúde com os setores privados, com organizações filantrópicas e o terceiro setor. Acrescido a isto, a população que não tem acesso a planos privados, ficam à mercê de uma saúde

precarizada, onde enfrentam filas de espera para serem atendidas, têm que lidar com a ausência dos médicos ou de vagas, com também defrontam com obstáculos para se locomover até os postos ou locais de atendimento, por falta de transportes (BEHRING, 2008).

Outro aspecto que gera precarização e também fere o princípio da universalidade da saúde é a judicialização, em que os usuários recorrem à justiça para terem acesso à medicamentos específicos, tratamentos e internações quando lhes são tolhidos em decorrência da burocracia, da ausência de recursos, das más compreensões acerca das leis que regem a saúde e do conservadorismo presente nas instituições de saúde, que por vezes interfere na prática profissional. Acrescido a isto, a disputa judicial pelo acesso a saúde se dá em uma perceptiva individual e não coletiva, gerando um desequilíbrio nos recursos destinados tal política (NEVES, 2015).

Reitera-se que a política de saúde, sua compreensão e garantia dos direitos previstos na CF/88, o SUS e profissionais da saúde sofrem diretamente com os rebatimentos, efeitos e desmontes da política neoliberal, implementada ao longo da década de 90 e que se perpetua até os dias atuais.

Nesse contexto, o Serviço Social, não estava totalmente desconectado dessa conjuntura, uma vez que por estarem inseridos na divisão sócio técnica do trabalho e/ou nos espaços sócio- ocupacionais da saúde, recebiam os efeitos tanto da política neoliberal, quanto do movimento sanitário. Todavia, salienta-se que não houve uma relação direta do Serviço Social com o movimento sanitário, pelo fato da profissão está passando pelo processo de Renovação, a qual questionava e buscava romper com as práticas tradicionais. Assim pode-se dizer que as contribuições do Serviço Social, nesse contexto, eram expressadas a partir do seu espaço histórico, como é possível vislumbrar ao longo do processo de Renovação da profissão, em que os avanços passam a ser obtidos em consonância com os determinantes sócio históricos da sociedade brasileira.

3 SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE: ANÁLISE DA ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL

3.1 Trajetória histórica do Serviço Social no Brasil

De modo a melhor entender a atuação do assistente social, pretende-se contextualizar e historicizar o processo de profissionalização do Serviço Social, onde muitas foram às modificações ocorridas na profissão e vários foram os debates éticos, políticos e teóricos para que os profissionais passassem ter uma prática voltada para a perspectiva do direito.

De acordo com Netto (1996), para apreender a gênese da profissão, faz-se necessário levar em consideração os determinantes sócio-históricos do modo de produção capitalista mais precisamente no seu estágio de monopólios, em que geram necessidades e oportuniza a criação e a profissionalização do Serviço Social.

Alguns outros autores caem no equívoco ao argumentar que o Serviço Social se desenvolveu enquanto profissão como uma continuidade das formas de filantropia e caridade já organizadas por instituições ligadas e orientadas pela Igreja Católica. Em consonância com Netto (1996), essa “relação de continuidade” não pode ser negada, pelo fato de proporcionar a apreensão da profissão, mas por outro lado, a Igreja Católica é apenas uma parte constitutiva e não determinante no processo de profissionalização do Serviço Social. Esse último, que se expressa na “relação de ruptura”

[...] se instaura como decisiva na constituição do Serviço Social enquanto profissão. *Substantivamente, a ruptura se revela no fato de, pouco a pouco, os agentes começarem a desempenhar papéis executivos em projetos de intervenção cuja funcionalidade real e efetiva está posta por uma lógica e uma estratégia que independem da sua intencionalidade.* O caminho da profissionalização do Serviço Social é na verdade, o processo pelo qual seus agentes [...] se inserem em atividades interventivas cuja dinâmica, organização, recursos e objetivos são determinados para além do seu controle (NETTO, 1996, p.68, grifos do autor).

Em outras palavras, a “ruptura” se dá quando o Serviço Social vai se inserindo no mercado de trabalho - em instituições não vinculadas às suas à Igreja Católica- como trabalhadores assalariados. A atuação do profissional ganhará um novo significado social, uma vez que esses profissionais se inserem em estruturas mais complexas financiadas pelo Estado para responder a “questão social”, por meio das políticas sociais. Tais políticas inserem-se em um contexto contraditório e os profissionais passam a responder tanto as demandas advindas do capital, quanto as dos trabalhadores. Cabe salientar, que são as necessidades do mercado de trabalho que vão se estruturar para recrutar os profissionais e não ao contrário (NETTO, 1996).

Disto isto, para se entender a profissionalização do Serviço Social busca-se contextualizar as modificações e transformações societárias do capitalismo e os da sociedade brasileira.

As modificações no bojo econômico do ano 1930, em que a atividade agroexportadora vai sendo paulatinamente substituída pelas indústrias, trazendo consigo imigrantes e também migrantes do campo para cidade, acarreta uma crescente urbanização. Esses operários viviam em condições insalubres, sem higiene, água, luz, saneamento, como também as indústrias não proporcionavam condições mínimas para os trabalhadores, onde os acidentes de trabalho eram constantes, os salários eram exíguos mesmo com toda família - aqui se inclui idosos, crianças e mulheres- inserida no mercado de trabalho não dava para suprir seu sustento, bem como eram submetidas as longas jornadas de trabalho (IAMAMOTO; CARVALHO, 2013).

Ao longo desse período, os operários começam a emergir no cenário político se articulando e/ou organizando através de agrupamentos, a exemplo, da Associação de Socorro Mútuo e Caixas Beneficentes, Ligas Operárias, Sociedade de Resistência e Sindicatos, bem como a participam Congressos Operários e das Confederações Operárias. A medida que esses movimentos progredem se tornam uma ameaça para o Estado, que passa utilizar da repressão para conter os movimentos reivindicatórios. (IAMAMOTO; CARVALHO, 2013)

Acrescido a isto, tais movimentos dos operários, configurou-se como forma de crítica aos preceitos burgueses e tinham suas bandeiras de luta voltadas para

[...] defesa do poder aquisitivo dos salários [...] na duração normal da jornada de trabalho, na proibição do trabalho infantil e regulamentação do trabalho de mulheres e menores, do direito as férias, seguro contra acidente e doença, contrato coletivos de trabalho e reconhecimento de suas entidades (IAMAMOTO; CARVALHO, 2013, p. 139).

É a partir da referida emersão da classe trabalhadora no cenário político - ora se fortalecendo enquanto classe, ora sofrendo com as repressões - que o Estado passa a reconhecer a “questão social”, de forma que essa última afasta-se da ideia de “[...]contradição entre abençoados e desabençoados pela fortuna, pobres e ricos, ou entre dominantes e dominados, para constituir-se, essencialmente, na contradição antagônica entre burguesia e proletariado” (IAMAMOTO; CARVALHO 2013, p. 135). É na reprodução da reprodução das contradições capitalistas, que o profissional é chamado para intervir nos mecanismos de enfrentamentos da “questão social”.

É nesse cenário, que a profissão se desenvolve através das damas de caridade da classe burguesa, orientadas pelos princípios cristãos e preocupadas com o aprofundamento das condições sociais da classe proletária, dedicavam-se a ajustar os trabalhadores às normas do sistema vigente e atenuar as tensões sociais e/ou movimentos, por via da caridade.

Segundo Aguiar (2011) e Iamamoto e Carvalho(2013), paulatinamente os grupos e associações das moças da alta sociedade vão se desenvolvendo e se articulando através da realização de cursos de formação social e semanas sociais, onde partir dessas articulações e sobretudo após o “Curso Intensivo de Formação Social para Moças” surge a necessidade de expandir a Ação Social, com vista a impulsionar as ações assistenciais, as obras filantrópicas e disseminar a doutrina social da Igreja, sendo concretizada no ano de 1932, com a fundação do Centro de Estudo e Ação Social de São Paulo (CEAS) e mais adiante cria-se as Escolas de Serviço Social.

Nessa perspectiva, as ações desenvolvidas pelos CEAS serão direcionadas para uma “formação técnica especializada” recebendo influências do Serviço Social Europeu, tendo em vista que duas moças da alta sociedade foram estudar na Europa. O novo direcionamento da profissão suscitou um maior engajamento em ações realizadas pelos grupos e associações, levando à criação das Escolas de São Paulo, em 1936, e a do Rio de Janeiro, em 1937. No que a tange a formação

profissional nessas escolas, por um longo período, foi embasada pelos princípios cristãos da dignidade humana, bem comum, e outros, inspirados na filosofia neotomista, sendo aplicada nas disciplinas de Moral, Ética, Doutrina Social, entre outras (AGUIAR, 2011).

De acordo com Aguiar (2011) a filosofia de São Tomás de Aquino, retomada no século XX, era centrada do princípio “tudo é inteligível pelo ser, idéia análoga, realizando-se no ato e na potência” (Aguiar, 2011, p.59), onde primeiramente explicita Deus, como fonte de origem de todos os seres; logo após, reflete sobre o homem, a pessoa humana, formados a partir de duas essências, a alma e o corpo. Além disso, estabelece três leis que orientam a comunidade ao princípio do bem comum, que são a lei natural, lei humana e lei divina. Destarte, considera o Estado necessário para manter o ordenamento da sociedade, pois o homem era visto como um “animal político”, ou seja, o homem carece um dos outros para viver a sociedade e como a autoridade, na visão de Tomás de Aquino, é proveniente de Deus, tem de ser respeitada.

Assim sendo, “[...] com relação à autoridade e ao Estado justifica a posição inicial do serviço social brasileiro de não questionamento da ordem vigente até suas raízes e de buscar sempre reformar a sociedade, melhorando conseqüentemente a ordem vigente” (Aguiar, 2011, p. 62).

Durante esse período, os profissionais ocuparam funções em de alguns setores, sendo possível a partir de iniciativas das próprias escolas de Serviço Social e organizações. A atuação das profissionais, em São Paulo, deu-se no âmbito do Departamento de Serviço Social do Estado, no Departamento Estadual de Trabalho em cargos específicos como de Inspetores de Trabalho de mulheres e menores e no Juízo de Menores; já no Rio de Janeiro as profissionais irão inicialmente se inserir no Serviço de Assistência ao Menor e no Juízo de Menores (IAMAMOTO; CARVALHO 2013).

Mais tarde atuaram em empresas, mais precisamente na execução e implementação dos programas ou serviços assistenciais, na intervenção voltada para as condições de trabalho, quais sejam acidentes e saúde. No que diz respeito à saúde as atividades eram limitadas, atuando no direcionamento de medidas preventivas de doenças transmissíveis e hereditárias, na atenção às condições psicológicas no tratamento dos clientes, entre outros (IAMAMOTO; CARVALHO 2013).

Ainda segundo os autores, as primeiras formas da atuação dos profissionais de Serviço Social eram centradas na pesquisa social, nos programas de assistência e educação popular, onde as vistas domiciliares, encaminhamentos, formação moral, doméstica foram algumas das ações utilizadas pelos profissionais; e o público alvo consistia nas famílias dos trabalhadores, sobretudo as mulheres e crianças.

Na transição dos anos 30 para 40 com as modificações ocorridas na economia e política brasileira, as ações e procedimentos profissionais não estavam sendo eficazes para responder as demandas que emergiam. Nessa conjuntura, o Estado passa a incentivar financeiramente nas indústrias e também firmar acordos com o governo norte-americano, ambicionando a ampliação da economia, acumulação dos recursos, organização do mercado e concomitante aprofunda e intensifica a exploração do trabalho.

Os operários articulam-se em movimentos pressionando o Estado e reivindicando por melhorias no trabalho e por sua vez o Estado para conter as tensões sociais, assegurar a continuidade do processo industrial e do modo de produção capitalista e ao mesmo tempo proteger os trabalhadores, intervém por meio de instituições assistenciais, previdenciárias e também por legislações tanto sociais, quanto sindicais. No que diz respeito às instituições assistenciais, o Estado coliga-se com a burguesia industrial, a fim de alargar as ações assistenciais, suscitando na criação de instituições, tais como Liga Brasileira de Assistência (LBA)⁷, Serviço Social da Indústria (SESI)⁸, Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial (SENAI)⁹ (ANDRADE, 2008).

Este cenário, marca a legitimação e institucionalização do Serviço Social, a qual propiciou a abrangência do mercado de trabalho para os assistentes sociais, tornando os profissionais assalariados e o rompendo com as suas proformas. Com abertura do mercado de trabalho, as vagas existentes nas instituições estatais

⁷ “Em 1947 foi criada a Legião Brasileira de Assistência – FLBA [sic] com o objetivo de atender as famílias dos pracinhas combatentes da 2ª Guerra Mundial. Inicialmente caracterizou-se por um atendimento materno-infantil. Posteriormente esta instituição foi crescendo e sua linha programática foi acompanhando as demandas do desenvolvimento econômico e social do país, bem como da população em estado de vulnerabilidade social” (HISTÓRIA..., 2000, p.1)

⁸ “Criado em 1º de julho de 1946, o Serviço Social da Indústria (SESI) tem como desafio desenvolver uma educação de excelência voltada para o mundo do trabalho e aumentar a produtividade da indústria, promovendo o bem-estar do trabalhador. O SESI oferece soluções para as empresas industriais brasileiras por meio de uma rede integrada, que engloba atividades de educação, segurança e saúde do trabalho e qualidade de vida” (PORTAL INDÚSTRIA, 2017).

⁹ O SENAI foi fundado no ano de 1942, no qual “[...] é reconhecido como modelo de educação profissional e pela qualidade dos serviços tecnológicos que promovem a inovação na indústria brasileira” (SENAIAC, 2017).

ultrapassaram o número de profissionais disponíveis para o mercado de trabalho, sendo tomado como estratégia para apressar a formação, a realização de cursos intensivos para auxiliares sociais e oferecidos por grandes instituições, bolsas de estudos. Esses incentivos possibilitaram a expansão da categoria profissional, passando a ter uma considerável inserção de mulheres da pequena burguesia (IAMAMOTO; CARVALHO, 2013).

O direcionamento que a profissão passa a implicar uma nova forma de intervir nas demandas sociais e de relacionar sua ação profissional com os processos técnico-burocráticos e administrativos das instituições, tendo em vista, que “[...] os padrões de eficácia do período doutrinário, que se baseavam em padrões morais - ser bom cristão era o suficiente- se mostravam precários diante do novo contexto social” (ANDRADE, 2008, 271). Ainda segundo o autor, os profissionais perceberam a necessidade de aprimorar a prática profissional, por meio de aparatos técnicos, científicos e produção de uma teoria própria.

Cabe evidenciar, que as relações econômicas firmadas entre o governo brasileiro e norte-americano irá se estender a nível cultural, passando a influenciar o Serviço Social brasileiro. Nesse último, a influência norte-americana será marcada pelo Congresso Interamericano de Serviço Social, no ano de 1941, onde na ocasião foi concedido pelas instituições norte-americanas um sistema de bolsas de estudos para alunas das principais escolas do Serviço Social brasileiro.

Conforme Aguiar (2011, p. 80) “[...] a presença norte- americana se fará através de técnicas para o agir profissional, técnicas essas que terão como pressuposto teórico o funcionalismo”. Dessa maneira, o Serviço Social não irá romper totalmente com a filosofia cristã do neotomismo apenas irá conciliá-la com as técnicas norte-americanas, que são: Serviço Social de Caso, de Grupo e por fim o Serviço Social de Comunidade.

Ainda segundo o autor, a primeira técnica a influenciar os assistentes sociais foi o Serviço Social de Caso, baseado a princípio pela corrente sociológica, mas é a psicologia que ganhará mais ênfase e norteará esta pelo princípio cristão do respeito a personalidade do cliente, bem como das emoções, autodeterminação, preocupação com o indivíduo, não julgamento e aceitação.

O Serviço Social de caso era embasado pelas teorias de Mary Richmond, Porter Lee e Gordon Hamilton, em suas terias procuravam obter, com base em novas atividades e comportamentos, transformações nos indivíduos, a qual esse

deveria ser adequado ao meio e exercer devidamente seu papel no sistema vigente. Nesse sentido, os profissionais em sua prática contavam com método clínico, que dava-se através do recurso as teorias sócio-psicológicas, o diagnóstico social e fases de estudos (ANDRADE, 2008).

As Escolas de Serviço Social, em 1947, implementam uma nova técnica ou método para embasar a trabalho profissional, que é o Serviço Social de Grupo. Tal técnica, como explicita Andrade (2008, p. 281),

[...] era utilizado em uma perspectiva educacional, na medida em que procurava fortalecer a personalidade individual, através da ênfase dada a capacidade de liderança, à tomada de decisão e ao aspecto psicossocial. Dentro dessa perspectiva, pode-se dizer que o Serviço Social de Grupo ajudava os indivíduos a se auto-desenvolverem e a ajustarem aos valores e normas vigentes no contexto social em que estavam inseridos.

Logo, na medida em que trabalhava-se com os grupos ajudava o processo de integração-adaptação aos indivíduos vistos como desequilibrados e inadequados, sem ao menos considerar as questões sociais e o meio em que os indivíduos estavam inseridos, centrando-se, dentro de uma perspectiva conservadora, no homem e não as contradições sociais que permeiam o sistema capitalista.

Em consonância com os autores Andrade(2008) e Aguiar (2010), Serviço Social de Comunidade, perdurou ao longo dos anos 50 e começo dos anos 60, conservando as mesmas finalidades das técnicas anteriores, que era o de adequar os indivíduos ao meio social. Somado a isto, o Serviço Social, assume e absorve os pressupostos da política desenvolvimentista ou Desenvolvimento de Comunidade, ganhando visibilidade no cenário político, sobretudo no governo de Juscelino Kubistchek.

Ainda de acordo com os autores, o Desenvolvimento de Comunidade é resultante dos programas desenvolvidos pela Organização das Nações Unidas (ONU), no intuito de acelerar a economia, industrialização, e modernização conduzida pelos Estados Unidos, em outras palavras, de manter o desenvolvimento da ordem vigente. Nessa perspectiva, a ONU direciona-se ao Serviço Social, para que esse executasse tal técnica.

O contexto de inserção dos assistentes sociais embasados pelo Desenvolvimento de comunidade, propiciou um movimento duplo na profissão, onde

tinha-se um grupo que utilizava do mecanismo conservador de controle das comunidade, grupos e indivíduos da política referida; e outro grupo que se contrapunha as práticas conservadoras aproximando-se das necessidades da sociedade (NETTO, 2011a)

A nova direção que a profissão vai tomando é denominado pelo autor Netto (2011a) de erosão do Serviço Social “tradicional” e só se tornou possível com o processo democrático que ganhou força na sociedade brasileira, na conjuntura de 60, refletindo em alguns fatores da profissão, tais como: a inserção dos assistentes sociais em equipes multiprofissionais e em grupo politicamente organizados, aproximação com disciplinas sociais que imprimem uma visão macrossocietária, a propagação dos movimentos estudantis nas escolas e a emergência de profissionais “progressistas”.

Parte dos profissionais que cada vez mais estavam ligados as lutas das classes trabalhadora, passam a buscar por uma nova fundamentação teórica que conseguisse apreender a complexidade da dinâmica social brasileira. Contudo, o andamento da erosão do Serviço Social “tradicional”, foi interrompido pelo Golpe de Abril em 1964 acarretando modificações no cenário político, sobretudo no enfraquecimento da democracia que conduzia a profissão à criticidade.

O Estado ditatorial é marcado pela peculiaridade da “modernização conservadora” amarrada ao processo econômico de centralização e concentração nas mãos dos grandes capitais internacionais e brasileiros. Assim sendo, a manutenção da ordem monopólica estruturada economicamente e socialmente conduz e deixa como legado

[...] a internalização e territorialização do imperialismo; uma concentração tal da propriedade e da renda que engendrou uma oligarquia financeira; um padrão de industrialização na retaguarda tecnológica e vocacionando para fomentar e atender demandas enormemente estilizadas no mercado interno e direcionado desde para e para o exterior; a constituição de uma estrutura de classes fortemente polarizada, apesar de muito complexa; um processo de pauperização relativa praticamente sem precedentes no mundo contemporâneo; a acentuação vigorosa da concentração geopolítica das riquezas sociais, aprofundando brutais desigualdades regionais (NETTO, 2011a, p. 32).

O contexto, da “modernização conservadora” engendrou a ampliação e consolidação do mercado de trabalho para o Serviço Social, decorrente do desenvolvimento das forças produtivas, onde os incentivos financeiros para indústrias ocasionou o agravamento das expressões da “questão social”. É nesse sentido, que o Estado passou a intervir por meio de políticas públicas e requisita os assistentes sociais, quer sejam nas instituições estatais e nas empresas privadas ou mais tarde em organizações filantrópicas, como executores de tais políticas (NETTO, 2011a).

A expansão do mercado de trabalho, adequou a profissão face as novas exigências da “racionalidade burocrático-administrativa”, onde requisitava um profissional com postura “moderna”, que atendesse os interesses e racionalidade da autocracia burguesa. É esse cenário que impulsiona o processo de erosão do Serviço Social tradicional, conforme explicita Netto (2011a, p.123, grifos do autor)

O efeito global dessas exigências engendrou precisamente um vetor de erosão do Serviço Social “tradicional”: implicou um dimensionamento técnico-racial – quer no nível de *legitimação* das práticas, que no nível da sua *condução* – que derruía os comportamentos profissionais impressionistas, fundados consequentemente em supostos humanistas abstratos [...] no curso deste processo, mudou o *perfil do profissional* demandado pelo mercado de trabalho que as condições novas postas pelo quadro macroscópico da autocracia burguesa faziam emergir: exige-se um assistente social ele mesmo “moderno” – com um desempenho onde traços “tradicionalistas” são deslocados e substituídos por procedimentos “racionalistas”.

Acrescido a isto, ainda segundo o autor, diante das novas condições postas para o profissional “moderno”, sentiu-se a necessidade de alterar os processos de formação até então vigente, inserindo o Serviço Social no campo universitário, que conduziram a possibilidade de questionar e romper com confessionalismo, paroquialismo e provincianismo ou seja, com traços mais tradicionais e conservadores da profissão.

A incorporação da formação profissional neste âmbito perpassou por mudanças, onde por um lado a profissão aproximou-se das disciplinas de ciências sociais, tais como: a sociologia, a psicologia social e a antropologia; e do outro a contratação de novos profissionais para compor o corpo docente. Esses formados no período anterior a ditadura ou durante o golpe militar levavam acúmulo das

experiências dos movimentos sociais e estudantis que permearam sua formação para o âmbito universitário.

A formação acadêmica adequa-se as exigências do Estado autocrático, esse que legitima e mantém o conservadorismo na profissão, ao mesmo tempo que propicia o questionamento das bases tradicionais. É o interior desse contexto que favorece o desenvolvimento do processo de Renovação do Serviço Social, caracterizado pela laicização do Serviço Social sob autocracia burguesa, pela aproximação com a pesquisa social e reservas críticas do corpo docente.

Logo, os traços que particulariza o processo de Renovação do Serviço Social, foi sintetizada em quatros aspectos por Netto (2011a, 135 - 136)

- a) a instauração do pluralismo teórico, ideológico e político no marco profissional, deslocando uma sólida tradição de monolitismo ideal;
- b) a crescente diferenciação das concepções profissionais (natureza, funções, objetivos e práticas do Serviço Social) derivada do recurso diversificado a matrizes teórico-metodológicas alternativas, rompendo com o viés de que a profissionalidade implicaria uma homogeneidade de visões e de práticas;
- c) a sintonia da polêmica teórico-metodológica profissional com as discussões em curso no conjunto das ciências sociais, inserindo o Serviço Social na interlocução acadêmica e cultural contemporânea como protagonista que tenta cortar com a subalternidade posta por funções meramente executivas;
- d) a constituição de segmentos de vanguarda, sobretudo mas não exclusivamente inseridos na vida acadêmica, voltados para a investigação e a pesquisa.

Cabe salientar que, o processo de crise das bases tradicionais da profissão se deu para além das fronteiras do Brasil, tendo como reflexo o Movimento de Reconceituação na América Latina¹⁰. Isto posto, conforme os estudos de Netto (2011a), o processo de Renovação do Serviço Social brasileiro constitui em três momentos: perspectiva modernizadora, reatualização do conservadorismo e intenção de ruptura.

O primeiro momento, a perspectiva modernizadora, ocorreu na segunda metade dos anos de 60. Nessa perspectiva, a profissão utilizava técnicas embasadas no suporte teórico-metodológico do positivismo e mostra-se

¹⁰ “O Movimento de Reconceituação foi um movimento que aconteceu nos países latinos americanos (Chile, Argentina, Peru e Uruguai), segundo Faleiros (1981), consistiu em um movimento de crítica ao positivismo e ao funcionalismo e a fundamentação da visão marxista na história e estrutura do Serviço Social” (OMENA, 2016, p.4).

“interveniente, dinamizador e integrador, no processo de desenvolvimento” (NETTO, 2011a, 154). Somado a isto, compreende-se que a vertente mantém as práticas tradicionais reportando-se ao estrutural funcionalismo, no sentido de adequar o Serviço Social e sua intervenção às novas demandas que emergiam no contexto do desenvolvimento capitalista do pós-64, a qual foi materializada nos documentos dos seminários Araxá e Teresópolis.

Destarte, conforme explicita (NETTO, 2011a, p. 155) o

[...] caráter modernizadora desta perspectiva: aceita como inquestionável a ordem sociopolítica derivada de abril e procura dotar a profissão de referências e instrumentos capazes de responder às demandas que se apresentam nos seus limites – donde aliás, o cariz tecnocrático do perfil que pretende atribuir ao Serviço Social no país.

A perspectiva modernizadora manteve sua hegemonia até meados dos anos 70, quando o clico autocrático entrou em crise, as condições para atenuar a polarização intelectual e a expressão de (auto) representação dessa profissão. Dessa forma, de um lado, os profissionais arraigados ao tradicionalismo mostrando-se resistentes ao suporte inovador do estrutural funcionalismo e positivismo proposto pela vertente modernizadora; de outro os conteúdos teóricos conservadores e a adequação da profissão as exigências da ditadura, incompatibilizava-se com profissionais que se posicionavam criticamente ao regime autocrático demonstrando resistência democrática e aos fundamentos teóricos conservadores. Assim, sendo o conteúdo reformista, os traços conservadores e a incompatibilidade com a ditadura impulsionam a decadência da vertente modernizadora (NETTO, 2011a).

O segundo momento do processo de renovação da profissão, a qual Netto (2011a) denomina de reatualização do conservadorismo, deu-se na década de 70. Essa vertente é a mais resistente a mudanças, permanecendo com a visão micro social na intervenção profissional embasada nos preceitos do catolicismo tradicional e recorrendo a uma nova uma nova referência teórica: a inspiração fenomenológica. Apesar de buscar um novo caminho para romper com o tradicionalismo,

[...] recupera os componentes mais estratificados da herança histórica e conservadora da profissão, nos domínios da (auto)representação e da prática, e os repõe sobre uma base teórico-

metodológica que se reclama nova, repudiando, simultaneamente, os padrões mais nitidamente vinculados à tradição positivista e às referências conectadas ao pensamento crítico-dialético, de raiz marxista (NETTO, 2007, p. 157).

A reatualização do conservadorismo encontrou espaço para se difundir nas universidades de São Paulo e Rio de Janeiro. Primeiro, beneficiou-se do suposto distanciamento da ditadura no que tange as linhas irracionais que se manifestam nas universidades; segundo por resgatar os aspectos conservadores da profissão ao utilizar técnicas fenomenológicas em sua intervenção, que tem como base a ajuda psicossocial ao indivíduo, no sentido de culpabilizá-lo dos fatos sociais (NETTO, 2011a).

O terceiro momento, deu-se no início dos anos de 1980, que Netto(2011a) denominou como intenção de ruptura. Nessa perspectiva buscou-se de fato romper com o as bases tradicionais do Serviço Social, quer seja com o suporte teórico-metodológico e com a intervenção profissional conservadora que atravessaram a profissão.

Também tem uma trajetória singular dos demais momentos, por ter sua emergência dentro da universidade, especificamente na Universidade Católica de Minas Gerais, em meados dos anos 70 ficando restrita a esse âmbito até o final da referida década. Vale ressaltar, que tal perspectiva deu-se em Minas Gerais, devido ao cenário político de refutação ao golpe militar e a efervescência dos movimentos sindicais e populares, bem como tinha uma forte articulação estudantis com incentivos democráticos, revolucionários e socialistas. Esse contexto, impulsionou o rompimento da profissão com o conservadorismo e proporcionou a aproximação com vertentes críticas (NETTO, 2011a).

A intenção de ruptura, passa a ser iluminada pela teoria marxista, todavia, apresenta-se de forma enviesada, que conforme Netto (1989, p. 97) caracteriza-se em três traços

[...] Em primeiro lugar, tratou-se de uma aproximação que se realizou sobre exigências teóricas muito reduzidas- as requisições que a comandavam foram de natureza sobretudo ídeo-política, donde um cariz fortemente instrumental nessa interlocução. Em segundo lugar, e decorrentemente, a referência à tradição marxista era muito seletiva e vinha determinada menos pela relevância de sua contribuição crítico-analítica do pela vinculação a determinadas

perspectivas prático-políticas e organizacional-partidárias. Enfim, a aproximação não se deu às fontes marxianas e/ou aos “clássicos” da tradição marxista, mas especialmente a divulgadores e pela via de manuais de qualidades e níveis discutíveis.

Com a superação dos equívocos e avanços proveniente desta aproximação dos intérpretes de forma enviesada, o Serviço Social apropriou-se da fonte marxiana efetivando-se a partir de bases histórico-sociais, como “as condições de trabalho da categoria profissional”, “a dinâmica cultural da sociedade burguesa contemporânea” e a “atualidade do processo macroscópico da revolução” (NETTO, 1989).

Dessa forma, esse processo do movimento de renovação da perspectiva crítica, com apropriação das obras marxianas e com a conjuntura da década de 80, que se tem a ascendência dos movimentos e reivindicações por direitos e a crise da ditadura, fomentou o processo de ruptura com conservadorismo da profissão e o acúmulo crítico, levando a construção do projeto profissional. Esse projeto embasado pela teoria marxista, concretiza-se em três componentes: o Código de Ética Profissional (1993), a Lei de Regulamentação da Profissão (8662/1993) e as Diretrizes Curriculares (1996) (IAMAMOTO, 2009).

Dessa forma, o projeto hegemônico da profissão, tem como valor central a liberdade e sua dimensão política se expressa em

[...] favor da *equidade* e da *justiça social*, na perspectiva da *universalização* do acesso a bens e a serviços relativos às políticas e programas sociais; a *ampliação* e a *consolidação da cidadania* são explicitamente postas como *garantia dos direitos sociais civis, políticos das classes trabalhadoras* [...] o projeto se declara democrático- considera a *democratização* como *socialização da participação e socialização da riqueza produzida* (NETTO, 2009, p.155).

Na década de 90, o projeto profissional alcançou sua hegemonia, todavia, tal projeto ainda não está acabado ou não é o único que permeia a profissão. Noutras, palavras Netto (2009, p. 156) afirma que

Por uma parte, ainda não se desenvolveram suficientemente as suas possibilidades – por exemplo, no domínio dos indicativos para a orientação de modalidades de práticas profissionais; neste terreno, ainda há muito por fazer. Por outra parte, a ruptura com o quase monopólio do conservadorismo no Serviço Social não suprimiu

tendências conservadoras ou neoconservadoras – e, [...]a heterogeneidade própria dos corpos profissionais propicia, em condições de democracia política, a existência e a concorrência entre projetos diferentes.

Por outro lado, é indiscutível que o projeto rompeu com o monopólio do conservadorismo, que possibilitou a uma nova direção pra formação profissional, no sentido de responder as demandas com mais êxito as expressões da “questão sócia”l, bem como tem-se uma produção de conhecimentos progressivos, uma ressignificação das práticas - interventivas e a ampliação de novas áreas para atuação profissional (Netto, 2009).

De acordo com Iamamoto (2009), no que diz respeito a atuação, os assistentes sociais passam a ocupar espaços nas mais variadas áreas, quais sejam da habitação, previdência, assistência, saúde, dentre outros, no campo estatal ou privado. Atuando na implementação, planejamento e formulação das políticas públicas, mediando as relações capital e trabalho. Portanto, a atuação profissional carece um profissional comprometido com a classe trabalhadora, que tenha competência para defender e propor projetos, que compreenda a dinâmica da realidade, que se articule com os movimentos sociais, para viabilizar os direitos dos usuários dentro dos mais variados espaços, inclusive o da saúde a qual abordaremos no próximo tópico.

3.2 A inserção do Serviço social na política de saúde no Brasil

A inserção do assistente social na saúde é perpassada por uma série de transformações significativas ao longo dos anos, que ocorrem tanto na profissão, quanto no cenário político do Brasil. Dessa forma, com a emergência da profissão, nos anos de 30 e meados dos anos 40, os profissionais começam a se inserir no âmbito da saúde de forma restrita. Somente nos anos de 1945, pode-se vislumbrar um crescimento tanto da profissão, quanto do exercício profissional do Serviço Social na área da saúde, sendo influenciada pelo Serviço Social norte-americano (BRAVO; MATOS, 2009).

Nesse sentido, o ingresso do Serviço Social no âmbito da saúde ficou conhecido como Serviço Social Médico. Os assistentes sociais e profissionais de

outras áreas eram chamados de “paramédicos”, pelo fato da atuação profissional se dar de forma integralizada ao trabalho do médico, tendo em vista que eram os médicos quem designavam a atividade que competia aos profissionais realizarem com a população (MATOS, 2013). Acrescido a isto, a prática do Serviço Social era pautada na abordagem individual, por meio de

[...] triagem socioeconômica, elaboração de fichas informativas sobre o cliente para ajudar o médico no tratamento, distribuição de auxílios financeiros com o empregador, cuidado com relação aos fatores emocionais e psicológicos do tratamento, adequação do cliente à instituição com obtenção de sua confiança. Nas campanhas, o assistente social desenvolvia basicamente a função de educador sanitário (BRAVO, 2013 apud CARVALHO, 1982, p. 156)

Segundo Bravo e Matos (2009), o ano de 1948 marca uma maior ampliação de espaço e absorção dos assistentes sociais no âmbito da saúde, em decorrência do novo conceito de saúde formulado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que destaca os aspectos biopsicossociais, assim surgindo à necessidade de um trabalho multiprofissional na saúde. O assistente social, nesse cenário, atua em uma perspectiva educativa à higiene aos “clientes” e em programas prioritários instituídos pela política de saúde da época.

Os autores ainda ressaltam outro momento, que fomenta a inserção do Assistente Social da saúde, no qual houve um aumento dos recursos destinados à assistência médica, pela previdência social e que só se tornou possível com a consolidação da Política Nacional de Saúde. Em outros termos, os que tinham direito a assistência médica eram aqueles trabalhadores que contribuíam com a previdência social, a exemplo as IAPs, e isso acarretou em uma contradição entre a demanda que surgia e uma assistência seletiva e excludente.

O assistente social passa a exercer seu trabalho nos hospitais, como mediador da instituição e usuários. A esse último buscava viabilizar acesso aos serviços e benefícios e a prática do assistente social era concretizada a partir de “plantão, triagem ou seleção, encaminhamento, concessão de benefícios e orientação previdenciária” (BRAVO; MATOS, 2009, p.199).

Na conjuntura dos anos 60, segundo Bravo (2011), em decorrência das transformações capitalistas os assistentes sociais foram requisitados para os novos enfrentamentos da “questão social”, bem como ainda nessa época surgem

profissionais que começam a questionar a conjuntura vigente e o conservadorismo na profissão, a qual foi denominado por Netto (2011a) de “modernização conservadora” – como visto no item anterior. Tal perspectiva buscava adequar suas demandas e da população a racionalidade burocrática do regime autocrático, fazendo o uso de técnicas conservadoras oriundas do positivismo. Todavia, a perspectiva não surtiu muito efeito na área da saúde, em razão dos profissionais estarem consolidando uma prática voltada para a assistência médica, já que houve uma expansão do espaço sócio ocupacional para a profissão nesse setor.

O Serviço Social obtém uma coordenação nos INPS, expandindo as atividades que eram desenvolvidas nos IAPs e estabelecendo novos programas. No INPS foi criada a Secretaria de Bem-Estar Social, que propunha o desenvolvimento das atividades de cunho educativo, de forma a incluir os que contribuía com a previdência social. Somado a isto, o Serviço Social foi normatizado, no ano de 1967, diante as instituições da assistência médica previdenciária, onde foi instituído para a profissão práticas e

[...] individual, de caráter preventivo e curativo; grupal de caráter educativo-preventivo; comunitária, para mobilização de recursos e reintegração dos pacientes à família. Foi ressaltada a contribuição do assistente social nas equipes interprofissionais com a finalidade de fornecer dados psicossociais significativos para o diagnóstico, tratamento e alta do paciente e participar em pesquisas médico-sociais (BRAVO, 2011, p. 125).

Ainda na área da previdência foram destinados aos profissionais de Serviço Social e outras áreas, cursos para incrementar a formação profissional a fim de instruir ações para os IAPs, sendo isto possível a partir da implementação da Lei Orgânica de Previdência Social (LOPS) (BRAVO, 2011).

Além disso, ainda segundo a autora o II Congresso Brasileiro de Serviço Social, que ocorreu em 1961 contou com um grupo de estudo sobre a atuação do assistente social na saúde, a qual considerou que a prática profissional tinha como objeto de intervenção entender a conexão da doença com os aspectos psicossociais e emocionais dos usuários, no sentido de até que ponto estes poderiam impactar ou trazer benefícios para o tratamento ou recuperação dos usuários. Dessa forma, no Congresso também houve debate do grupo de estudo acerca da atuação dos assistentes sociais na fomentação no âmbito do trabalho de grupo e com a

comunidade, e mesmo de forma breve apontava para a proteção e prevenção na saúde pública. Contudo, os assistentes sociais não foram absorvidos nos trabalhos com a comunidade, tendo apenas a atuação na assistência médica previdenciária individual (BRAVO, 2011).

O regime autoritário agudizou as condições de vida da classe proletária, o que requisitou dos profissionais de Serviço Social um aperfeiçoamento de sua intervenção no âmbito da saúde, tendo que se adequar à nova lógica da ditadura. Os profissionais de Serviço Social ocuparam os espaços no mercado de trabalho na assistência médica previdenciária, desenvolvendo uma prática curativa e pouco foi abordado sobre a saúde pública, como também utilizaram para subsidiar a ação profissional, práticas psicologizantes, educativas, estas no sentido de culpabilizar o usuário da política de saúde no quadro de avanço ou retrocesso do seu tratamento, além de fazer o uso de práticas burocráticas (BRAVO, 2011).

Dito isto, na década de 70 os assistentes sociais mantiveram com mais ênfase as práticas estritamente conservadoras embasadas pela base teórico-metodológica da fenomenologia. No campo da saúde, estes profissionais exerciam atividades na saúde e previdência, a qual foram divididos em Ministérios. O primeiro, não dispunha de um departamento superior que organizasse as ações da categoria, ficando esses espessos pelas instituições. Alguns assistentes sociais que trabalhavam no “Departamento Nacional de Criança” passaram a abrir clínicas em parceria com outros profissionais, desempenhando práticas psicologizantes voltadas para a terapia familiar¹¹. Já o segundo Ministério, o da previdência, contava com uma coordenação que supervisionava e definia o exercício profissional (BRAVO, 2011).

O Plano Básico de Ação do Serviço Social, instituído em 1972, com objetivo de promover a política de ação da profissão na execução terminal tanto da

¹¹ “Historicamente, o Serviço Social brasileiro superou suas vertentes iniciais psicologizantes e estrutural funcionalista, cujos princípios norteadores segmentavam metodologicamente a profissão em Serviço Social de Caso, Grupo e Comunidade. Essa superação resultou de longo, denso, e profundo debate coletivo, que permitiu ao Serviço Social Brasileiro realizar um processo de reconceituação a partir da década de 1960. Nas décadas seguintes a profissão vivenciou sólidas mudanças teórico-metodológicas e ético-políticas, o que resultou na construção do Projeto Ético Político Profissional [...] Assim, em nosso entendimento, não procedem os argumentos que defendem práticas terapêuticas como “técnicas ou instrumentos” que sempre fizeram parte da história da profissão e, por isso, devem ser reconhecidas como competências profissionais. É certo que ações de teor psicologizante marcaram os primórdios da profissão. Mas é certo, igualmente, que nos afastamos substancialmente dessa vertente, e que a realização de terapias não integram nem a fundamentação teórica contemporânea da profissão e nem suas diretivas legais” (CFESS, 2010b, p.5).

previdência, quanto da saúde passou a ser questionado pelos próprios profissionais que trabalhavam na instituição, acarretando também um processo de análise dos programas que eram desenvolvidos no INPS juntamente com o Serviço Social.

Além disso, ainda em consonância com a autora, o desmembramento da lamps e INPS e a criação da Simpas, fez com o que os assistentes sociais passassem a se mobilizar para manter a mesmo encargo que tinha nos INPS. Nesse instituto, o Serviço Social contava com uma coordenação para expandir a sua intervenção, por meio de programas e atividades, enquanto que, no lamps a categoria não disponha de um departamento oficial. Desse modo, os profissionais passaram a se organizar e a debater sobre a falta de estruturação no órgão, chegando a elaborar um documento no III Congresso Brasileiro de Assistência Social para ser destinada ao superior da lamps. Vale ressaltar que os profissionais não conseguiram a mudança almejada, como também a articulação acabou se resumindo e priorizando o “status da profissão” perante referido órgão.

O documento, no que se refere à saúde reforça a atuação conservadora e curativa, uma vez que enfatizava a importância dos assistentes sociais na saúde atuando,

[...] nos serviços especializados, unidades médicos-assistenciais, como no nível comunitário, na promoção e prevenção da saúde. Apresentou-se como justificativa a necessidade de os beneficiários serem conscientizados em suas carências sociais para modificação dos seus hábitos, a fim de evitar o círculo vicioso: tratamento-alta-volta ao meio recaída. A finalidade do Serviço Social médico foi caracterizada como intervenção nos fatores psicossociais que influenciaram negativamente na proteção e na recuperação da saúde; o que se faz pelo desempenho de suas funções preventivas, curativas e promocionais, resultando na melhoria do funcionamento (BRAVO, 2011, p.139).

Cabe destacar os congressos organizados pelos profissionais de Serviço Social, onde foram debatidos atuação da categoria na saúde, o 1º Congresso Brasileiro de Serviço Social de Saúde, no ano de 1978, em Florianópolis - evento foi uma estratégia dos profissionais que defendiam práticas conservadoras, sendo proposto uma Associação dos Assistentes Sociais na Saúde tendo em vista que nesse período começava a surgir tendências democráticas que impulsionavam o processo de renovação do Serviço Social de rompimento do conservadorismo

existente na profissão, onde alguns assistentes sociais que concordavam com tal ruptura passaram a ocupar espaços em sindicatos e associações. Somado a isto, a principal palestra do evento ressaltou a fenomenologia nas abordagens profissionais, de forma que relacionou a doença com as experiências vividas pelo usuário e também com a família, entendendo a particularidade a cada um (BRAVO, 2011).

Outro evento, abordado pela autora, foi o III Congresso de Assistentes Sociais, conhecido como Congresso da Virada¹², que ocorreu na cidade de São Paulo, no ano de 1979. A saúde foi debatida em dois eixos: “A política governamental e saúde”, tendo à frente dois integrantes do movimento sanitário, no qual abordaram a saúde em uma perspectiva crítica e em integrante do governo. Na ocasião foi debatido e questionado as atuações burocráticas, a diferença entre a saúde coletiva e curativa, entre outros, bem como surgiram propostas que visavam uma rede de serviços básicos, a hierarquização e outros. O segundo eixo, a “Realidade e direitos sociais na saúde”, no qual foi presidida por médicos tidos como progressistas e um usuário da saúde, foi abordado por esses a peculiaridade dos serviços saúde no capitalismo, a condições de vida, trabalho relacionado com a saúde e outros. Tais debates não obtiveram muito êxito em decorrência do pouco conhecimento dos profissionais que participavam como ouvintes, onde por vezes requeriam a abordagem de outros assuntos fugindo das propostas dos debates.

Nesse contexto, tem-se a emergência dos profissionais que buscavam o rompimento com as bases conservadoras e aproximando-se de uma perspectiva crítica; os movimentos sociais sindicais e urbanos estavam adentrando na cena política, bem como o movimento de reforma sanitária, que levantava a bandeira em defesa da saúde pública, mas esse movimento não teve a mobilização dos assistentes sociais. A atuação continuou sendo pautada no conservadorismo, com base na fenomenologia, ou seja, baseado nas experiências individuais, na seletividade e burocracia das ações.

A saúde pública foi minimamente abordada, ficando alguns dos assistentes sociais apenas encarregados a auxiliar e organizar os serviços comunitários e outros

¹² “O Congresso da Virada ocorre no início do período da transição democrática brasileira, e este momento se reflete no interior da profissão, sendo decisivo para a constituição de um Serviço Social crítico no lastro do Movimento de Reconceituação, colaborando na criação de bases teóricas e político-organizativa da profissão. Este processo, coletivamente construído, redundou no que hoje denominamos de “projeto ético-político-profissional”, que possibilitou ao Brasil uma destacada presença nesta história.” (SANTIM, 2009, online)

passaram a desenvolver projetos com a comunidade, nas periferias próximas às clínicas de saúde. Portanto, nessa conjuntura não foi possível romper com a perspectiva que perpassava a profissão (BRAVO, 2011).

De acordo com a autora, o cenário de efervescência dos movimentos sociais em busca dos seus direitos e abertura para política com a crise da ditadura, fez com que os profissionais de Serviço Social começassem amadurecer o processo de “intenção de ruptura”. Esse processo de renovação da profissão em busca pela ruptura do conservadorismo continuou a não repercutir na área da saúde, refletindo na desarticulação e o não envolvimento dos assistentes sociais no movimento sanitário, no qual trouxe rebatimentos para profissão, que não conseguiu fortalecer sua atuação por meio da “[...] elaboração da política, contato parlamentar, articulação sindical, produção teórica na área” (BRAVO, 2011, p. 150).

A autora argumenta, que o fato dos profissionais não terem participado e cooperado com a nova proposta de saúde brasileira deve-se a alguns fatores, como

[...] a necessidade dos adeptos da vertente “intenção de ruptura” de fazer um redimensionamento teórico-metodológico, numa profissão desprovida de acúmulo no domínio da elaboração e investigação, precisando se construir sobre bases que inteiramente novas, o que redundou na sua vinculação à universidade. Outro aspecto se refere à subalternidade do assistente social na área da saúde, cujo principal protagonista é o médico, com as demais profissões consideradas, durante muito tempo, como “paramédicas”, situação decorrente da divisão social do trabalho na sociedade capitalista. Outro aspecto ligado à subalternidade é a condição feminina da profissão (BRAVO, 2011, p.151).

Vale enfatizar, o debate realizado no Rio de Janeiro, em 1982, pelos representantes do sindicato, colaborou para a fomentação da ação coletiva dos profissionais e da saúde pública, fazendo com que poucos assistentes sociais vislumbrassem outros espaços, como no âmbito dos ambulatórios e centros de saúde, tendo em vista, que nesse período os profissionais ainda estavam restritos às clínicas de internação e arraigados pela fenomenologia, bem como começava-se a ser enfatizado a capacitação profissional para lidar com a “morte” (BRAVO, 2011).

No período de transição para democracia, em meados dos anos 80, tem-se uma maior articulação da categoria profissional promovendo congressos, publicando textos e mobilizações com as entidades representantes do Serviço Social, a fim de

fortalecer a atuação em uma perspectiva crítica. Os profissionais críticos prosseguiram nas universidades concedendo suas contribuições aos assistentes sociais que trabalhavam nas instituições. Por sua vez, os profissionais da saúde seguiram atuando diretamente com os usuários da política de saúde com poucas modificações e colaborações nas intervenções (BRAVO, 2011).

Dessa forma, a conjuntura de transição para a democracia, pode ser caracterizada no âmbito da saúde pela “[...] politização da saúde, a alteração da norma constitucional e das práticas institucionais” (BRAVO, 2011, p. 168). Ainda a autora argumenta que

os profissionais de Serviço Social deram uma contribuição, embora que pequena, à politização da saúde nos seus fóruns de discussão e nos trabalhos efetuados nas instituições e junto aos movimentos populares. Com relação à norma constitucional, o engajamento das entidades e dos profissionais de Serviço Social foi muito reduzido. No terceiro elemento salientado [...] os assistentes sociais poderiam, se organizados e preparados técnica e politicamente, ter tido uma contribuição significativa, principalmente no que se refere às práticas institucionais, pois não estavam nos escalões que definiram a modificação do arcabouço que culminou com a criação do SUDS (BRAVO, 2011, p.168).

Como mencionado acima, em consonância com a autora, foram poucos debates e discussões no âmbito da saúde que a categoria de profissionais do Serviço Social participaram, sobretudo nos eventos organizados pelos movimentos de saúde pública, mas por outro lado, vislumbrou-se que os trabalhos produzidos e apresentados em alguns congressos e/ou fóruns possuíam criticidade.

No início dos anos 90, o Serviço Social ainda continua de certa forma pouco engajado no Movimento da Reforma Sanitária e com uma parca modificação na ação profissional em decorrência do processo de renovação. Concomitante a isso é consolidado o projeto neoliberal no governo de Fernando Henrique Cardoso, que desconsidera os direitos sociais e fortalece a acumulação do capital, afetando a política de saúde, que sofre com as privatizações, com o distanciamento dos princípios do SUS (universalidade, equidade e integralidade), ausência de recursos destinados a referida política e outros (BRAVO, 2009).

O projeto neoliberal, que preza pelos interesses do capital se contrapõe a direção e ideias proposto pelo projeto profissional do Serviço Social e o da Reforma

Sanitária, em que esse entra em disputa com o projeto privatista em meados dos anos 90. O projeto profissional do Serviço Social e o da Reforma Sanitária, segundo Matos (2013, p.102)

[...] mesmo que distintos- uma vez que o Projeto Ético Político do serviço Social é de uma corporação profissional e o da reforma sanitária seja um projeto de política social que se materializa também como um serviço- ambos os projetos tem uma clara concepção de mundo e de homem, com uma nítida vinculação a um projeto societário não capitalista, apontando para o socialismo como alternativa.

As disputas entre os projetos de saúde privatista e da reforma sanitária, exigem do assistente social práticas diferenciadas. O primeiro voltado mais para uma prática que mantenha o status quo, através da seletividade socioeconômica, psicologização no atendimento, priorizando o individual e outros; o segundo voltado para uma prática na perspectiva do direito na universalização da saúde, do trabalho multiprofissional e interdisciplinar, atendimento humanizado e outros (BRAVO; MOTA, 2009).

O Serviço Social recebe influências dessa conjuntura, tendo em vista que simultaneamente ao fortalecimento da intenção de ruptura, constatava-se uma onda conservadora considerando a teoria crítica dialética ultrapassada para responder os desafios existentes no Serviço Social. Tal crítica a perspectiva intenção de ruptura e a nova teoria que passa a embasar a profissão, reflete na área da saúde, sendo sustentada pela fragmentação entre teoria e prática, pela ausência de um conhecimento próprio no âmbito da saúde, assim percorrendo para recusa da formação profissional ou para a produção de conhecimentos que abordam a prática conservadora médica. Esse último é elucidado por Bravo e Mota (2009, p. 212) em três aspectos:

[...] A primeira é a constatação de que ainda existe na categoria segmentos de profissionais que, ao realizarem a formação em saúde pública, passam a não se identificar mais como assistentes sociais, recuperando uma auto-apresentação de sanitaristas. A segunda tendência, na atualidade com mais vigor, é a resgatar no exercício profissional um privilégio da intervenção no âmbito das tensões produzidas subjetivamente pelos sujeitos e tem sido autodeterminada pelos executores como o Serviço Social Clínico. E por fim, percebe-se gradativamente o discurso da necessidade da criação de entidades ou da realização de fóruns de capacitação e debates dedicados à importância da produção do conhecimento sobre o

Serviço Social nas diferentes áreas de especialização da prática médica.

Cabe ressaltar, que a profissão passou a ter um maior campo de atuação com a implementação do SUS a partir da Constituição Federal de 1988, que trouxe consigo uma nova concepção de saúde e reconheceu que os fatores sociais e econômicos interferem na saúde. Com isto, os profissionais têm erguido novos campos para o exercício profissional, seja no planejamento ou na gestão dos programas, inserindo-se em equipes interdisciplinares, multiprofissionais, respondendo demandas coletivas (KRÜGUER, 2010).

Portanto, vislumbra-se que a inserção do assistente social na área da saúde está atrelada as modificações sócio-históricas do cenário político, da saúde e processo de renovação da profissão, em que esses ao longo do tempo vão demandando posturas diferentes frente as expressões da “questão social”. De fato, a mais expressiva organização na política de saúde foi o Movimento da Reforma Sanitária, que resultou a instauração do SUS previsto na Constituição Federal de 1988, como também trouxe consigo uma nova forma de intervir na saúde da população, expandindo novos campos para atuação dos profissionais de tal política, inclusive os assistentes sociais, que passaram a incorporar em equipes multidisciplinares e interdisciplinares. Contudo, tanto a política de saúde, quanto os profissionais que atuam nela, sofrem com os desmontes das privatizações, redução de recursos e outros que advém da política neoliberal.

4 EQUIPE MULTIPROFISSIONAL E SERVIÇO SOCIAL: UMA ANÁLISE DE INSERÇÃO

4.1 Trabalho interdisciplinar x trabalho multiprofissional: similitudes e antagonismos

A interdisciplinaridade vem sendo discutida ao longo das últimas três décadas, em que é possível encontrar várias discussões e interpretações acerca do presente tema, que por vezes apresenta-se divergentes. Dessa forma, a interdisciplinaridade não abrange somente a produção de conhecimentos, mas também abarca as intervenções nos seus mais diversos espaços de atuação e formação profissional (BRITO, 2012).

A referida temática por não ter um sentido estável, em virtude dos diversos posicionamentos e âmbitos de conhecimentos, bem como por possuir distintas nomenclaturas (trans, pluri, inter e multidisciplinaridade), permite que venha sendo usada e empregada de forma abrangente. Nessa perspectiva, a autora Pombo (2016, p.2, grifos do autor) elenca alguns pontos:

Em primeiro lugar, a palavra entrou no vocabulário da investigação científica e dos novos modelos de comunicação entre pares. Qual é o projecto [sic] que hoje não reúne equipas [sic] interdisciplinares? Qual é o colóquio ou mesmo o congresso que hoje não é interdisciplinar? Teríamos aqui um *contexto epistemológico*, relativo às práticas de transferência de conhecimentos entre disciplinas e seus pares. Depois, é recorrentemente proclamada pela universidade mas também pela escola secundária. Qual é o curso que hoje não comporta elementos curriculares interdisciplinares? Qual é a reforma que hoje se não reclama da interdisciplinaridade? *Contexto pedagógico* portanto, ligado às questões do ensino, às práticas escolares, às transferências de conhecimentos entre professores e alunos que tem lugar no interior dos currícula (sic) escolares, dos métodos de trabalho, das novas estruturas organizativas das quais, tanto a escola secundária como a Universidade, vão ter que se aproximar cada vez mais. Em terceiro lugar, um *contexto mediático*. A palavra interdisciplinaridade é constantemente resgatada pelos novos meios de comunicação que fazem dela uma utilização selvagem, abusiva, caricatural.

Apesar da interdisciplinaridade ser constante utilizada e necessária para qualquer estudo ou trabalho nos dias atuais, como já mencionado, não é um termo novo. Segundo Mangini e Miotto (2009) a expressão pode ser encontrada em alguns documentos do século XX, bem como passou-se a fazer menção e desenvolvê-la a partir do relatório elaborado no ano de 1969 pelo Centro para Pesquisa e Inovação do Ensino (CERI) associado a Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OEDE), com vistas a diferenciar a organização das universidades dos projetos relacionados aos estudos, onde um dos fatores elencados foi o pouco conhecimento acerca de alguns conceitos da interdisciplinaridade.

Assim sendo, tomando como ponto de partida a pretensão de elucidar a problemática, passou a ser discutido e concebido sob um eixo epistemológico, quatro distinções terminológicas: pluri, trans, inter e multidisciplinar. Somado a isto, tais terminologias também foram elucidadas no “Seminário sobre interdisciplinaridade e transdisciplinaridade”, conhecido como “Congresso Nice” que ocorreu na França em 1970 (MANGINI E MIOTTO, 2009)

No que tange as distintas terminologias supracitadas que perpassa a temática, o autor Vasconcelos(2010) embasado nos autores Japiassu e Jantsch, traz uma discussão sob as múltiplas formas de apreender e aprofundar a utilização e organização do trabalho em equipe, abordando conceitos de cooperação que atravessa o âmbito profissional. Assim sendo, faz-se necessário conceituar e diferenciar estes quatro níveis.

Nessa perspectiva, a pluridisciplinaridade é a “[...] justaposição de diversas disciplinas situadas geralmente no mesmo nível hierárquico e agrupadas de modo a fazer aparecer as relações existentes entre elas.” (VASCONCELOS et al., 2010, p.45). Essa se expressa no trabalho em equipe, por meio de reuniões e discussões entre os profissionais sobre as demandas dos usuários, todavia, sem que haja uma lógica e/ou evidência que organize o trabalho (VASCONCELOS, 2010).

A transdisciplinaridade é definida por Vasconcelos (2010, p. 46) como uma “coordenação de todas as disciplinas e interdisciplinas do campo, sobre uma axiomática compartilhada; criação de campo com autonomia teórica, disciplinar ou operativas mais próprias”. Na prática transdisciplinar, rompe-se com as perspectivas “tradicionais”, com a hierarquização e conhecimentos específicos, que por vezes podem estar presentes nas práticas pluri e multidisciplinar, bem como evidencia-se

que esta perspectiva é mais democrática que a interdisciplinar, em termos de troca de saberes entre os profissionais no âmbito profissional (ORTIZ, 2010).

A multidisciplinaridade ou multiprofissional, diz respeito a disciplinas de áreas diferentes que se propõem a um objetivo, mas que não estabelecem troca de conhecimentos e/ou relação entre si (VASCONCELOS, 2010). Em outros termos, “[...] pode ser visualizada nas práticas ambulatoriais convencionais, onde profissionais de diferentes áreas trabalham isoladamente, geralmente sem cooperação e troca de informações entre si, a não ser por meio de sistema de referência e contra-referência[...]” (VASCONCELOS, 2010, p. 46).

Em consonância com os autores, a interdisciplinaridade é caracterizada pela troca recíproca entre os saberes, como também nessa perspectiva há uma redução dos níveis hierárquicos entre as disciplinas ou profissionais. Em outros termos, a interdisciplinaridade expressa-se pela

[...] identificação de uma problemática comum, com levantamento de uma axiomática teórica e/ou política básica e de uma plataforma de trabalho conjunto, colocando em comum os princípios e conceitos fundamentais, esforçando-se para uma decodificação recíproca da significação das diferenças e convergências desses conceitos, e desta forma gerando uma fecundação e aprendizagem mútua, que não se efetua por simples adição ou mistura, mas por uma recombinação dos elementos internos. (VASCONCELOS, 2010, p.38).

Contudo a interdisciplinaridade encontra alguns desafios e obstáculos para sua efetivação, uma vez que os profissionais ao ingressarem no mercado de trabalho ficam submetidos as condicionalidades impostas pelas instituições, como também a sua formação e o próprio contexto cultural de sua profissão acarretam a especificidade dos saberes (Ortiz 2010).

Em que se pese a fragmentação do saber, Brito (2012, p. 28), parte da perspectiva crítica dialética e afirma que

A fragmentação do saber tem sua raiz na divisão social do trabalho a partir da propriedade privada e, na sua configuração moderna, no desenvolvimento da sociedade burguesa, aliado ao processo capitalista de produção, funcional a reprodução deste. A partir do processo de divisão social do trabalho, opera-se uma profunda cisão no interior do ser social com a separação entre trabalho manual e

trabalho intelectual. Essa divisão é resultante de um processo claramente social – e não natural - que contribui energicamente para a manutenção da exploração e a dominação de uma classe sobre a outra. Não por acaso, essa forma de sociabilidade necessita desse modo de produção do conhecimento para captar a realidade apenas em sua aparência, de maneira que contribua para reproduzir um tipo de sociedade que beneficie os interesses da classe burguesa.

Como acima mencionado, a fragmentação foi intensificada sobretudo com a Revolução Industrial e o avanço do capitalismo, onde essas trouxeram consigo uma maior complexidade do contexto social, da divisão social técnica do trabalho e ao mesmo tempo uma amplificação da elaboração dos saberes, assim ocasionando uma excessiva especialização das disciplinas e/ou das práticas profissionais (TONET, 2009).

A fragmentação e especialização que perpassa as mais variadas práticas profissionais, afeta a atuação dos assistentes sociais, inclusive no que diz respeito a prática destes, juntamente com outros profissionais. Logo, vislumbra-se que a prática multiprofissional se fez presente ao logo do contexto histórico do Serviço Social, a exemplo, do ingresso dos assistentes sociais na saúde em equipes multiprofissionais, no ano de 1948, com vistas a amplificar os serviços de saúde à população, voltando-se para uma prática higienista e preventiva; como também, percebe-se uma maior inserção dos assistentes sociais em equipes multiprofissionais com a implementação do SUS, estes atuando em uma perspectiva do direito, da promoção, prevenção e educação à saúde, como mencionado no capítulo anterior.

Diante do exposto, pode-se ressaltar que o conceito de multidisciplinaridade ou multiprofissional encontrada na pesquisa bibliográfica difere e confunde-se na prática com a interdisciplinaridade, uma vez que nessa última tem-se uma combinação de fatores e maior comunicação entre as profissões na resolutividade da demanda; já no multiprofissional apesar de não ter uma comunicação tão explícita, cada profissional com sua prática, especialidade e atribuição privativa irá contribuir e dar respostas às demandas sem interferir na atuação do outro profissional.

Então, entendendo a relevância do trabalho em equipe nos diversos espaços sócio ocupacionais, sobretudo na saúde, sentiu-se a necessidade de aprofundar o referido tema por meio de uma pesquisa com o

s assistentes sociais que atuam no Hospital Regional de Sousa, a fim de melhor compreender a atuação dos mesmos juntamente com a equipe multiprofissional.

4.1.1 Caracterização do Hospital Regional de Sousa/ PB

O Hospital Deputado Manuel Gonçalves de Abrantes também conhecido por Hospital Regional de Sousa (HRS), foi implementado na cidade de Sousa- PB, no ano de 1980, no decorrer do governo de Tarcísio Miranda Buriti, com o intuito de possibilitar melhores condições de saúde para população sousense, que sofria com a ausência de um hospital de urgência e emergência. Anteriormente a sua fundação, os usuários se deslocavam até a cidade de Campina Grande com a intenção de serem atendidos, diagnosticados e fazer tratamento, todavia em decorrência da precariedade, demora no atendimento, gravidade da doença e até mesmo da distância, alguns usuários chegavam a óbito durante o traslado.

O HRS é gestado e/ou administrado pelo governo do Estado e atualmente tem como principais objetivos institucionais: potencializar melhores atendimentos; promover acompanhamentos específicos de acordo com as demandas; promover acesso às ações sociais, contribuindo para uma melhoria social e buscar novas estratégias, respeitando os princípios da ética e cidadania, no que se refere à prevenção e controle dos agravos¹³.

O hospital é de média complexidade e formada por uma equipe multiprofissional, entre os profissionais que compõe tal equipe está o assistente social. Esse profissional emerge no hospital no ano de 1999, quando evidencia-se um aumento de demandas institucionais, assim carecendo de um profissional para buscar estratégias ou responder tais demandas e viabilizar o direito à saúde.

Em que se pese os instrumentais utilizados pelos assistentes sociais no espaço sócio ocupacional, podemos destacar: o livro de ocorrência, livro de registro para óbito, livro de registro para transferência de pacientes, declarações, livro de protocolo e outros. Com relação as demandas institucionais e dos usuários para o

¹³ Os dados sobre o HRS foram retirados de documentos internos, na sala do Serviço Social, sendo estes elaborados a partir dos relatos de experiências dos profissionais que trabalham desde a fundação do referido hospital e por estagiários.

Serviço Social, pode-se destacar: visitas nos leitos, acolhida dos visitantes, mediação de processos de transferências, viabilizar de exames e marcações, encaminhar paciente para outras instituições, acionar órgãos públicos de acordo com a necessidade dos pacientes, como Conselhos de Direitos, CREAS, delegacias, Ministério Público, entre outros.

O Serviço Social deve caracterizar-se como porta de entrada das unidades hospitalares e as/os assistentes sociais do HRS por meio da luta cotidiana tentam imprimir essa realidade no cotidiano profissional e hospitalar.

4.1.2 Perfil dos profissionais entrevistados

Para melhor apreender o material empírico da pesquisa, faz-se necessário expor e apresentar os dados coletados acerca do perfil profissional dos assistentes sociais entrevistados. Analisar o perfil profissional é de relevância para conhecer os entrevistados, bem como para problematizar os desafios e possibilidades do trabalho multiprofissional no Hospital Regional de Sousa, a partir da apreensão dos profissionais de Serviço Social.

Nessa perspectiva, o questionário estruturado formulado foi aplicado junto a cinco (5) assistentes sociais, selecionadas a partir da disponibilidade das mesmas, numa amostragem de 30%, e com relação aos dados dos perfis profissionais, foram abordados aspectos, tais como: o sexo, vínculo empregatício, ano e instituição que se formou e o tempo de atuação no referido hospital.

Vislumbra-se que os dados relativos ao sexo os profissionais entrevistados na sua totalidade são do sexo feminino. A feminilização na profissão pode ser explicada pelas suas raízes conservadoras, que emerge vinculada a Igreja Católica, com “as damas” de caridade, orientadas pelos princípios cristãos da Igreja Católica empenhavam-se em ações de benemerências, caridade e filantrópicas destinada a classe trabalhadora, como mencionado no capítulo anterior. Percebe-se que este fato perdura até os dias atuais, sobretudo, os estigmas construídos sobre a vocação, missão de ajudar e entre outros, que perpassam a profissão.

No que tange, o ano de formação profissional constatou-se que 100% dos assistentes sociais concluíram no ano 2000. Dessa forma evidencia-se que a

formação profissional de tais profissionais deu-se pautada no novo projeto profissional do Serviço Social, que imprime uma direção teórica embasada no método marxista, como também de compromisso com a classe trabalhadora. Tal projeto se materializa através do Código de Ética, Diretrizes Curriculares e Lei que Regulamenta a Profissão (Lei nº8.662/93).

Sobre a instituição de formação profissional 40% dos profissionais concluíram em Ensino à Distância (EAD), 40% em universidades públicas e 20% em instituição privada. Com isto, evidencia-se que a EAD e instituição privada, juntas, formam um considerável número de profissionais que atuam no HRS. Conforme os estudos de Yamamoto (2009), o crescimento significativo em instituições privadas e principalmente as EAD's

[...] traz sérias implicações para o exercício profissional, as relações de trabalho e condições salariais por meio das quais realizam. Pode-se antever, já no curto prazo, *um crescimento acelerado do desemprego nessa área*, pois dificilmente a oferta dos postos de trabalho poderá acompanhar, no mesmo ritmo, o crescimento do contingente profissional, pressionando *o piso salarial, a precarização das condições de trabalho e aumentando a insegurança do trabalho*. (ibidem, p. 42, grifos do autor)

Percebe-se que a precarização do trabalho também está presente nos dados referentes ao vínculo empregatício dos assistentes sociais, no qual apenas 20% são efetivadas e 80% são codificadas¹⁴. Nesse último, os profissionais recebem seu salário por produtividade, não usufruem dos direitos trabalhistas, como contribuição e benefícios previdenciários, décimo terceiro e outros.

Assim sendo, esses fatores são resultantes da ofensiva neoliberal trazendo consigo os desmontes das conquistas dos direitos trabalhistas. Cabe ressaltar, que a desregulamentação das relações de trabalho e a contenção dos gastos trabalhistas, vem sendo reforçada pelo atual governo através do projeto de lei da terceirização (PL 4302/98), substituindo o emprego permanente, através de concursos, por empregos temporários¹⁵ (MACEDO, 2017).

¹⁴ Os profissionais empregados na modalidade de codificados, recebem o salário por meio do número do CPF e não possuem documento que comprove sua contratação ou admissão.

¹⁵ “Art. 2º Trabalho temporário é aquele prestado por pessoa física contratada por uma empresa de trabalho temporário que a coloca à disposição de uma empresa tomadora de serviços, para atender à necessidade de substituição transitória de pessoal permanente ou à demanda complementar de serviços.”

A última variável a ser analisada é o tempo de atuação no HRS, onde pode-se destacar que 60% atuam na instituição entre 1 a 5 anos e 40% entre 6 a 10 anos. Esses dados dos assistentes sociais entrevistados que atuam a pouco tempo na instituição, deve-se a mudança de governo, ocasionando demissões e novas contratações.

Portanto, reitera-se que tais observações tornam-se necessárias para conhecer os assistentes sociais entrevistados e partir disto compreender acerca das práticas multiprofissionais desenvolvidas no HRS.

4.1.3 A realidade do trabalho multiprofissional: possibilidade e desafios a partir das reflexões dos profissionais

Pretende-se neste item, abordar sobre o trabalho multiprofissional com base na apreensão dos profissionais entrevistados na instituição supramencionada. Saliencia-se que a análise dos dados será feita a partir no método crítico de dialético, o qual possibilita entender o movimento do real em sua totalidade, compreendendo a dinâmica do trabalho multiprofissional, para além das aparências, do que está posto (NETTO, 2011b).

Em que se pese as indagações feitas aos assistentes sociais, foram desde a importância até os desafios encontrados para efetivação de tais práticas. Dessa forma, a primeira pergunta do questionário foi referente as práticas multiprofissionais se realmente ocorre e de que forma esta prática se processa no HRS:

“Quando a necessidade e nossa intervenção junta a outras profissões nós buscamos o diálogo.” (ENTREVISTADA n° 1)

“Tem, mas não é efetivado cada categoria responde as suas demandas por seu setor, o que era pra ser trabalhado em equipe se transforma em um trabalho isolado, onde o setor que mais se sobrecarrega é o serviço social. A equipe multiprofissional deveria se reunir, debater sobre as ações desenvolvidas com frequência, porém só acontece essa articulação quando o plantonista da equipe tem um olhar diferenciado, então procura o Serviço Social para encontramos juntos a solução para a necessidade do paciente. Ex. vagas de transferência, especialidades de atendimento” (ENTREVISTADA n° 3)

“As vezes ocorre o trabalho multiprofissional. A prática se processa com a junção de vários profissionais para garantir um atendimento resolutivo aos cidadãos.” (ENTREVISTADA n° 4)

Vislumbra-se diante das respostas dos assistentes sociais entrevistados, que o trabalho multiprofissional não ocorre com frequência no hospital, apenas em alguns momentos específicos como acima mencionado pela Entrevistada n°3. Além disso, nota-se que as respostas dos mesmos perpassam pela prática multiprofissional de forma positivista, ao ser enfatizado a vontade individual do profissional, como se a superação da fragmentação estivesse vinculada ao esforço e não as contradições e desafios que são determinadas pela sociedade capitalista.

Na fala da entrevistada n° 3 chama atenção pela sobrecarga dos assistentes sociais, pelo fato do trabalho multiprofissional não acontecer com frequência, levando perceber a polivalência no trabalho, assim exercendo funções que não são de sua competência ou atribuição, por exemplo, das marcações de exames, solicitar ambulâncias e outros. De acordo com o CFESS (2010), estas atribuições são meramente técnicas-administrativas, onde requerem formação específicas que não abrangem a formação profissional e/ou acadêmica dos assistentes sociais.

Nos espaços sócios ocupacionais os assistentes sociais, por vezes, encontram desafios para apreender e exercer suas competências e atribuições, devido as demandas institucionais impostas, que são decorrentes da contrarreforma na saúde levando a precarização e fragmentação do trabalho (CFESS 2010).

Outra pergunta sobre a temática foi acerca dos profissionais que exercem o trabalho multiprofissional juntamente com os assistentes sociais. As repostas em sua maioria evidenciam que comumente tal prática se processa juntamente com psicólogos e enfermeiros, por outro lado o diálogo com o médico acontece apenas em casos isolados, tais como informar o óbito do usuário aos familiares e em transferências.

“Enfermeiros e técnicos de enfermagem.” (ENTREVISTADA n°2)

“Temos essa articulação com o psicólogo, enfermagem e alguns médicos.” (ENTREVISTADA n° 3)

“Geralmente na nossa área os que estão diretamente atuando em equipe é o assistente social, psicólogo, o enfermeiro, as vezes o médico.” (ENTREVISTADA n° 5)

No que se refere a importância do trabalho multiprofissional, destacam-se as seguintes respostas:

“Sim. Porque é preciso desenvolver um trabalho em equipe no qual os profissionais se envolvam em algum momento na assistência, de acordo com o seu nível de competência específico e possam oferecer um saber capaz de ajudar a solucionar os casos mais simples ou mais complexos.” (ENTREVISTADA n° 2).

“Sim, porque configuram um conjunto diversificado das áreas profissionais, necessárias à implementação das ações que podem viabilizar a atenção integral à saúde, com o objetivo de aprimorar os serviços a serem executados.” (ENTREVISTADA n° 3).

“Sim. É notável a importância de um trabalho multiprofissional o atendimento e a qualidade dos serviços melhoram e como isso gera benefícios aos cidadãos.” (ENTREVISTADA n° 4).

A pergunta referente a importância do trabalho multiprofissional é apreendida pelos assistentes sociais, de forma unânime, como relevante para viabilizar os direitos dos usuários e serviços de saúde, pelo fato de cada profissional contribuir com seus conhecimentos. A esse último, salienta-se “[...] que o trabalho coletivo não dilui as competências e atribuições de cada profissional, mas, ao contrário, exige maior clareza no trato das mesmas” (IAMAMOTO, 2002 apud CFESS, 2010, p. 46).

Ainda de acordo com o CFESS (2010), a atuação dos assistentes sociais no trabalho em equipe trará um olhar diferenciado da situação de usuário, que deve estar embasada e norteado pelos princípios éticos-políticos da profissão.

Nesse sentido, os profissionais quando indagados se acreditam ou tem percepção que os demais profissionais que compõe a equipe multiprofissional juntamente com o Serviço Social consideram importante esse trabalho em equipe, obtive-se as seguintes respostas:

“Em parte, algumas áreas profissionais consideram o Serviço Social um incômodo, porém colaboram bem conosco.” (ENTREVISTADA n° 1)

“Nem sempre valorizam/ reconhecem. Em uma equipe multiprofissional é de fundamental importância o trabalho do Assistente Social, pois será através dele que se descobrirá as demandas do setor.” (ENTREVISTADA n° 2)

“Sim, pois com isso gera várias vantagens, tais como a participação de toda equipe através de um trabalho integrado irá propiciar uma assistência mais digna e humana ao paciente, fortalece o vínculo de relações entre os profissionais, família e paciente e melhora o aproveitamento da capacidade profissional pela coesão do trabalho.”
(ENTREVISTADA n° 4)

Diante do exposto, é notório que alguns assistentes sociais acreditam que os demais profissionais da saúde, por vezes, não consideram e/ou desvalorizam o trabalho multiprofissional. Essa desvalorização pode ser explicada pela formação e cultura profissional determinadas pela sociedade capitalista, ocasionando a competitividade, a individualidade e, conseqüentemente, a fragmentação do saber.

Desse modo, quando perguntado acerca do reconhecimento do trabalho dos assistentes sociais na instituição e no trabalho multiprofissional, pode-se observar que há uma valorização por parte de alguns profissionais, todavia, há outros que não reconhecem. Nesse caso, os assistentes sociais devem buscar estratégias, tais como reuniões, discussões e diálogos com os demais profissionais para aos poucos demarcarem e demonstrarem a relevância de sua atuação na referida instituição, bem como suas competências e direção social de compromisso com a classe trabalhadora.

“Valorizado por alguns, criticados por outros. Muitas vezes o Serviço Social só fica sabendo de alguma necessidade dos pacientes quando os acompanhantes nos comunica; quando procuramos para atender as necessidades dos pacientes, muitos não “gosta” e critica, acha que estamos nos metendo na função dos mesmos. Uma parte visto que trabalhamos com profissionais em regime de plantão.”
(ENTREVISTADA n° 3)

“Alguns profissionais enxergam o valor do assistente Social, pois veem as batalhas árduas que enfrentamos para garantir os direitos do paciente. Na equipe multiprofissional o assistente social vai atuar de maneira significativa para juntamente com os outros profissionais gerar uma qualidade de vida aos direitos do cidadão.”
(ENTREVISTADA n° 4)

Quando perguntados aos assistentes sociais se os demais profissionais que compõem a equipe multiprofissional, tem a apreensão crítica sobre os rebatimentos da política neoliberal e seus impactos na gestão e serviços de saúde, destacam-se as seguintes respostas:

“Todos tem essa apreensão mas não compreensão.”
(ENTREVISTADA n° 1)

“Não. Pois alguns profissionais ainda não tem total conhecimento sobre a precariedade na política de saúde e com isso gera atrito em serviços que o sistema de saúde acaba por não suprir”.
(ENTREVISTADA n° 4)

Diante do exposto, percebe-se que os profissionais entrevistados entendem que os demais profissionais não compreendem a política neoliberal, a precarização do trabalho, dos serviços e cortes de recursos destinados à saúde, oriundos da mencionada política. Essa falta de compreensão pode ser decorrente da formação acadêmica e profissional, levando a acomodação destes e a falas clichês, como “não tem o que fazer”.

Por fim, ainda nessa perspectiva da falta de compreensão acerca dos impactos da política neoliberal nos serviços de saúde, os profissionais foram indagados, sobre os desafios encontrados na resolutividade das demandas, como a individualização do problema.

“Os problemas são sempre individualizados.” (ENTREVISTADA n° 1)

“Sim, Acaba individualizando, não existe a política que atenda a todos, conseguimos viabilizar algumas demandas outros ficamos de mãos atadas.” (ENTREVISTADA n° 3)

Nas repostas dos assistentes sociais entrevistados fica explícito que as demandas dos usuários são frequentemente individualizadas, no sentido da atuação profissional, por vezes não havendo a intervenção multiprofissional para resolutividade ao problema, bem como compreende-se que essa individualização também acontece nos serviços da saúde, ocasionando a seletividade e focalização, como já mencionado, devido a precarização e cortes de recursos na política de saúde.

Diante da análise da pesquisa, compreende-se que o trabalho multiprofissional nas unidades hospitalares é de suma importância para os serviços e atendimentos dos usuários nas unidades hospitalares, uma vez que a atuação em equipe possibilita uma intervenção que considera o usuário como um todo: suas condições biológicas, econômicas, sociais, culturais e políticas. Nesse contexto, os

assistentes sociais atuam no trabalho em equipe de forma a buscar estratégias para viabilizar os direitos dos usuários, prestar informações e/ou orientações individuais ou coletivas, caso necessário buscar a rede socioassistencial e outros.

O trabalho multiprofissional é também perpassado por desafios e/ou obstáculos, dentre eles, a fragmentação do saber, a ausência de comunicação, competitividade e as condições do trabalho, a hierarquia das profissões, que acabam dificultando a intervenção profissional, o atendimento e resolutividades das demandas dos usuários.

Portanto o trabalho multiprofissional caracteriza-se como relevante para o/a assistente social no seu cotidiano profissional no Hospital Regional de Sousa, bem como de suma importância para os usuários desta referida unidade, em que a partir desta interdisciplinaridade entre as profissões, as demandas ganham resolutividade com mais precisão e no caráter de direito. Entretanto, pode-se compreender que esta relação multiprofissional e interdisciplinar ocorre entre muitos desafios e efetiva-se apenas em casos específicos, à exemplos do atendimento psicossocial e mediações de transferências.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tomando como base o que no decorrer deste trabalho foi discutido, pode-se entender que o trabalho multiprofissional no âmbito da saúde teve espaços ampliados a partir da inserção da Saúde na Constituição Federal de 1988, sobretudo com a implementação do SUS, onde ambos propiciaram uma nova compreensão sobre saúde na perspectiva do direito.

O trabalho multiprofissional por vezes é confundido com a interdisciplinaridade, em decorrência da prática, tendo em vista que os profissionais que compõem a equipe multiprofissional atuam de acordo com suas atribuições privativas na necessidade e/ou de um usuário, todavia, diferentemente da interdisciplinaridade esta atuação não dará com uma recombinação de elementos internos, mas de forma isolada muitas vezes sem troca de informações.

Na pesquisa realizada com cinco (5) assistentes sociais, pode-se apreender que o trabalho multiprofissional na instituição ocorre em situações específicas como nas transferências, nas intervenções com vítimas de violência e negligenciados, bem como pouco é valorizado pelos profissionais. Com relação a atuação dos assistentes sociais inseridos nas equipes multiprofissionais, notou-se que este profissional propicia um olhar diferenciado, crítico, propositivo, para além das dificuldades apresentadas na aparência, sendo fundamental para viabilização dos direitos dos usuários e dos serviços de saúde.

Sendo assim, foi possível identificar tanto na pesquisa bibliográfica, quanto na pesquisa de campo que a prática multiprofissional é permeada de desafios e possibilidades. No que se refere aos desafios, quais sejam fragmentação e especialidade dos saberes de forma exacerbada, a ausência de comunicação, a hierarquização, as condições e competitividade geradas pelo mercado de trabalho, que advém do processo de industrialização traz consigo uma intensificação das condições e relações de trabalho, como também da expansão da produção de saberes. Já nas possibilidades, destaca-se a importância do trabalho multiprofissional na resolutividade das demandas e nos serviços de saúde, uma vez que cada profissional, proporcionará lançar um olhar para o usuário como um todo, que sejam condições biológicas, sociais e outros.

Salienta-se, que os profissionais que compõem a equipe multiprofissional devem atuar pautados nas suas atribuições privativas e também entendendo os limites de sua intervenção. No caso dos assistentes sociais, não devem desvalorizar ou pôr de lado as conquistas da profissão, a exemplo, do Código de Ética e da Lei de Regulamentação da Profissão, assim exercendo uma prática norteada por esses, apreendendo melhor suas competências e atribuições e demarcando-as e esclarecendo-as para os demais profissionais (ORTIZ, 2010).

Conclui-se que, no âmbito da saúde pública no Brasil a inserção do/a assistente social e o trabalho multiprofissional tem sua importância e contribuição para resolutividade e viabilização das demandas dos usuários. Assim sendo, para melhor efetivação desta prática os profissionais necessitam investir em uma formação permanente, procurar realizar reuniões e/ou trocarem informações sobre as necessidades dos usuários e buscar estratégias aos efeitos neoliberais que afetam a saúde. Destarte, as elaborações e análises apresentados acerca da temática a qual foi estudada é apenas um recorte da realidade, compreendendo que essa não se esgota, ao contrário, está constantemente ampliando e abrindo novas oportunidades de análise.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, A. G. **Serviço Social e filosofia**: das origens a Araxá.- 6. ed.-São Paulo: Cortez, 2011.

ANDERSON, P. Balanço do neoliberalismo. In: SADER, E; GENTILI, P. (Orgs). **Pós-neoliberalismo**: as políticas sociais e o Estado democrático. - 10ª ed. - Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995.

ANDRADE, M. A. R. A. O metodologismo e o desenvolvimento no Serviço Social brasileiro: 1947 a 1961. **Serviço Social & Realidade**, v. 17, n. 1. Franca, 2008.

BEHRING, Elaine Rossetti. **Brasil em contra-reforma**: desestruturação do Estado e perda de direitos. – 2. ed.- São Paulo: Cortez. 2008.

BRAVO, M. I. de S. **Serviço social e reforma sanitária: lutas sociais e práticas profissionais**. - 4. Ed -. São Paulo: Cortez, 2011.

BRAVO, Maria Inês Sousa. **Saúde e serviço social no capitalismo**: fundamentos sócio-históricos. São Paulo, Cortez, 2013.

_____. Maria Inês Souza. Política de Saúde no Brasil. In: MOTA, Ana Elizabete et. al. (orgs). **Serviço Social e Saúde**: Formação e Trabalho Profissional. – 4 ed.- São Paulo: Cortez/ OPAS,OMS, Ministério da Saúde, 2009.

_____. Maria Inês Souza; MATOS, Maurílio Castro de. Projeto Ético- Político do Serviço Social e sua Relação com a Reforma Sanitária: Elementos para o Debate. In: MOTA, Ana Elizabete et. al. (orgs). **Serviço Social e Saúde**: Formação e Trabalho Profissional. – 4 ed.- São Paulo: Cortez/ OPAS,OMS, Ministério da Saúde, 2009.

BRITO, Dalliana Ferreira. **Práticas Interdisciplinares na Saúde**: possibilidades e desafios para o exercício profissional do assistente social no contexto de

reestruturação produtiva. 2012. 157 f. Dissertação (Mestrado)- Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2012. Disponível em:
<<http://tede.biblioteca.ufpb.br/bitstream/tede/7227/1/arquivototal.pdf>> Acesso: 05 mar. 2017.

CBES. Revista Saúde em Debate. Por uma Política Democrática de Saúde- Pela Constituinte. n. 17, 1985.

CFESS. **Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde.** Brasília, 2010a.

_____. **Serviço Social e Reflexões Críticas sobre Práticas Terapêuticas.** Brasília, 2010b.

COHN, Amélia. et al. **A saúde como direito e como serviço.** – 7. ed. – São Paulo: Cortez, 2015.

COSTA, Nilson de Rosário. O Banco Mundial e a Política Social nos Anos 90: Agenda para reforma do setor saúde no Brasil. In: **Política de Saúde e Inovação Institucional: Uma agenda Para os anos 90.** Rio de Janeiro: ENSP, 1997.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa.** – 4 ed.- 12 reimpr.- São Paulo: Atlas, 2009.

_____. GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** - 6. ed. - São Paulo: Atlas, 2008.

HISTÓRICO DA POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL. Texto produzido para Capacitação Regional de Conselheiros Estaduais e Municipais de Assistência Social. Agosto/2000. Disponível em:
<http://www.mp.go.gov.br/portalweb/hp/41/docs/historico_da_politica_de_assistencia_social_-_2000.pdf>. Acesso em: 19 mar. 2017.

HUSSON, MICHAEL. **Estado e mundialização**. In: Inprecor- América Latina. Abr.1994.

SANDRONI, Paulo. **Dicionário de economia**. 3 ed. São Paulo, Nova Cultural,1992.

IAMAMOTO, Marilda Villela, **O Serviço Social na cena contemporânea**. IN: CFESS. Serviço Social: direitos e competências profissionais. Brasília: CFESS/APESS, 2009.

IAMAMOTO, Marilda Villela; CARVALHO, Raul. **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil**. 39 ed. São Paulo: Cortez, 2013.

KOSIK, Karel. Dialética do Concreto. (Trad.: Cecília Neves e Alderico Toríbio). São Paulo: Paz e Terra, 2011.

KRÜGUER, Tânia Regina. Serviço Social e saúde: espaços de atuação a participação do SUS. In: **Revista de Serviço Social e Saúde**. UNICAMP Campinas, v.IX, n. 10, Dez. 2010.

MACEDO, Alan da Costa. **Nota Jurídico/Política sobre o PL 4302/98 que trata da terceirização irrestrita do trabalho temporário – SITRAEMG contra-ataca**. Minas Gerais, 2017. Disponível em: <http://www.sitraemg.org.br/post_type_artigo/nota-juridicopolitica-sobre-a-pl-430298-que-trata-da-terceirizacao-irrestrita-do-trabalho-temporario-sitraemg-contra-ataca/>. Acesso em: 31 mar. 2017.

MATOS, Maurílio Castro. **Serviço social, ética e saúde**: reflexões para o exercício profissional. São Paulo, Cortez, 2013.

MEDEIROS, Kátiusca Torres. Política de Saúde no Brasil: um balanço Histórico. In: In: CAVALCANTI, Patrícia Barreto, et. al. **Saúde em foco**: visibilidade no contexto atual. João Pessoa: Editora Universitária da UEPB, 2010.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. O Desafio da pesquisa social. MINAYO, Maria Cecília de Souza (org); DESLANDES, Suely Ferreira; GOMES, Romeu. **Pesquisa Social**: Teoria, método e criatividade. -32 ed. – Petrópolis: RJ, Voazes, 2012.

MIOTO, R. C. T.; MANGINI, F. N. da R. A interdisciplinaridade na sua interface com o mundo do trabalho. In: **Revista Katálisis**, v. 12, n. 2, jul./dez. 2009.

MIRANDA, Ana Paula Rocha de Sales. Política de Saúde no Brasil: conquistas e inflexões. In: CAVALCANTI, Patrícia Barreto, et. al. **Saúde em foco**: visibilidade no contexto atual. João Pessoa: Editora Universitária da UEPB, 2010.

MONTAÑO, Carlos; DURIGUETTO, Maria Lúcia. **Estado, classe e movimento Social**. São Paulo: Cortez, 2010.

NETTO, José Paulo. A construção do Projeto Ético Político do Serviço Social. In: MOTA, Ana Elizabete et. al. (orgs). **Serviço Social e Saúde**: Formação e Trabalho Profissional. – 4 ed.- São Paulo: Cortez/ OPAS,OMS, Ministério da Saúde, 2009.

_____. **Capitalismo Monopolista e Serviço Social**.-2 ed.- São Paulo: Cortez, 1996.

_____. **Ditadura e Serviço Social**: uma análise do serviço social no Brasil no pós-64. -16 ed.- São Paulo: Cortez, 2011a.

_____. **Introdução ao estudo do método de Marx**. São Paulo: Expressão Popular. 2011b.

_____. O serviço social e a tradição marxista. In: **Serviço social e sociedade**. São Paulo: Cortez, 2011.

NEVES, Márcia Emília. Crise do capital e os impactos para as políticas de seguridade social. In. CFESS. **2º Seminário Nacional de Serviço Social na Previdência Social**. Brasília, 2015.

OLIVEIRA,J.A.A.; TEIXEIRA FLEURY, S.M. (Im) **Previdência Social: 60 anos de história da Previdência no Brasil**. Rio de Janeiro: Vozes/ABRASCO, 1986.

OMENA, Valéria Coelho de. **O Movimento De Reconceituação do Serviço Social e o Processo de Renovação crítica da profissão a partir da década de 1980 no Brasil**. Disponível em: <<https://pt.scribd.com/doc/14943699/O-MOVIMENTO-DE-RECONCEITUACAO-DO-SERVICO-SOCIAL-E-O>>. Acesso: 16 de out de 2016.

ORTIZ, Fátima Grave. Serviço Social e trabalha interdisciplinar. In: MOTA, Ana Elizabete (org) et al. **As ideologias da contrarreforma e o Serviço Social**. Recife: Ed. Universitária da Uepe, 2010.

PORTAL INDÚTRIA. Institucional: **O que é SESI**. Disponível em: <<http://www.portaldaindustria.com.br/sesi/institucional/o-que-e-o-sesi/>>. Acesso: 20 abril 2017.

SANTIM, Maria Madalena do Nascimento. **O Congresso da Virada**. 2009. Disponível em: <http://www.cresses.org.br/cress/index.php?module=m_noticias&pag=inf_detalhes_conselho&id_noticia=568>. Acesso: 20 mar 2017.

SENAIAC. **O que é SENAI**. Disponível em: <<http://www.senaiac.org.br/o-que-e-o-senai/o-que-e-o-senai.html>>. Acesso: 20 abril 2017.

SILVA, Pedro Henrique Carinhato e. **As políticas sociais no contexto da reforma do Estado no Brasil**. Disponível em: <<http://www.uel.br/grupo-pesquisa/gepal/terceirosimposio/pedrohenrique.pdf>>. Acesso: 25 fev. 2017.

TEXEIRA, Aloisio. **O ajuste impossível- um estudo sobre a desestruturação da ordem econômica mundial e seu impacto sobre o Brasil**. Rio de Janeiro.ed. UFRJ, 1994.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. Serviço Social e Interdisciplinaridade: o exemplo da saúde mental. In: ROSA, Lúcia Cristina Santos et al. **Saúde Mental e Serviço Social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade**. - 2 ed.- São Paulo: Cortez. 2002.

APÊNDICES

QUESTIONÁRIO

1 Data de nascimento? ____/____/____

2 Sexo: () F () M

3 Instituição de Ensino que se formou: _____

4 Ano que se formou: _____

5 Quanto tempo trabalha na instituição? _____

6 Vínculo Empregatício

() Contrato () Codificação () Efetivo

7 O trabalho multiprofissional acontece no H. R.S? De que forma?

8 Quais são os profissionais que estão diretamente e/ o indiretamente desenvolvendo esse trabalho em equipe?

9 Considera o trabalho multiprofissional importante? Por quê?

10 Você acredita ou tem a percepção que os demais profissionais que compõe a equipe multiprofissional juntamente com o Serviço Social consideram importante esse trabalho em equipe?

11 Nessa percepção você considera que os demais profissionais valorizam/ reconhecem o trabalho do Assistente Social? E na equipe multiprofissional?

13 Você percebe no trabalho multiprofissional que os demais profissionais conseguem apreender de forma crítica à política neoliberal na gestão e execução da política de saúde frente as demandas?

14 As dificuldades encontradas a resolutividade das demandas por faltar dessa compreensão na precarização/ sucateamento na política de saúde acarreta uma individualização do problema?

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado Senhor (a),

Esta pesquisa intitulada **EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DO HOSPITAL REGIONAL DE SOUSA/PB**: uma análise da atuação do/a Assistente Social entre possibilidades e desafios está sendo desenvolvida pela pesquisadora Camila Casimiro, aluna do Curso de Serviço Social da Universidade Federal de Campina Grande, Campus- Sousa/PB, sob a orientação da Professora Palloma Maria Gomes Jácome. O objetivo do estudo é analisar a atuação dos(as) assistentes sociais inseridos na equipe multidisciplinar.

Ao participar dessa pesquisa o Senhor não terá nenhum benefício direto. Entretanto, esperamos que esta pesquisa venha a contribuir para própria instituição, profissionais e usuários. Solicitamos a sua colaboração para que ao participar deste estudo o Senhor permita que o (a) pesquisador (a), possa realizar uma entrevista semi-estruturada para que assim os resultados possam ser obtidos. O Senhor tem liberdade de se recusar a participar e ainda se recusar a continuar participando em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer prejuízo para o Senhor.

Os riscos que podem decorrer para os(as) participantes da pesquisa são mínimos. Os formulários serão guardados em local sigiloso e seguro, em arquivos digitais e impressos na secretaria do curso de Graduação em Serviço Social, durante um período de cinco anos. Não reconhecemos outros riscos. Os benefícios da pesquisa para os(as) entrevistados(as) são considerados indiretos, de caráter sociocultural, uma vez que os resultados, quando divulgados amplamente, poderão subsidiar discussões e práticas no âmbito da organização e ação interdisciplinar.

Esclarecemos que sua participação no estudo é voluntária e, portanto, o senhor não é obrigado a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelo Pesquisador. Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano. Os pesquisadores estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa. Obedeceremos critérios técnicos adequados de forma a não prejudicar a qualidade e autenticidade das informações, utilizando a técnica de análise de conteúdo. Armazenaremos as transcrições em meio digital nos

arquivos da secretaria do curso de Graduação em Serviço Social. Garantimos que serão mantidos sigilo e respeito, ou seja, o seu nome ou qualquer dado que possa identificá-lo não serão expostos nesse trabalho.

Diante do exposto, declaro que fui devidamente esclarecido e dou o meu consentimento para participar da pesquisa e para publicação dos resultados. Estou ciente que receberei uma cópia desse documento.

Assinatura do Participante da Pesquisa
ou Responsável Legal

Contato com o Pesquisador (a) Responsável:

Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, favor ligar para o (a) pesquisador (a) Camila Casimiro (83) 99656-7754.

Atenciosamente,

Assinatura do Pesquisador Responsável