

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL**

JENNIFER BASTOS PEDROSA

*SERVIÇO SOCIAL, ÉTICA
PROFSSIONAL E SAÚDE PÚBLICA.*

**UFPE
2003**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO

**CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL**

JULIANA BASTOS PEDROSA

SERVIÇO SOCIAL, ÉTICA

PROFESSORAL E SAÚDE PÚBLICA

Dissertação apresentada à Banca Examinadora da Universidade Federal de Pernambuco, como exigência para obtenção do título de MESTRE em Serviço Social, sob a orientação da Prof^ª. Dr^ª. Alexandra Monteiro Mustafá.

**UFPE
2003**

Banca Examinadora

Prof^ª. Dr^ª. Alexandra Monteiro Mustafá.
Orientador

Prof^ª. Dr^ª. Maria de Fátima Lucena
Titular

Prof^º. Dr^º. João Francisco
Titular

Agradecimentos

Fazer um trabalho acadêmico é sempre uma produção coletiva e solidária, apesar de demandar muito trabalho de um sistematizador que, para elaborá-lo criticamente no sentido de fazer avançar a atividade intelectual, tem necessidade de se compartilhar, discutir, publicizar, etc. Sem a colaboração intelectual de uns e o incentivo, amizade, carinho, dedicação, solidariedade, financiamento, hospedagem, apoio emocional de outros, este trabalho, possivelmente não estaria concretizado.

Agradeço primeiramente ao meu criador e inspirador. Deus, és a minha base, meu vigor, minha alma.

A princesinha da minha vida, Eduarda Giovanna, que nasceu em meio todo o processo de elaboração da dissertação, e que deu um novo rumo a minha vida.

A Júnior, meu amor, meu companheiro e compartilhador.

Aos amores da minha vida, meu pai José Cunha Pedrosa, minha mãe Janete Bastos Pedrosa e meu irmão Joymmir Bastos Pedrosa. Sem vocês minha vida não seria possível.

A querida professora, que orientou e encaminhou meus estudos Alexandra Monteiro Mustafá, do Programa Pós-Graduação em Serviço Social / UFPE, que me estimulou ao máximo e através de sua generosidade pode compreender todos os meus limites, buscando sempre superá-los.

As professoras Fátima Lucena e Edelwais, que compuseram a banca de qualificação do meu projeto de dissertação, contribuíram com reflexões críticas valiosas para o prosseguimento da minha pesquisa e do meu trabalho escrito.

A Universidade Federal de Pernambuco, o Centro de Ciências Sociais Aplicadas e, especialmente, o Curso de Serviço Social, que me acolheram desde a graduação me apoiando e proporcionando uma sólida referência para meu trajeto profissional.

A CAPES - Coordenadoria para Aperfeiçoamento do Pessoal de Ensino Superior, que também desde a graduação me deu suporte e incentivo, apostando na minha capacidade e na minha responsabilidade.

A Jacilene, secretária do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, tão gentil e eficiente ao prestar informações e ao encaminhar minhas documentações, além do específico carinho e atenção de me fornecer em primeira mão, e com vibração, a aprovação na seleção de mestrado.

Às minhas companheiras de turma, que juntas crescemos nas discussões em sala e extra sala.

A todas as assistentes sociais dos Hospitais: Barão de Lucena, Getúlio Vargas, Agamenon Magalhães, Restauração e Otávio de Freitas. Agradeço o apoio, o incentivo, a oportunidade, **a vocês minha eterna admiração.**

A Secretaria de Saúde do Recife, em especial a diretora de planejamento Dr. Emília que sempre muito solícita em prestar informações, materiais, esclarecendo dúvidas.

A todos minha sincera gratidão.

Resumo

O objeto deste trabalho consiste em um esforço intelectual para expor e sistematizar a prática profissional do Serviço Social na saúde pública do Recife - PE em sua relação com a dimensão ético-política da profissão, levando em consideração a importância e a contemporaneidade desse debate para a categoria. Nesse sentido, a produção teórica resulta da investigação da prática do Serviço Social em 5 hospitais de grande porte do Recife, onde se confrontou a proposta hegemônica de atuação da categoria, expressa tanto no projeto ético-político profissional quanto no Código de Ética de 1993 do Serviço Social com a prática cotidiana. No estudo percebeu-se que as assistentes sociais têm considerado que a ética profissional é importante para a prática e que ela é norteadora dos trabalhos, no entanto nota-se um conhecimento ainda muito superficial sobre o Código de Ética e uma não interlocução das múltiplas relações a que o projeto ético inspira. Em outros termos, não existe por parte da maioria das profissionais uma reflexão e análise sobre o exercício profissional o que impossibilita muitas vezes um trato crítico e qualificado às necessidades da modernidade. Nesse sentido, percebe-se que a implementação do projeto ético-político, bem como dos princípios do Código de 1993, apesar de estarem presentes na prática cotidiana das assistentes sociais entrevistadas, apresenta-se de forma indireta, e ainda insuficiente. Finalmente, ao refletir sobre essa questão, vislumbra-se um enorme desafio à categoria, pois as relações sociais predominantes na sociedade capitalista: discriminação, autoritarismo, exclusão, individualismo, desigualdades, etc., refletidas no espaço institucional demandam um profissional atento às contradições do real, às mudanças societárias, que esteja qualificado e com a capacidade de buscar alternativas para a superação da ordem burguesa.

Abstract

The object of this work consists of an intellectual effort to display and systemize the professional practice of the Social Work in the public health of Recife - PE in relation to the ethical-political dimension of the profession, taking into consideration the importance and the modernity of this debate for the category. In this direction, the theoretical production results of the inquiry of the practical one of the Social Work in 5 hospitals of great importance in Recife, where there was a confrontation of the hegemonic proposal of the performance of the category, expressed either in the ethical-political project of the professional as well as in the Code of Ethics of 1993 of the practical Social Work with the daily practice. In the study, it is realized that the social workers have considered that the professional ethics is important for the practice and that it is underlined the work, however one notices a still very superficial knowledge on the Code of Ethics and not an interlocution of the multiple relations that the ethical project inspires. In the other hand, it doesn't exist on the part of the majority of the professionals reflection and analysis on the professional exercise what disables many times a critical and qualified treatment of the necessities of modernity. In this direction, one realizes that the implementation of the ethical-political project, as well as of the principles of the Code of 1993, although being present in everyday practice of the interviewed social workers, it is presented in an indirect form, and still insufficient. Finally, when reflecting on this question, an enormous challenge to the category is glimpsed, because the predominant social relations in the capitalist society: discrimination, authoritarianism, exclusion, individualism, inequalities, etc., reflected in the institutional space demand a tuned professional to the contradictions of the real, to the changes of the society, that are qualified and with the capacity of searching alternatives for the overcoming of the bourgeois order.

Lista de Abreviaturas

A.S – Assistente Social

ABESS - Associação Brasileira de Ensino em Serviço Social

ABRASCO - Associação Brasileira de Saúde Coletiva

CEBES - Centro Brasileiro de Estudos em Saúde

CEDEPSS - Centro de Documentação em Políticas Sociais e Serviço Social

CFESS – Conselho Federal de Serviço Social

CONASEMS - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde.

CRESS - Conselho Regional de Serviço Social

LOAS – Lei Orgânica da Assistência Social

LOS – Lei Orgânica da Saúde

MARE - Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado

NOAS - Norma Operacional Básica da Assistência à Saúde

NOB – Norma Operacional Básica

ONG – Organização Não-Governamental

PAC´s – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PSF – Programa de Saúde da Família

SUS - Sistema Único de Saúde

SS – Serviço Social

UFPE - Universidade Federal de Pernambuco

UNICAP - Universidade Católica de Pernambuco

Lista de Tabelas

Tabela 1: Período de Conclusão do Curso de Graduação em Serviço Social

Tabela 2: Tempo de Trabalho como Assistente Social

Tabela 3: Tempo de Trabalho como Assistente Social na área da saúde

Tabela 4: Participação em seminários, congressos, palestras, cursos.

Tabela 5: Posicionamento acerca das condições de atendimento às demandas

Tabela 6: Implementação do SUS na prática profissional cotidiana

Tabela 7: Princípios do Código de 1993 mais significativos para o exercício profissional

Tabela 8: Princípios do Código de 1993 que apareceram com maior porcentagem

Tabela 9: Implementação do Projeto ético-político

Lista de Anexos

Anexo 1: Roteiro de Identificação

Anexo 2: Roteiro de Entrevista

Anexo 3: Roteiro de Observação

Sumário

INTRODUÇÃO	12
CAPÍTULO I	
Serviço Social, Ética e Contemporaneidade.	
1.1 A crise contemporânea e o Serviço Social: limites e possibilidades para a atuação profissional	18
1.2 O debate ético-político contemporâneo do Serviço Social	29
CAPÍTULO II	
A Saúde Pública e as determinações para o Serviço Social	
2.1 A Política de Saúde Pública no Brasil pós 70	37
2.2 Saúde Pública e Serviço Social: a dimensão da interdisciplinaridade como estratégia de fortalecimento dos serviços de saúde	47
CAPÍTULO III	
A Saúde Pública em Pernambuco e as requisições para o Serviço Social	
3.1 A Saúde Pública em Pernambuco: uma experiência em 5 hospitais de grande	54
3.1.1 Notas sobre a saúde no Recife	54
3.2 A dimensão ético política da prática profissional do Serviço Social na Saúde Pública	
3.2.1 Discutindo a dimensão da prática profissional	60
3.2.2 A prática profissional do Serviço Social na rede de saúde pública do Recife frente ao projeto ético político	
3.3.2.1 Perfil Profissional	69
3.3.2.2 O trabalho do Serviço Social e a dimensão ética	78
CONSIDERAÇÕES FINAIS	90
BIBLIOGRAFIA	97
ANEXOS	104

Introdução

As décadas de 70 e 80 foram profundamente marcadas por uma crise estrutural na economia que repercutiu numa crise financeira da previdência social; na redução do poder aquisitivo da população e um elevado índice inflacionário. Toda essa complexidade da vida social no país fomentou e culminou no reflorescimento de movimentos da sociedade civil organizada, incluindo desde os operários do ABC paulista, como profissionais de saúde e as universidades em prol da democratização do país. Os trabalhadores da área da saúde se destacaram no combate aos agravos nas condições de vida e de saúde da população e das condições de trabalho dos profissionais.

Esse movimento na área de saúde culminou com a Reforma Sanitária e caracterizou-se em um elemento de suma importância para a implementação de mudanças no sistema de saúde no país.

Com a promulgação da Constituição Federal de 1988, a saúde passa a ser concebida como “direito de todos e dever do Estado”. A partir dela, a proposta do Sistema Único de Saúde - SUS começa a ser implantada.

O Sistema Único de Saúde, assim, foi uma conquista ímpar em toda a história da saúde no país; seus serviços e ações se constituem como dever do município, do Estado e da União que atuam dentro da perspectiva descentralizadora por meio da regionalização e municipalização dos serviços.

Nesse sentido, o SUS estimula a troca de conhecimentos entre profissionais de saúde e áreas afins, desencadeando projetos e estratégias preventivas, tendo como objetivo a melhoria nas condições de vida da população. Soma-se a esta perspectiva a participação popular na gestão e prestação direta desses

serviços, com atividades de prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde.

Apesar de toda a sua potencialidade, o SUS, de fato, vem a ser implementado após dois anos de sua aprovação, e apesar de caracterizar-se enquanto um moderno modelo de organização dos serviços de saúde sua efetivação tem marcas de uma política social focalizada e seletiva, sofrendo consideráveis cortes de verbas, tendo em vista a adoção da proposta neoliberal¹ pelo Estado brasileiro.

O quadro que se vislumbra para a saúde pública – como analisado no capítulo II, é de grande precariedade: não se investe em recursos humanos, nem materiais; a prestação de serviços é desproporcional à demanda, além da reincidência de doenças que eram consideradas como controladas.

A crise por que passa a saúde brasileira é visivelmente percebida por esta pesquisa nos cinco hospitais estudados do Estado – Barão de Lucena, Agamenon Magalhães, Getúlio Vargas, Restauração e Otávio de Freitas que apesar de serem considerados hospitais de grande porte por conta dos números de seus leitos e pela complexidade dos atendimentos, além ainda de serem hospitais referência em algumas de suas clínicas, aparentam atuação ineficaz frente às grandes demandas da população. A simples observação nos permite constatar a escassez de recursos financeiros, materiais, humanos, de leitos, medicamentos, etc. Há doentes em lugares indevidos, pacientes esperando por horas e horas em cadeiras de rodas ou em filas, marcações de consultas com vagas disponíveis daqui a seis meses, etc.

Convivendo com essas e muitas outras dificuldades, encontra-se o profissional de Serviço Social sendo desafiado pela realidade adversa. Realidade essa que

¹ A proposta neoliberal consiste em redução da atuação do Estado nas políticas sociais, incluindo entre elas as da área da saúde.

vem exigindo refuncionalização de procedimentos operacionais e determinando o rearranjo de competências técnicas e políticas. É nesta contradição que se insere a relação entre questão social/ serviço social/ projeto-ético político profissional; pois a questão social é a expressão objetiva e politizada da natureza do capitalismo que demanda uma intervenção sócio-política competente, através de meios e formas de seu enfrentamento e superação.

Para intervir na realidade atual é preciso conhecê-la profundamente, compreendendo a razão e extensão da pobreza, além de identificar os elementos geradores da exclusão social e do aprofundamento da desigualdade, e assim ter a capacidade de propor ações inovadoras utilizando-se de fatores disponíveis na conjuntura para sua execução.

Deve-se ter a sensibilidade de apreender a realidade atual contextualizada no capitalismo tardio, uma vez que a pobreza está dispersa por todo território, exigindo uma intervenção qualificada, pois, como já diz Netto *“o problema teórico analítico de fundo (...) reside em explicar e compreender como, na particularidade prático-social de cada profissão, se traduz o impacto das transformações societárias”* (NETTO, 1996,p.89).

Destarte, deve-se conectar as experiências do assistente social às mudanças em curso, situando-se no contexto da crise do capitalismo contemporâneo como o local de intervenção política e sinalização de estratégias integradas aos objetivos e valores de seu projeto social de trabalho.

É neste palco que se explicita a necessidade de reflexão sobre a dimensão ético-política da profissão – explicitado já no Iº Capítulo e analisado no último item do 3º capítulo, através de seu projeto e código profissional que traduzem normas, princípios, valores que representam um forte instrumento do fazer profissional, coletivamente elaborado e incorporado pela categoria.

A dimensão ético-política – que ultrapassa limites da profissão e do próprio código assinala um campo de mediações possíveis ao exercício profissional em relação à sociedade, com ênfase na defesa da liberdade, do pluralismo, autonomia, dos direitos sociais de forma democrática, competente e responsável.

E para isso, o presente trabalho buscou em cinco hospitais de grande porte do Estado de Pernambuco – localizados geograficamente no Recife, conhecer e sistematizar informações que traduzissem a relação da prática profissional do Serviço Social com o projeto ético-político. Com base nas seguintes indagações: De que forma a dimensão ético-política é materializada na prática profissional?, E de que forma o código de ética de 1993 se configura como instrumento norteador da prática? Nesse sentido, buscou-se conhecer se o projeto ético político era utilizado como balizador para a atuação dos (as) profissionais.

Para alcançar os propósitos da pesquisa, realizou-se uma demarcação e localização do desenvolvimento das atividades dos profissionais de Serviço Social na prestação dos serviços públicos de saúde (seja nos Centros de Saúde, Hospitais e Ambulatórios gerais e especializados). Esta fase foi respaldada pelos dados do Conselho Regional de Serviço Social de Pernambuco, bem como por uma pesquisa realizada pela Universidade Federal de Pernambuco - UFPE, Universidade Católica de Pernambuco - UNICAP e comissão de ética do Conselho Regional de Serviço Social (CRESS) referente às “demandas éticas da profissão” realizada em fevereiro de 2002.

Posteriormente, delimitou-se a amostra para cinco hospitais de grande porte do Estado de Pernambuco, estabelecendo como critérios entrevistar três assistentes sociais de cada instituição que estivessem na execução, sendo que uma destas seria a chefe do setor, a outra deveria ser plantonista e a terceira deveria ser diarista – considerando que é deste modo que se

caracteriza a divisão de tarefas dentro dos setores de Serviço Social dos hospitais estudados.

O instrumental teve como base entrevistas semi-estruturadas junto às assistentes sociais do serviço público de saúde, e desse modo, pôde-se identificar as atuais estratégias desses profissionais, bem como a direção de seu discurso, alternativas de trabalho, mediação. Essa etapa do trabalho permitiu identificar o desenvolvimento das atividades do Serviço Social.

Além das informações obtidas através das entrevistas, a observação e o acesso a materiais e documentos do próprio Serviço Social nas unidades foram de grande ajuda para se apreender as diversas dimensões da realidade, garantindo o aprofundamento do processo investigativo. Nesse sentido, buscou-se compreender alguns elementos da empiria para se pensar o real apreendendo esse movimento como totalidade, passível de reconstrução teórica mediante a apreensão de suas múltiplas determinações.

A investigação foi definida pelo seu caráter qualitativo, buscando-se apreender informações que permitissem a análise da realidade. Para tanto se tentou ultrapassar dados meramente estatísticos, respeitando a significação do que seria colocado e realizado pelos sujeitos investigados, buscando-se compreender a causalidade e a realidade investigada.

Na análise e interpretação dos dados, apresentada especificamente no terceiro capítulo, procurou-se relacionar as atuais atividades dos assistentes sociais com o projeto ético-político da profissão – o qual ultrapassa os limites profissionais e mesmo o Código de Ética. O produto da pesquisa buscou um tratamento crítico e reflexivo acerca da prática profissional, das suas formas de articulação, em seus serviços de atenção à saúde dos usuários, bem como, sua relação entre o fomento do processo de democratização dos serviços,

efetivação dos direitos e da cidadania – princípios defendidos tanto no código de ética do Serviço Social quanto pelo Sistema Único de Saúde.

Por fim, nos propomos neste trabalho fazer alusões sobre alguns aspectos da prática profissional dos assistentes sociais nos hospitais referidos no intuito de identificar elementos teórico/práticos propositivos face à crise do Sistema Único de Saúde.

Contudo, não temos a pretensão de esgotar todas as discussões que permeiam a prática profissional do Serviço Social, tampouco, registrar detalhadamente a crise contemporânea e seus impactos para a profissão e o conjunto da sociedade, que vêem acirrar as manifestações da questão social. O propósito é qualificar as contribuições da prática cotidiana do Serviço Social inserida na saúde pública, além de apontar indicativos para a realização de posteriores estudos e práticas que venham reafirmar a necessidade contínua de atualização dos estudos sobre Serviço Social na saúde pública, bem como da ética profissional.

CAPÍTULO I

Serviço Social, Ética e Contemporaneidade.

1.1 A crise contemporânea e o Serviço Social: limites e possibilidades para a atuação profissional

A análise da crise capitalista contemporânea, bem como os mecanismos de superação desta crise, caracteriza-se como elemento de fundamental importância para se compreender os processos que incidem na prática profissional. Assim, busca-se neste capítulo, desenvolver reflexões preliminares sobre a crise e as implicações desta sobre a prática profissional do Serviço Social.

O cenário contemporâneo do Estado brasileiro vem sendo marcado por diversas transformações sociais, políticas, econômicas, culturais. Tais mudanças têm se originado nas relações sociais que se dão no cerne da acumulação capitalista.

De modo geral, muitas dessas transformações têm ocasionado a perda da garantia dos direitos sociais de milhões de brasileiros e agravado a situação daqueles que, estão em seus limites, oscilando na linha da pobreza.

O modelo de acumulação fordista² entra em crise, devido a um grande excedente de mercadoria decorrente da produção em massa. Nesse contexto, a

² “Este modelo ou padrão de acumulação tinha como base um processo de produção em massa, dirigido a um público consumidor passivo e ávido de consumo”, (TEIXEIRA, 1996, p.213)

classe trabalhadora contesta a organização do trabalho e reivindica salários reais acima da produtividade. O Estado, por sua vez, passa por uma séria crise fiscal, instabilidade financeira, sobretudo devido à dívida externa, e aos subsídios ao capital (TEIXEIRA, 1996, p. 214).

A nossa sociedade, regida pelo sistema capitalista se viu, a partir da década de 70, em uma profunda crise estrutural que esgota todo o seu ciclo de prosperidade e põe em risco sua preservação e reprodução, constituindo um período confuso, que interferia no âmbito econômico e político.

Como dito anteriormente, a crise do capital se aprofunda na década de 70. A esse respeito, Antunes (1995), ressalta que no período se observa uma clara separação das necessidades humanas da lógica do capital e ainda destaca o avanço das lutas sociais, diminuição do consumo, crise do welfare state, esgotamento do taylorismo / fordismo, queda na taxas de lucratividade, hipertrofia da esfera financeira.

Paralelo às transformações dessa década, fazia-se necessário uma nova forma de gerenciamento social através de uma prática política; e é neste campo que as idéias neoliberais ganham força, que remetem indiscutivelmente a profundas modificações nas relações entre Estado e sociedade de mercado – pois o Estado, ou seja, a interferência deste na economia, segundo a ideologia neoliberal é a alternativa para a saída da crise, tendo em vista os elevados custos sociais com os trabalhadores.

É deste modo, que o neoliberalismo, para se constituir e se firmar, estabeleceu as suas bases sobre um verdadeiro culto ao mercado. Nesta ideologia, o mercado aparece como o grande redentor da humanidade, capaz de resolver todos os problemas sociais e instrumento de regulação da economia, o que tem como consequência a retirada do Estado das políticas sociais.

É importante destacar que a idéia em que se baseia o neoliberalismo ressalta a internacionalização da economia, a questão do multiculturalismo, além do Estado mínimo. E essa ordem mundial vem acompanhada de um processo sócio-cultural denominado de “pós-modernidade”. Nesse contexto, a vida das pessoas passa a ser organizada pela lógica do mercado, onde tudo parece descartável, onde tudo perde sua importância rapidamente.

A crise atual é profunda e atinge seriamente o conjunto da humanidade, assim como afirma Mészáros (2000, pág. 7):

“Vivemos na era de uma crise sem precedentes. Sua severidade pode ser medida pelo fato de que não estamos mais frente a uma crise cíclica do capitalismo mais ou menos extensa como as vividas no passado, mas uma crise estrutural, profunda do próprio sistema produtor do capital. Como tal, esta crise – afeta pela primeira vez em toda a história – o conjunto da humanidade, exigindo, para esta sobreviver, algumas mudanças fundamentais na maneira pela qual o metabolismo social é controlado”.

A necessidade de recomposição do ciclo do capital emerge a cada situação de crise, ao passo em que se prolongue ao máximo a sua expansão; e enquanto estratégia, o capital buscou na reestruturação produtiva aliada a novas tecnologias a saída para driblar a crise mantendo o seu status e papel hegemônico.

A reestruturação produtiva foi embrionária de muitas mudanças, tanto em nível de ajustes ou mesmo de reestruturação industrial, e empreendeu maneiras de domínio do capital sobre o trabalho, prevendo uma nova “cultura do trabalho e racionalidade política e ética” (MOTA, 1995), permitindo a flexibilização e a intensificação do processo de produção (de mercadorias) pelo uso da tecnologia e da ciência, decorrentes da necessidade de um novo processo de acumulação.

O que se põe nesta realidade é que o desenvolvimento da tecnologia na produção e na vida moderna tem servido apenas a uma pequena parcela da

sociedade que se utiliza dos benefícios da tecnologia e da ciência, enquanto a maior parte da população participa da lógica destrutiva do capital.

Edmundo Dias reflete sobre esses fenômenos ressaltando que o capitalismo faz um marketing de vitória em detrimento à perspectiva socialista:

“O capitalismo aparece hoje como o grande vitorioso, hegemônico e coveiro do socialismo. A história do século XX registrou o conflito entre duas formas de racionalidades classistas. A nova situação criada com a desagregação dos chamados regimes socialistas (do capitalismo realmente existente), nega, temporariamente, à humanidade uma alternativa: a racionalidade socialista. A auto propaganda da vitória do capitalismo é uma aparência necessária: ela se constitui em um poderoso elemento político ao permitir eludir o caráter de classe das opções econômico – políticas. Tenta-se passar a imagem segundo a qual modernidade, o avanço científico político (democrático) são um mesmo e único processo, uma realidade contra a qual, dizem, não se poder lutar: o capitalismo é a história natural da humanidade“. (DIAS, 1997,p.107-108)

Continuando no mesmo raciocínio, Edmundo Dias questiona onde mesmo o capitalismo venceu; complementa que o capitalismo procura formas de se esquivar do compromisso gerado com as grandes conquistas sociais, ao passo que continua sem resolver os problemas básicos de saúde, educação, alimentação, moradia, etc., multiplicando e ampliando cada vez mais a miséria, o desemprego e a fome³.

Toda essa proposta política tem desencadeado no Estado brasileiro uma profunda crise fiscal, principalmente pelo enxugamento de sua intervenção em determinadas áreas e pelas pressões dos encargos assumidos por conta da enorme dívida externa. Já como diz Edmundo (ibidem), referindo-se ao capitalismo: “O neoliberalismo e a reestruturação produtiva são suas estratégias e constituem uma unidade indissociável“, (p. 108-109). As conseqüências dessa postura neoliberal vêm acarretando a secundarização e subordinação do bem

³ Idem Ibidem

estar social às ordens econômicas, onde a disparidade na distribuição das riquezas no interior e entre as nações é imensa.

O sistema capitalista, independentemente da forma que seja gerido, impede os homens de se desenvolverem e se realizarem do ponto de vista moral, intelectual e físico, já que com as políticas advindas de um Estado aliado ao capital, é apenas isso que se espera. O que há, na realidade, é uma prática contínua em prol da alienação a fim de que o povo, a massa excluída, permaneça “domesticado”, pois classe trabalhadora possui apenas o valor da venda da sua força de trabalho cabendo ao Estado resolver se concede ou não seus direitos (ótica neoliberal).

O Estado que deveria intermediar a relação entre capital e o trabalho, no sentido de fazer valer direitos e deveres, minimizando cada vez mais a exploração e diferenças entre os homens, nessa ótica neoliberal, expressa-se em processos antagônicos e dicotômicos, positivos e negativos: crescendo a mais-valia, e, diferenciando salários; favorecendo indivíduos com alta qualificação (elite privilegiada); beneficiando grandes empresas em detrimento das pequenas, aumentando a massa de devedores em prol dos credores, etc.

Para tanto, é possível perceber que o atual estágio do capitalismo precisa do suporte estatal para a sua preservação e ampliação. Percebemos então um tripé de sustentação do capitalismo: o capital, o trabalho e o estado. E de modo geral, a análise da proposta da reforma do Estado aponta que, ao passo que o Estado procura esquivar-se da área social, aumenta sua contribuição no econômico, por meio de investimentos imensos e do suporte legal - regulação de leis em especial.

É nesse sentido que assistimos a retrocessos dolorosos em termos de políticas sociais. A Constituição de 1988, tão importante fato político propulsor de redefinições na esfera pública concomitantes às demandas sociais históricas de

atores coletivos (Castro, 1998), e marco para a saúde pública - pois é a partir dela que a proposta do SUS (Sistema Único de Saúde) começa a ser implantada, hoje, parece ameaçada principalmente por conta da flexibilização das relações trabalhistas, da quebra de direitos previdenciários, além do caráter seletivo de políticas.

A educação, a saúde, a assistência, etc. são instâncias que, embora nunca tenham recebido deste Estado atenção especial, apresentam - se em pior situação quando deparam - se dia-a-dia com cortes no seu orçamento, sendo estes recursos canalizados para outras áreas de maior interesse do governo atual.

Hoje, a política social tem direta vinculação com o movimento do capital e com a proposta de Reforma do Estado, e a compreensão de tal reforma, inclusive suas lacunas e limites é fundamental para a compreensão da política social. Muito embora a política social não seja redistributiva, como se objetivava e nem mesmo amenize as seqüelas geradas pela acumulação capitalista, é importante que se busque a sua ampliação, porque “para a política social, a grande orientação é a focalização das ações, com estímulo a fundos sociais de emergência” (BEHRING, 1998, p.187).

Todos os ataques à política social têm como pretensão os cortes nos gastos sociais que se mostram enquanto fuga para a superação do déficit; o que implica em falência de programas sociais, criminalização da pobreza, valorização de velhas fórmulas de ajuda social, como se fossem novas. As formas de enfrentar essa questão, infelizmente estão muito longe do que ao menos pareça a sua superação.

Perante esse quadro conjuntural é plausível destacar um paradoxo: há o aumento da produção, contudo, reduz-se os empregos e desta maneira amplia-se a pobreza. A maior parte da população está em estado de pobreza e não tem

como elevar seus conhecimentos; está fadada à exclusão do mercado globalizado.

O neoliberalismo, através da reestruturação produtiva, joga o assalariado numa rede insignificante e anônima que lhe nega o mínimo de dignidade como profissional, reduzindo os seus direitos. Segundo Clarck (1991, p.129), “o objetivo não é simplesmente criar uma nova forma de organização do trabalho, mas criar uma nova forma de sociedade”. Assim a reestruturação transcende o aspecto da produção e suas relações, em espaço micro, ela é o leito do aparecimento de novas práticas sociais que não são diretamente ligadas a ela.

O capitalismo ao determinar um conjunto de transformações no ordenamento produtivo e nas formas de gestão e consumo da força de trabalho incide impactos nas ações sociais que intermedeiam e atuam nesse processo; tendo em vista que se acirra a questão social - fonte de demanda para a profissão de Serviço Social que necessita de respostas eficientes, críticas e alternativas para a realidade.

Formando-se o cenário das necessidades advindas do processo de acumulação capitalista, redimensiona-se no horizonte de trabalho prático e social da profissão de Serviço Social, mediada também pelo mercado de trabalho exigindo refuncionalização de procedimentos operacionais determinando o rearranjo de competências técnicas e ético-políticas.

A compreensão das mudanças sociais e as conseqüentes alterações no mercado de trabalho reformulam os significados e utilidade social, como também vem criar e refuncionalizar demandas, competências e perfis tradicionais das profissões, que no âmbito da divisão sócio e técnica do trabalho assume o estatuto de demandas sociais à profissão – especificamente ao Serviço Social. (NETTO, 1996)

Tais mudanças sejam no ramo tecnológico, na biologia, na medicina, no âmbito social, geram crescentes turbulências na sociedade com problemas cada vez mais difíceis de se conviver. O fato é que contínuos desafios irão emergir e convocarão cada vez mais a capacidade coletiva, criativa e crítica do homem na busca de alternativas para lidar com eles.

Essa capacidade remete à forma de pensar, interagir, comunicar-se, refletir, pois na atualidade inúmeros desafios serão enfrentados pela sociedade, e quem sabe o maior deles seja romper com concepções de mundo e valores morais e intelectuais que ofusquem o desenvolvimento do gênero humano, para que se faça valer a emancipação de todos os indivíduos na sua totalidade.

O rompimento com concepções ideológicas capitalistas significa construir uma contra hegemonia, seria resistir à exclusão e à exploração e construir projetos alternativos, crer e apostar na possibilidade de construção de uma nova ordem societária, onde os princípios de justiça social, equidade, liberdade, democracia extrapolem os espaços pequenos e privados.

Em nosso mundo de diversidades, unida pela rede informacional e fragmentada pela miséria e pela desigualdade, a ética não aparece como uma verdade absoluta, com preceitos e conceitos de valor universal. Mas sim, enquanto um exercício diário contra a indiferença e a insensibilidade. Contra a miséria e não necessariamente a esmola, mas a favor da igualdade, do direito e pela não exploração do homem pelo homem.

Tal contexto leva-nos a refletir acerca da idéia de enfrentamento da questão social – expressão tão utilizada pelos profissionais do Serviço Social, mas na maioria das vezes destituída de significados. De fato, são restritas as formas de pensá-la, muito menos de enfrentá-la, tanto na perspectiva política, ética, teórica e histórica. Entretanto, essas referências implicam em posicionamentos ético-políticos que são referenciados por uma proposta ideológica determinada e por

um projeto de sociedade, o que vem suscitar conhecimento, análise de realidade objetiva, a demarcação de estratégias políticas, e construção de um projeto hegemônico.

A questão social não existe de maneira unívoca e sim há problemas sociais diversos - salário, desemprego, saúde, habitação, saneamento básico, etc., cada qual configurando questões diversas e soluções heterogêneas, mas também *“campos factíveis de negociação e horizontes pertinentes para a invenção de soluções pontuais, capazes de mobilizar a criatividade e a energia dos atores sociais envolvidos”* (LAURELL, 1997, p.53).

Daí a importância dos governos locais como laboratórios de experiências desse novo tipo de enfrentamento em que setores da sociedade, amadurecendo sua visão sobre a política e a democracia, buscam combater privilégios e as desigualdades pelo fortalecimento do espaço público como campo privilegiado dos embates políticos. Isto através da definição e do fortalecimento das políticas sociais articuladas ao conceito de necessidades básicas, ou seja, os serviços sociais públicos deveriam suprir as carências de uma população despojada de condições de sobrevivência; e a esse respeito, não supri nem minimamente.

Para se intervir na realidade atual é preciso conhecê-la a fundo, apreendendo a extensão da pobreza, identificando também os mecanismos geradores da exclusão e do aprofundamento da desigualdade, e propondo assim novas políticas para que se utilizem os fatores disponíveis na conjuntura para sua execução.

Um grande desafio para a profissão recai sobre produzir análises capazes e pertinentes acerca da realidade atual nos diversificados campos de intervenção, bem como possibilidades efetivas de mudança dessa realidade. Para tanto, o debate, a análise, as sistematizações de experiências, através da relação entre os espaços onde atuam os profissionais de Serviço Social devem ser divulgadas,

no sentido de socializar conhecimentos que apontem perspectivas de mudança, a fim de atingir a democracia econômica e política - caracterizando a responsabilidade e compromisso com a construção de uma sociedade justa, igualitária e emancipada.

“Adquirir a capacidade de produzir diagnósticos e de elaborar propostas concretas de políticas públicas inovadoras exige uma profunda mudança cultural da parte dos atores sociais coletivos, comprometidos com a construção de uma sociedade justa e democrática” (ALMEIDA, et alli, 2000, p.106). E nesse sentido, é que vai depender da utilidade social do Serviço Social e de sua capacidade de responder às requisições da sociedade, “pois no surgimento de novas problemáticas devem ser mobilizadas novas competências profissionais, estratégias, tanto teóricas, políticas quanto éticas que são respostas qualificadas ao enfrentamento das questões que se põem”⁴.

Concordamos com Barroco, quando afirma que:

“Nos limites profissionais, o código assinala os princípios (liberdade e justiça social) e o campo de mediações possíveis a um projeto profissional: a realização dos direitos sociais de forma democrática, responsável e competente. É claro que tais mediações não esgotam a teleologia inscrita no projeto ético-político profissional, configurando-se, então, como estratégias que visam a ampliação dos limites da cidadania burguesa, o que, sob o ponto de vista de uma profissão, depende de um processo de conquistas sociais de responsabilidade das forças sociais de oposição ao projeto burguês, aliadas às classes trabalhadoras.”

“Os limites e as possibilidades da ética profissional são dados, assim, pelas tendências estruturais e conjunturais da sociedade capitalista, em suas particularidades na sociedade brasileira, como, também, pela prática profissional orientada teleologicamente em função de um projeto coletivo”.(BARROCO, 1999, p. 131)

⁴ Idem Ibidem

O Serviço Social desse modo deve refletir em seu debate contemporâneo de que forma conquistar e reafirmar seu espaço, ultrapassando necessariamente os limites da profissão tendo em vista as adversidades da modernidade e as relações entre o Estado e a sociedade.

A análise da dimensão ética do exercício profissional será melhor analisada no item a seguir.

1.2 O debate ético-político contemporâneo do Serviço Social

A análise do item anterior revela que as mudanças macro societárias interferem profundamente na vida social, produzindo efeitos positivos a uma pequena minoria em detrimento de uma grande maioria, que fica à margem de toda dinâmica social, desprovida de mínimos para a sobrevivência. A análise da crise capitalista contemporânea e as alternativas de superação implementadas, segundo os objetivos e interesses do capital, são de fundamental importância para a compreensão dos processos que refletem a prática profissional do Serviço Social. Pois, essa realidade, produz alterações nas demandas profissionais, nos espaços de intervenção, modificam as expressões da questão social — base de fundação da profissão — provocam uma redefinição dos objetos de intervenção, atribuem novas funções à profissão e novos critérios para a aquisição de novas legitimidades, requisitam a adoção de outros valores e princípios ético-políticos.

Assim, as alterações no “mundo do trabalho”, na esfera do Estado, nas políticas sociais, estabelecem novas mediações que se expressam nas condições objetivas e subjetivas (materiais e espirituais) sobre as quais a intervenção se realiza e incidem sobre as respostas sócio-profissionais aos novos processos.

Frente a estas transformações, a dimensão instrumental da profissão passa a necessitar de vínculos cada vez mais estreitos com um projeto ético-político em defesa dos direitos sociais e da democracia, além de uma capacidade intelectual e criativa para atender às necessidades advindas do real.

A discussão que temos acerca do projeto ético político do Serviço Social é relativamente recente e ainda muito incipiente na categoria. Refletir sobre esta

questão nos remete a um conjunto de normas e princípios orientadores das relações entre a sociedade e a profissão, não se restringindo exclusivamente ao código. Segundo Paiva:

“(...) um código não pode garantir de forma absoluta a realização dos valores e intenções nele contidos, uma vez que isto remete para a qualidade da formação profissional, para o nível de consciência política e de organização da categoria, para o compromisso dos profissionais enquanto cidadãos e para as condições objetivas que incidem sobre o desempenho profissional”. (Paiva etti. Alli, 1996:172)

Ainda nesta perspectiva, superar o caráter conservador da prática profissional é norte para as relações na contemporaneidade, tendo em vista que o vínculo com a perspectiva tradicionalista remete à manutenção da ordem burguesa que dissemina uma ordem desigual e excludente. Nessa direção Barroco discute:

“A Ética Profissional, nessa perspectiva, não seria somente a normatização legal de um código, mas a mediação entre aquela discussão filosófica e a profissão, isto é, a reflexão crítica a respeito da dimensão ética de sua inserção na divisão social do trabalho, dos valores historicamente legitimados pelos profissionais, da direção política neles implícitos e das necessidades sócio-históricas que demandam respostas profissionais. Saindo da dimensão estrita do código, estaríamos nos exercitando para, ao nível da ética, responder praticamente aos desafios pela realidade atual.”(BARROCCO, 1996,p. 122)

Dessa forma, podemos dizer que, os projetos profissionais têm dimensões políticas por estarem em estreita articulação com os projetos societários (NETTO, 1999). Nessa perspectiva o projeto profissional requer articulação com um projeto societário; seja ele de manutenção da ordem vigente ou buscando a sua superação - o que vai remeter a escolhas políticas, ideológicas e, sobretudo teóricas.

As principais discussões acerca do atual projeto ético político profissional historicamente remete à intenção de ruptura da profissão com a perspectiva

tradicionalista, negando-se os pressupostos neotomistas e funcionalistas e aproximando-se da teoria marxiana. Esse momento da profissão coincidiu com uma conjuntura em que a sociedade se mobilizava em prol da democracia e dos interesses coletivos.

O salto político e teórico da década de 80 na profissão permitiu um maior rigor sistemático, numa perspectiva crítica – como explicita o próprio código de ética profissional de 1986 e de 1993. Esse último também traz princípios que se conciliam e contribuem para a efetivação do Sistema Único de Saúde.

E é assim, que os profissionais de Serviço Social tomam o comprometimento de refletir sobre que fundamentos e valores éticos devem orientar o fazer profissional diante das “novas” expressões da questão social (MUSTAFÁ, 2001), fazendo parte da dimensão ético-política a perspectiva teleológica e projetiva.

Esse período da década de 80, marcado pelo ressurgimento dos movimentos sociais e lutas em torno da democratização do país teve a participação concreta da profissão que pleiteava também redefinições nos encaminhamentos da política evidenciando com clareza o projeto societário a qual se vinculava.

Apesar dos avanços do Código de Ética de 1986, é apenas no Código de 1993 que se incorpora à dimensão social, política e ética: o vínculo com um projeto societário (em busca de uma nova ordem social); o posicionamento a favor da equidade e da justiça (numa perspectiva de universalização de bens e serviços); e a defesa dos direitos humanos (com compromisso e competência) incorporados em 11 princípios e regidos pelo reconhecimento da liberdade como valor ético central. São eles:

1. Reconhecimento da liberdade como valor ético central e das demandas políticas a ela inerentes - autonomia, emancipação e plena expansão dos indivíduos sociais;

2. Defesa intransigente dos direitos humanos e recusa do arbítrio e do autoritarismo;
3. Ampliação e consolidação da cidadania, considerada tarefa primordial de toda sociedade, com vistas à garantia dos direitos civis sociais e políticos das classes trabalhadoras;
4. Defesa do aprofundamento da democracia, enquanto socialização da participação política e da riqueza socialmente produzida;
5. Posicionamento em favor da equidade e justiça social, que assegure universalidade de acesso aos bens e serviços relativos aos programas e políticas sociais, bem como sua gestão democrática;
6. Empenho na eliminação de todas as formas de preconceito, incentivando o respeito à diversidade, à participação de grupos socialmente discriminados e à discussão das diferenças;
7. Garantia do pluralismo, através do respeito às correntes profissionais democráticas existentes e suas expressões teóricas, e compromisso com o constante aprimoramento intelectual;
8. Opção por um projeto profissional vinculado ao processo de construção de uma nova ordem societária, sem dominação-exploração de classe, etnia e gênero;
9. Articulação com os movimentos de outras categorias profissionais que partilhem dos princípios deste Código e com a luta geral dos trabalhadores;
10. Compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população e com o aprimoramento intelectual, na perspectiva da competência profissional;

11. Exercício do Serviço Social sem ser discriminado, nem discriminar, por questões de inserção de classe social, gênero, etnia, religião, nacionalidade, opção sexual, idade e condição física.

Em síntese, o Código de Ética de 1993 representa o compromisso do Serviço Social com a classe trabalhadora, e nesse sentido a dimensão ético-política profissional põe-se enquanto relevância máxima, pois ela é a norteadora da prática e instrumento de resistência à realidade posta, seja no processo de formulação ou de implementação de políticas sociais públicas.

A implementação desse novo projeto ético-político, vinculado à intenção de ruptura, traça uma nova relação entre o Serviço Social e a questão social; requer pensar o trabalho enquanto atividade prática de reprodução do ser social (revolucionário) transformando a natureza – que acontece através de sua capacidade teleológica.

Rompe-se com o caráter conservador e se aposta na perspectiva do direito e da democracia, mas se tendo como pano de fundo a opção por um projeto profissional vinculado ao processo de construção de uma nova ordem social, que elimina a dominação, a exploração de classe, gênero, etnia. É nesse sentido que se pode crer que a ruptura foi muito mais ampla do que romper com a perspectiva tradicional, representou incluir no Serviço Social a luta pela emancipação humana e a busca pela superação do capitalismo – é aí que se instala a grande contradição da profissão.

Credita-se ao Serviço Social a execução e a implementação de princípios dentro de uma situação contraditória, porque vivemos numa sociedade do capital que almeja indiscriminadamente a acumulação e a sua expansão, na qual o trabalho

humano expressa-se de forma alienada⁵, na qual as relações e as necessidades sociais são submetidas a esta ordem.

BARROCO em 1996 afirma:

“O Código de 1993, remete aos valores essenciais do ser social: a liberdade, valor ético central, que só pode ser realizada em face de condições objetivadoras da justiça social e da equidade; por isso a democracia é afirmada como a forma de organização político-social capaz de viabilizar tais valores. A concretude histórica dada aos valores se revela na consideração de que a liberdade, construída através do desenvolvimento da capacidade de escolha consciente, só pode se realizar universalmente se forem superados os limites para o livre desenvolvimento do trabalho e das forças essenciais do ser social, o que significa superar as condições constitutivas da alienação, em suas formas de exploração e opressão” (1996,p.285).

Portanto, a dimensão ética política do projeto profissional só teria sustentabilidade **plena** numa sociedade socialista, sem discriminação nem desigualdades. Contudo os obstáculos postos perante a força do capital devem instigar a busca pela liberdade na esfera da emancipação humana, através da análise do real e de seus limites; além ainda da crítica e da reconstrução dos referenciais teóricos de análise.

Nesse sentido, a clareza dos limites da luta pelos direitos humanos na sociedade burguesa não deve promover atitudes imobilistas e pessimistas. Ao contrário; mesmo que nesse momento o conhecimento crítico e a intervenção prática coloquem-se no patamar de uma luta de resistência ao neoliberalismo, estas se caracterizam como estratégias fundamentais para a construção histórica de uma cultura "emancipatória", para base ético-política que viabilize projetos direcionados à criação de uma nova sociedade, sem desigualdades, com direitos para todos.

⁵ Os homens participam de uma relação de exploração determinada pela produção de mercadorias, com vistas ao excedente e à lucratividade.

E é no contexto da sociabilidade burguesa, que a defesa dos direitos sociais, humanos pode ser entendida como uma estratégia histórica de intervenção ético-política na realidade. Ética porque situa-se na perspectiva de posicionamentos e escolhas de valor dirigidas à liberdade, entendida como emancipação humana; política por buscar criar condições objetivas, no âmbito da luta pela hegemonia, para a concretização daqueles valores e posicionamentos.

Considerada ontologicamente, a ética diz respeito à dialética entre o que é necessário e possível, do ponto de vista das determinações e inter-relações sócio-históricas da práxis produtiva e das possibilidades da práxis política em que os homens lutam para serem mais livres, ou seja, de serem objetivamente autores de seus projetos sociais e individuais.

A práxis política emerge como espaço privilegiado para tornar possível a realização objetiva dos valores éticos elegidos, através da superação de obstáculos e viabilização de novas alternativas para a vida social. Nesse sentido, ela é entendida como uma forma coletiva de responder aos conflitos sociais, seja para a sua manutenção ou superação. Como tal é campo de luta entre projetos societários antagônicos, sempre remetidos ao desenvolvimento histórico do homem, com suas conquistas e momentos de perda relativa de valores e avanços políticos.

A atividade política supõe a projeção ideal do que se pretende transformar, em qual direção, com quais estratégias; por isso, implica em projetos vinculados a idéias e valores de uma classe, de um estrato social ou de um grupo. Como práxis, supõe uma intervenção objetiva, seja ela material ou espiritual; não é, necessariamente, uma forma ética de enfrentamento dos conflitos sociais, mas mantém uma relação com uma dada moralidade, o que aponta para a importância de não reduzirmos uma dimensão à outra.

Concebida como exercício de um saber interessado que indaga sobre o significado dos valores e das várias concepções e vivências éticas, a reflexão ético-política busca orientação na filosofia, cuja forma de interferência consiste em sua apreensão universalizante. Por estas características, a reflexão ética-política fornece as bases para uma abordagem universalizante na defesa dos direitos. (BARROCO 2001).

A Ética e a política são modos de ser da atividade prático-social dos homens, implicando na consideração do ser social como um ser de projetos inacabados, mas saturados de conquistas ao longo de seu desenvolvimento e em termos de sua sociabilidade, consciência, liberdade e universalidade. Neste sentido, a reflexão sobre a prática profissional implica na apreensão dessa dinâmica contraditória - de afirmação e negação de direitos e valores -, para não se tornar abstrata e improdutiva em seus objetivos críticos.

Todavia, faz-se necessário uma organização maior do cotidiano dos profissionais mais envolvidos no dia-a-dia de trabalho, para que se possa perceber o fio condutor da evolução do serviço prestado no contexto do Estado Contemporâneo. Para tanto, os estímulos escolhidos, teóricos e práticos, são os norteadores dessas práticas que podem tomar o sentido de transformar a liberdade e a igualdade formais em realizações concretas.

Libertar o trabalho de sua forma alienada, de sua subordinação ao poderio das coisas materiais, de sua exterioridade em face dos indivíduos sociais, seria, segundo Barroco (2001), o grande desafio para o Projeto Ético-Político Profissional do Serviço Social na atualidade; muito embora essa seja uma tarefa impossível para o Serviço Social por demandar de uma mobilização e articulação bem maior, de toda a sociedade, para o fim da luta de classes.

CAPÍTULO II

A Saúde Pública e as determinações para o Serviço Social

2.1 A Política de Saúde Pública Brasileira pós 70

Desde o século passado até o atual, a Política de Saúde brasileira tem passado por profundas alterações, percorrendo da simples assistência médica, atravessando, na década de 80, a Reforma Sanitária e culminando com a proposta de universalização do direito à saúde através do Sistema Único de Saúde.

Os serviços de saúde no país surgiram a partir do século XIX com os modelos de saúde sanitarista campanhista⁶ e assistencial-médico-privatista⁷, tendo este último perdurado até os anos 80.

Até então as propostas de saúde apresentavam-se de forma precária, na qual as políticas destinavam-se a controlar as doenças epidêmicas, saneamento dos locais de trabalho, onde as questões de saúde caracterizavam-se enquanto responsabilidade do indivíduo (MENDES, 1994).

⁶ Esse modelo “consistia em uma política de saneamento dos locais de circulação dos produtos a serem exportados, bem como a erradicação ou controle das doenças que prejudicassem tal atividade. Os problemas de saúde individuais da população não eram objeto de atenção do Estado, mas só o que se referisse a interesses da economia de exportação do país”.(ALMEIDA, et alli, 2000, p.21).

⁷ Este modelo foi hegemônico de meados dos anos 60 até os anos 80, caracterizava-se segundo Mendes por ser uma previdência que atingia a população urbana e rural, através de uma prática médica curativa, individualista, especializada e assistencialista, cuja medicina era capitalizada privilegiando o setor privado dos serviços de saúde na lógica do lucro (MENDES, 1994,p.22).

Esse período é contextualizado por políticas de priorização da renda, e pela pressão financeira do Estado sobre a circulação monetária, em que se tinha como meta controlar as contas públicas. Dessa forma as repercussões sociais eram devastadoras.

As mudanças implementadas no sistema de saúde foram resultado de uma luta que se iniciou nos anos 70, enquanto forma de expressão da insatisfação e do descontentamento da população em relação aos direitos de cidadania, acesso a serviços e à forma de organização do sistema de saúde. Para tanto, várias lideranças políticas, sindicais, populares, profissionais de saúde, donas de casa, religiosos sensibilizados da necessidade de reformular o sistema de saúde para torná-lo mais eficaz e disponível a toda população criaram condições de se pensar a saúde sob outro enfoque, fazendo-se a crítica à concepção biológica e individual.

Esse movimento, conhecido como Movimento Sanitário que culminou com a Reforma Sanitária, teve como princípio a defesa da saúde e da própria vida, considerando que todos têm direito à saúde (AROUCA, 1998) e o Estado, juntamente com a sociedade, tem o dever de fazer valer esse direito.

Esta época corresponde ao resgate da função política dos movimentos sociais e comunitários, os quais serviram de canal para a mobilização da população e das lutas pela redemocratização do país. Esses passaram a denunciar a situação caótica da política de saúde pública e dos serviços previdenciários de atenção médica, reivindicando às autoridades soluções para os problemas criados pelo modelo de saúde vigente.

O novo projeto de democratização do setor saúde foi se delineando com apoio também do CEBES - Centro Brasileiro de Estudos em Saúde e ABRASCO - Associação Brasileira de Saúde Coletiva - e a criação do CONASEMS - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde.

O Brasil, através da Constituição Federal de 1988, aprovou um modelo único e nacional de atenção à saúde, que contemplou os serviços de saúde pública e previdenciária, além dos serviços públicos e privados, em regime de contrato ou convênio. Esse modelo é chamado de Sistema Único de Saúde (SUS), que se organiza de forma regional e hierárquica, com comando único em cada nível de governo e segundo as diretrizes da descentralização administrativa e operacional, do atendimento integral à saúde e da participação para o controle social.

Em 1990, o Congresso Nacional aprovou a Lei Orgânica da Saúde, que detalha o funcionamento do SUS, onde foram regulamentadas as principais diretrizes para a sua organização, tendo como princípios a universalização (atendimento pleno, independente de cor, raça, religião, local de moradia, classe social, situação de emprego e renda, etc.); a equidade (o direito de receber do SUS o atendimento conforme as necessidades de saúde); e a integralidade (atenção às necessidades globais da promoção, prevenção da saúde e cura de doenças). E assim, o SUS de fato, resultou de um processo de lutas, mobilização, participação e esforços populares.

O Ministério da Saúde ainda editou três Normas Operacionais Básicas - NOBs, em 1991, 1993 e 1996, considerando-se que o Brasil é uma organização federativa, assim a administração e coordenação do Sistema é atribuição dos representantes das áreas de saúde dos três poderes, federal, estadual e municipal, que são efetivamente os gestores do Sistema Único de Saúde.

O SUS representa a conquista amplificada na compreensão da saúde, além de um processo de metamorfose da situação sanitária definida constitucionalmente como direito de todos e dever do Estado. Com o SUS, a saúde passa a ser vista como um setor de relevância pública, organizado e orientado de acordo com o interesse da coletividade, em que o Estado deve

garantir as condições necessárias para o atendimento à saúde de toda população (AROUCA, 1998).

Dessa forma, a Constituição trouxe um novo conceito para a saúde:

“A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (artigo 196 – Constituição Federal de 1988)”.

Essa nova proposta conceitual passa a suscitar novas práticas dos serviços de saúde, pois diferentemente do antigo que se baseava apenas nas causas biológicas da doença, o conceito atual soma as causas sociais ao fator saúde-doença, como a falta de saneamento básico, a fome, nível de escolaridade, enfim, todas as causas determinantes das condições de vida e de trabalho da população.

Compreender a determinação social sobre o processo saúde-doença requer novas maneiras de enfrentamento dos problemas. E é nesse terreno que ganham forças a concepção integral da saúde e ações voltadas às causas sociais das doenças através de um trabalho preventivo, defendidas no SUS.

O SUS é criado com o propósito de alterar a situação de desigualdade na assistência à saúde pública, embasando-se na universalidade do atendimento e na gratuidade. Traz ainda como diretrizes primordiais a descentralização, a integralidade, a participação da comunidade, a igualdade, a equidade, a resolutividade.

De acordo com Lucena:

“enquanto modelo de política de saúde, o SUS inova ao enfatizar a importância de controle social sobre as ações de saúde, a partir da descentralização – municipalização. Outrossim, destaca-se a

integralidade da prevenção da saúde (preventivo / curativa), com a priorização dos aspectos preventivos” (LUCENA, 1999:1).

Para termos uma visão mais esquemática do SUS podemos explicitar mais uma vez seus princípios fundantes:

1. Universalidade no atendimento: todas as pessoas independente de cor, raça, ou condição social serão contempladas; e o pagamento é efetuado através de impostos;
2. Equidade: atendimento de acordo com as especificidades / demandas / necessidades;
3. Integralidade: promovendo atendimento integral ao indivíduo em seu aspecto social, biológico e psíquico, com ações de promoção, prevenção e recuperação.
4. Intersetorialidade: com a união de várias áreas;
5. Utilização da epidemiologia: traçando-se o perfil epidemiológico as ações demandadas são mais fáceis de execução;
6. Descentralização: transferência de recursos e poderes de decisão para os estados e municípios;
7. Participação da Comunidade: elemento indispensável na definição das necessidades, realizada através dos conselhos, conferências;
8. Direito à informação: referentes às condições de saúde de cada indivíduo, causas e maneira de precaução, bem como divulgação dos serviços;

9. Resolutividade: que se refere à prestação e capacitação para atendimento pelos órgãos, profissionais e instituições.

Todas as ações e os serviços de saúde pública são pagos pelos recursos do orçamento da Seguridade Social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes (art. 198, § 1º da CR/88). Portanto, este modelo de política de saúde é constituído por um *"conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público..."* (art.4º, caput, da Lei n.º 8.080/90), onde os recursos são depositados obrigatoriamente numa conta específica para cada esfera de atuação, sendo fiscalizados pelos respectivos conselhos federal, estaduais e municipais de saúde, que podem deliberar através de um consenso acerca da aplicação de tais recursos de acordo com as necessidades da sociedade (art. 33, caput da Lei n.º 8.080/90).

De modo geral, o SUS propõe a regionalização e hierarquização dos serviços de saúde e intersectorialidade; e que segundo Campos (apud MACHADO, 1997, pág. 52) "através do acolhimento às reais necessidades de saúde da população, criando-se um vínculo entre os profissionais de saúde e os usuários dos serviços, estaremos na direção da construção de uma nova e real consciência sanitária".

Finalmente, deve ser lembrado que o SUS é uma conquista política e seu bom funcionamento só será possível se houver uma efetiva participação popular e controle social, isto é, se todos os interessados em seu bom funcionamento acompanharem e ajudarem a melhorar as ações de saúde a serem executadas.

Controlar os serviços públicos e aperfeiçoar seu funcionamento nem sempre é fácil. Para tal finalidade, o SUS procura, de várias formas, garantir a

participação popular e o controle social sobre os serviços que oferece. Daí a importância das Conferências de Saúde e dos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, os principais instrumentos utilizados.

É inegável que o setor da saúde historicamente vem crescendo, e experimentando resultados engrandecedores, mas para que se efetive de fato um sistema de saúde de qualidade e de direito muito há que se fazer; pois, considerando os níveis de qualidade de vida e de saúde no Brasil percebe-se a ineficiência no atendimento às necessidades da população.

No nosso país, os serviços de saúde do setor público (postos, centros de saúde, ambulatórios, hospitais, etc.) têm, em geral, se caracterizado historicamente por dificuldades em suas ofertas, pela falta de solução para os problemas de saúde e por causarem insatisfação aos usuários - os quais, muitas vezes, têm de buscar o atendimento de saúde que necessitam em outras localidades – que também acabam por não dar conta das suas demandas.

Embora a saúde pública no país tenha se consolidado como direito universal do cidadão e dever do Estado – expresso na Constituição de 1988, na Lei Orgânica da Saúde - Leis 8080/90 e 8142/90⁸; pouco tem mudado efetivamente a vida da população, consequenciando imensas dificuldades principalmente na década de 90, diferenciando muito do que preconizou a Reforma Sanitária.

Essa realidade é agravada por toda política vigente até o ano 2002⁹, que através de cortes nos orçamentos voltados para esse setor, principalmente na década de 90, vem comprometendo até hoje a implementação e o

⁸ Essas duas leis juntas formam a Lei Orgânica da Saúde e a segunda lei vem suprir algumas lacunas da primeira.

desenvolvimento do SUS, sendo este subjugado aos interesses políticos capitalistas.

A esse respeito, vislumbramos na contemporaneidade dois grandiosos projetos societários que se confrontam e que trazem repercussões nas diversas políticas sociais: o primeiro que se refere a uma sociedade regida pelo mercado, onde se diminui direitos sociais e políticos e o segundo remete a uma sociedade democrática, participativa, igualitária.

A interferência da disputa desses projetos no setor da saúde é visivelmente percebida pelas propostas: Privatista e da Reforma Sanitária. O projeto de saúde privatista é o modelo que se articula à perspectiva neoliberal que vem apresentando propostas de contenção de gastos racionalizando a oferta; é focalista no atendimento às demandas, busca a descentralização com a isenção de responsabilidades, estimula o voluntariado e a refilantropização, amplia a privatização – além de concepções individualistas e fragmentadas no tratamento da realidade (BRAVO; MATOS, 2001).

Essa perspectiva é fortalecida também com a Reforma do Estado que traz para o setor da saúde, através do documento do Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado (MARE) de 1998 – especificamente o artigo de Bresser Pereira, além da NOB-96 que segundo Bravo e Matos, “... tem uma clara orientação focal, priorizando a atenção básica desarticulada da atenção secundária e da terciária”. Os autores complementam que os dois documentos estão articulados, onde ambos apresentam uma divisão do SUS em dois: “hospitalar (de referência) e básico – através dos programas focais”...”um SUS para os pobres e outro sistema para os consumidores” (BRAVO; MATOS, 2001, p. 209-210).

⁹ Pois a partir de 2002 a esquerda (Partido dos Trabalhadores) sobe ao poder, através do presidente Luiz Inácio Lula da Silva e de seu Ministro da Saúde Humberto Costa, que se propõem a defender o direito e o acesso ao sistema de saúde de forma universal e democrática.

Contraditoriamente, o projeto da reforma sanitária, preocupa-se principalmente com o dever do Estado na execução de sua responsabilidade de prestação do serviço público de saúde, onde este tem o dever de zelar pela democracia, ao acesso universal e pelo direito nas políticas sociais. Essa relação do Estado com a Sociedade implica na participação popular nas decisões, na democratização do aparelho público, no controle social, etc. A estratégia mais fecunda para a implementação desse projeto foi a elaboração do SUS¹⁰.

No entanto, um grande desafio ainda é a efetivação dos princípios e das diretrizes do SUS, assim como da Constituição, tendo em vista a necessidade de superação das adversidades impostas pela política da modernidade; que hoje deve ser enfrentada através do fortalecimento do controle social, da abertura de canais de participação, da transparência, da mobilização, da discussão e do aprofundamento teórico-crítico em prol da democratização e universalização dos espaços públicos. Requer-se um resgate das propostas da Reforma Sanitária, concebendo a amplitude de seu debate, que seria a defesa e ampliação de direitos sociais, da democracia, não se restringindo apenas ao SUS.

O fato é que o país está convivendo com as conseqüências da exclusão social decorrentes do modelo sócio - produtivo imponente, e essas problemáticas fazem parte também do cotidiano da vida dos profissionais de saúde.

Os assistentes sociais, inseridos nessa realidade tão complexa e contraditória são inflexionados muitas vezes a produzirem consensos trabalhando a favor da lógica do capital, numa forma de amenizar as seqüelas da “questão social”, numa administração das desigualdades na ordem burguesa. Esta é uma área fecunda de discussões para a categoria.

¹⁰ Ib Ibidem

Podemos afirmar que, refletir sobre a realidade da saúde pública requer considerar que ainda não superamos as profundas dificuldades referentes à garantia de acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde de qualidade; isso significa um enorme desafio, pois além do tratamento médico destinado às pessoas doentes, deve-se investir significativamente nas políticas sociais, tais como: saneamento básico, habitação, alimentação, prevenção de doenças, etc, pois é aí que se põe o objeto de atuação do Serviço Social.

2.2 Saúde Pública e Serviço Social: a dimensão da interdisciplinaridade como estratégia de fortalecimento dos serviços de saúde.

Como visto anteriormente, o setor da saúde vem passando por reformulações, tanto nas relações sociais quanto nas práticas profissionais que vieram alterando-se progressivamente. Ao analisar a inserção do Serviço Social na área da saúde brasileira, percebemos que o assistente social atua no campo da saúde há muitos anos (BRAVO, 1996, p.85).

O processo de trabalho, dos assistentes sociais, inicialmente nesta área impôs “operar para a manutenção das modalidades de intervenção” (BRAVO, 1996, p.85) como fator determinante das relações políticas de centralização que se estabeleciam no regime burocrático autoritário. As atividades voltadas à assistência à saúde correspondiam a ações preventivas de atenção individual de caráter médico-previdenciário, que conseqüentemente racionalizava a prática profissional do assistente social no eixo teórico-metodológico do assistencialismo, impossibilitando que os profissionais respondessem aos desafios colocados pelo real.

O Serviço Social enquanto uma profissão histórica também passou por modificações em sua prática ganhando novos contornos, sendo que o movimento de reconceituação da profissão, apresenta-se como fator propulsor destes desdobramentos.

É só a partir do processo de ruptura com o tradicionalismo que o Assistente Social é reconhecido como um profissional da área da saúde e nas últimas décadas foi fortemente requisitado a prestar serviços em hospitais, unidades

de saúde, sistemas públicos estaduais e municipais, contando também com sua presença em entidades de representação ligadas diretamente ao setor da saúde como o Conselho Nacional de Saúde, Conselho Estadual de Saúde e o Conselho Municipal de Saúde, bem como nos organismos de representação dos interesses dos segmentos sociais envolvidos com a prestação e o consumo de serviços de saúde¹¹.

Todas essas mudanças deram-se através do Movimento Sanitário, que se caracterizou como um impulsionador de transformações para o contexto social que objetivava a ampliação do conceito de saúde por acreditar ser este o campo da saúde, um espaço coletivo para intervenção profissional. Assim, concebia-o não mais centrado na polaridade do discurso médico de atuação simplificada ao processo biopsicosocial e sim no enfoque coletivo de atuação.

Dessa forma, o Movimento em prol da Reforma Sanitária caracterizou-se em um elemento de suma importância para a implementação de mudanças no sistema de saúde. Segundo Arouca, a Reforma Sanitária Brasileira deve ser concebida enquanto:

“Um processo de transformação da situação sanitária existente, tendo em vista que esta expressa os interesses da mercantilização da saúde, da dominação tecnológica, do clientelismo político, da comercialização inescrupulosa dos medicamentos, da indústria lucrativa dos equipamentos desnecessários” (AROUCA, 1998, p. 05).

Os profissionais de Serviço Social mediante tantas transformações perceberam a necessidade de ampliar a busca para novos conhecimentos e instrumentos, estando voltados essencialmente para a intervenção no enfoque da atenção à saúde coletiva.

“A inserção do Serviço Social no setor da saúde tem evidenciado que sua intervenção expressa na prática profissional dos

¹¹ Conforme: Conselho Federal de Serviço Social (1995)

assistentes sociais, tem se tornado necessária na promoção, proteção e recuperação da saúde em diferentes níveis. As demandas que se colocam à profissão neste setor vem exigindo dos profissionais conhecimentos específicos relativos à saúde e possibilitando tanto a ampliação da área de intervenção como espaço para a reflexão da prática” (SOUZA, 1995, p.58)

Dentro desses espaços de atuação profissional apresenta-se como ponto fundamental no contexto da profissão a dimensão educativa, mediadora, procurando direcionar o processo de trabalho do Serviço Social através de ações interdisciplinares de orientação e informação, incentivando gestões participativas, na defesa de direitos e contribuindo para a construção de novos sujeitos sociais (SIMIONATTO, 1997).

Conforme BARBIANI et ali, o assistente social para intervir,

“precisa estar constantemente conectado à realidade, numa postura investigativa, criando e recriando possibilidades de enfrentamento da questão social e de superação das desigualdades sociais.” (BARBIANI et ali, 1998, pág.157)

Assim, por meio de tais propostas de intervenção e desses novos espaços para o agir profissional no campo da saúde, considera-se que a compreensão dos indivíduos da coletividade deve se dar de forma ampliada, percebida sob o campo teórico-metodológico da saúde coletiva, enquanto um movimento que inclui uma nova definição conceitual no processo saúde/doença, que corresponda a mudanças qualitativas para a maioria da população.

A discussão que se tem hoje sobre o tema saúde coletiva, compõe um amplo processo de revisão e de superação de um conceito totalmente defasado do diagnóstico biologicista onde o saber médico era o responsável pelo controle e manutenção da saúde.

O que se sobressai na atualidade é a proposta coletiva dos possíveis caminhos de intervenção na área da saúde, a partir de uma reflexão conjunta

onde a diversidade de percepções, conhecimentos e ideologias presentes no dia a dia das pessoas direcionam a maneira em que os profissionais de saúde poderão encarar alternativamente uma proposta de mudança “de fato” do conceito biologicista tão arraigado em nosso cotidiano social.

Para a transformação do enfoque do “*saber médico*” é fundamental que se constitua um esforço conjunto dos vários campos do conhecimento onde se deve compreender a prática social de cada profissão para que conjuntamente se enfrente a complexidade dos problemas postos na atualidade. Dessa forma, compreendemos que, na atual conjuntura de modificações, o redimensionamento do saber e do fazer apresenta-se como sendo imprescindível, de modo que leve à busca de novas alternativas de intervenção.

A prática multiprofissional no contexto da saúde, caracteriza-se como pouca valorização do pensamento em abranger e apreender as relações e correlações conceituais desse processo saúde/doença. Os rebatimentos desta prática na saúde sob uma visão exclusiva de cada profissional fragmenta o processo de intervenção. Essa fragmentação do saber, ou seja, das práticas multiprofissionais “(...) onde profissionais de diferentes áreas trabalham isoladamente, em geral sem cooperação e troca de informações entre si (...)” (VASCONCELOS, 1997, p.141), não tem respondido às necessidades de saúde da população.

Tais observações apontam, ao mesmo tempo para o fato de que a não resolutividade desta prática no atual contexto leva-nos à abertura para a busca de novas estratégias de intervenção.

É nesta perspectiva que a prática interdisciplinar pode contribuir como uma vontade e um compromisso de interação entre metodologias para que ocorra uma busca permanente e coletiva.

Para Sá, o processo interdisciplinar seria a tentativa de unidade do saber, seja em nível de ensino, pesquisa ou na prática social. Nesse sentido, a interdisciplinaridade é entendida como sendo um processo, no qual há reciprocidade, enriquecimento coletivo, com pretensão de nivelar as relações de poder entre as áreas envolvidas, ou seja, busca-se reciprocidade, diálogo, interação e abertura de espaços para contribuições de outros profissionais para que possam intervir na realidade de forma mais efetiva (SÁ, 1993).

Isto significa dizer que

“o conhecimento interdisciplinar deve ser uma lógica da descoberta, uma abertura recíproca, uma comunicação entre os domínios do saber, uma fecundação mútua, e não um formalismo que neutraliza todos os significados fechando todas as passagens” (Gusdorf, apud MACHADO, 1997, pág. 61).

O pensar e o refletir interdisciplinarmente requer uma relação de reciprocidade, de mutualidade, dependendo basicamente de uma atitude. A relação entre as diversas disciplinas conduz a uma interação e uma intersubjetividade como uma possibilidade de efetivação de um trabalho interdisciplinar.

A ação interdisciplinar não pressupõe esquecer-se das especificidades, mas uni-las em pensamentos e práticas, que possibilitem atingir uma determinada realidade, um determinado objeto em sua pluralidade e assim compreendê-los de forma mais consistente.

De acordo com Martinelli, a interdisciplinaridade *“(...) pode revelar-se uma alternativa para transpor as fronteiras instituídas pelas profissões, superar as endogenias, deixar de falar só com os mesmos, e, quem sabe, diluir as vaidades pessoais que o exercício acadêmico insiste em fomentar”* (MARTINELLI, et all, 1995,p.24).

A interdisciplinaridade enquanto princípio mediador de comunicação entre as diferentes disciplinas apresenta-se como um elemento teórico metodológico da diferença e da criatividade. A interdisciplinaridade é o princípio de exploração das potencialidades de cada ciência, da compreensão e exploração de seus limites, mas acima de tudo é o princípio da diversidade e da criatividade.

O estudo sobre interdisciplinaridade especialmente para os profissionais de Serviço Social é de particular interesse, considerando-se que tais profissionais têm enquanto objeto de intervenção os conflitos decorrentes das relações sociais, sobretudo as seqüelas do Capitalismo, e neste sentido o Assistente Social desempenha importante papel na perspectiva de levar a outros profissionais a compreensão das implicações das questões sociais. Para tanto, a interdisciplinaridade favorece o conhecimento do objeto a ser trabalhado pelos profissionais, sob diferentes enfoques, o que poderá se constituir em um importante instrumento estratégico.

Para o Serviço Social, Martinelli argumenta que *“a interdisciplinaridade enriquece-o e flexiona-o, no sentido de romper com a univocidade de discurso, de teoria, para abrir-se à interlocução diferenciada com outros”*. De acordo ainda com a autora, isso pode significar um rompimento com concepções tidas como absolutas, sobretudo com dogmatismos que permeiam a profissão (MARTINELLI, et all, 1995, p.25).

Numa equipe interdisciplinar o Serviço Social atua em conjunto aos demais profissionais de modo dinâmico, participativo, e acima de tudo comprometido com a consciência crítica e política de seus usuários. De modo geral, todos os técnicos de uma equipe interdisciplinar devem procurar contribuir com o saber de sua área do conhecimento e que cada qual possa opinar, questionar, discutir acerca de determinada situação, ampliando sua ação e percepção através de uma atuação conjunta.

O Serviço Social em sua visão de totalidade apresenta um perfil característico do exercício da interdisciplinaridade. Para tanto, trabalha em defesa dos preceitos da integralidade humana, articulando conhecimentos através de um processo crítico no que se refere aos procedimentos teórico-metodológicos.

Deste modo, entendemos que a prática interdisciplinar no contexto da saúde insere-se como uma alternativa de intervenção onde o compromisso deve ser o de elaborar, em um contexto mais geral, a progressão do conhecimento mútuo de modo que venha a esclarecer novos e ocultos problemas que não podem ser vislumbrados por olhares disciplinares.

Do exposto, é evidente a relevância de tratar esses aspectos conceituais para o Serviço Social, considerando que têm se transformado em demandas para a categoria. Pois, o processo de complexificação da questão social, vem requerer profissionais capazes de encaminhar respostas amplificadas e integralizadas às problemáticas da atualidade, movidos por estratégias, tanto teóricas, práticas, políticas quanto éticas.

CAPÍTULO III

A Saúde Pública no Estado de Pernambuco e as requisições para o Serviço Social

3.1 Saúde Pública em Pernambuco: uma experiência em 5 hospitais de grande porte

3.1.1 Notas sobre a saúde no Recife¹²

Desde que foi criado e posto em vigor através da Constituição Federal de 1988, o Sistema Único de Saúde tem enfrentado inúmeras dificuldades de implantação no país. Soma-se a esse fato a política de cortes financeiros, a qual tem reduzido investimentos nas políticas sociais impossibilitando o desenvolvimento do SUS.

O "acompanhamento, avaliação e divulgação do nível de saúde da população e das condições ambientais" (art. 15, inc. III da Lei n.º 8.080/90) cabe a cada instância de poder (União, Estados, Distrito Federal e Municípios) de acordo com seus respectivos âmbitos administrativos.

A lei regulamenta ainda que é de responsabilidade nacional do SUS a participação na formulação e na implementação das políticas relativas às condições e ambientes de trabalho, participando da definição de normas e mecanismos de controle, com órgãos afins, de agravos sobre o meio ambiente

¹² Município em que se localiza geograficamente os hospitais estudados pela pesquisa.

ou deles derivados, que tenham repercussão na saúde humana, participando ainda da definição de normas, critérios e padrões para o controle das condições e dos ambientes de trabalho, coordenando a política de saúde do trabalhador (art. 16, incs. II, al. c, IV e V da Lei n.º 8.080/90).

Compete à direção estadual do SUS coordenar e, de forma complementar, executar ações e serviços de saúde do trabalhador, participar, juntamente com órgãos afins, do controle dos agravos do meio ambiente que tenham repercussão na saúde humana, participar ainda da definição de normas, critérios e padrões para o controle das condições e dos ambientes de trabalho, como também coordenar a política de saúde do trabalhador (art. 17, incs. IV, al. d e V da Lei n.º 8.080/90).

E à direção municipal do SUS cabe o planejamento, organização, controle e avaliação das ações e dos serviços de saúde, além da gestão e execução dos serviços públicos de saúde, participando da execução, controle e avaliação das ações relativas às condições e aos ambientes de trabalho, executando serviços de saúde do trabalhador (art. 18, incs. I, III e IV, al. e da Lei n.º 8.080/90).

A saúde no estado de Pernambuco segue uma regra global de mudanças ocorridas a nível nacional e sofre as conseqüências de um sistema neoliberal, concentrador que não aponta como encaminhamentos para a saúde mudanças nas situações de risco; persiste-se ainda em medidas curativas.

O Recife, Município em que se localizam geograficamente os hospitais estudados pela pesquisa, foi um dos primeiros municípios do país a assumir a gestão semiplena e plena do sistema de saúde, modalidade de gestão em que todas as decisões quanto ao gerenciamento de recursos e serviços, próprios, conveniados e contratados se dão no âmbito do Município.

Para se implementar um modelo de atenção à saúde que objetive a consolidação dos princípios do SUS, é crucial que se torne uma prática o Comando Único – na medida em que o município efetive sua responsabilidade sanitária garantindo o acesso a todos os níveis de atenção à saúde. O artigo 198º da Constituição Federal destaca que “As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado com as seguintes diretrizes: descentralização, com direção única em cada esfera de governo, atendimento integral, participação da comunidade”. O artigo 9º da Lei 8080/90 afirma que “a direção do Sistema Único de Saúde é única, (...), sendo exercida em cada esfera de governo”. Segundo a NOAS¹³ 01/2002, “Cabe aos municípios a gestão de todos os prestadores públicos e privados situados em seu território”.

Apesar deste avanço garantido por lei, o comando único no Recife ainda não passou do papel, pois o município responde apenas pelos níveis de atenção básica¹⁴ e de média complexidade¹⁵, onde é o Estado que se responsabiliza por maior parte do nível de média e alta complexidade¹⁶ – a exemplo dos hospitais de grande porte estudados por esta pesquisa.

É nesse sentido que o município perde a capacidade de atender conforme a Lei – que preconiza o atendimento integral, em todos os níveis. O paciente ao buscar atendimento num PSF¹⁷ e, ao não ter resolutividade, é encaminhado para um Centro de Saúde – e ao não ter resolutividade, novamente, é encaminhado a uma unidade de alta complexidade cuja gestão não é municipal, mas estadual. É desta forma, que o município deixa de cumprir com o que já foi legislado, inviabilizando o acesso integral à saúde, sem uma oferta de ações e serviços articulados de promoção, prevenção e cura de doenças.

¹³ Norma Operacional Básica da Assistência à Saúde

¹⁴ Vigilância sanitária e epidemiológica, educação em saúde, PSF, PAC's.

¹⁵ Refere-se a atendimentos em unidades de saúde, policlínicas, etc.

¹⁶ Atendimentos mais complexos, como cirurgias, exames mais minuciosos, etc.

Vale ressaltar, no entanto que na 6ª Conferência de Saúde do Recife, realizada nos dias 14, 15, 16 e 17 de agosto de 2003, constata-se uma preocupação a esse respeito, onde se buscará de forma pactuada (entre o Estado e o Município) e gradual, o repasse das unidades para responsabilidade do município.

A complexidade do sistema de saúde, levou ao processo de descentralização do planejamento e da gestão de saúde; que no Recife teve início com a atenção básica seguido pelos serviços secundários próprios e posteriormente pelos serviços conveniados/ contratados.

O Recife por ser um centro de referência regional para o setor da saúde absorve também a demanda regional, e ainda demandas de outros municípios e com isto sobrecarrega o seu próprio sistema local tanto na atenção básica como na assistência secundária. E nesse sentido, vem sendo sucateada, não atendendo quantitativamente nem qualitativamente à demanda. Essa realidade é clara nos hospitais de grande porte estudados.

“A saúde no Brasil está inescrupulosa, vejo desqualificação, falta de recursos humanos, falta sustentabilidade do sistema. Precisa de um recomeço, falta moralidade e sensibilidade. A indignação é crescente” (Assistente Social da Saúde Pública, PE, 2003)

A população recifense, ao deparar-se com as complicações e dificuldades encontradas nas unidades de saúde que têm menor complexidade, superlota os hospitais de grande porte e unidades de maior complexidade, mesmo necessitando de atendimentos de baixa complexidade.

Somam-se a esse contingente a falta de recursos materiais, humanos, alimentação, instalação, medicamentos, etc. O que se pode constatar é que há um distanciamento do que se preconiza nas leis (Constituição Federal e Leis da Saúde) e do que se é realmente oferecido na execução.

¹⁷ Programa de Saúde da Família

“Nem o Estado cumpre seu dever nem o usuário tem o seu direito”...“Que dever é este e que direito é esse? Onde as pessoas esperam dois, três dias numa cadeira uma maca, uma maca dura!”. (Assistente Social da Saúde Pública, PE, 2003).

A Reforma Sanitária, a universalização do direito à saúde no nosso país – princípio chave do SUS, infelizmente não teve muitos avanços e resolutividade. A sociedade, longe de beneficiar-se da efetiva consolidação do SUS, que foi uma conquista na construção da democracia no país, não usufrui o acesso universal e irrestrito à saúde, eminentes no projeto da reforma, fazendo-se negar a igualdade e a justiça social.

As conseqüências dessa política são o ressurgimento de epidemias, ou seja, doenças reemergentes que já estavam controladas, apresentando um quadro epidemiológico que ressalta fatores de morbidade e mortalidade decorrentes do acesso desigual ao sistema de saúde pública pela sociedade, além de condições sanitárias inadequadas, de deficiência (ou ainda inexistência) alimentar e da desigual distribuição da renda – características de países subdesenvolvidos e em vias de desenvolvimento, muito embora apresente doenças também características de países desenvolvidos, como: stress, depressão, problemas cardiovasculares, etc.

“O usuário não tem condições dignas, são desprovidos de direitos, nega-se a cidadania, a gente vê ferido o direito à saúde; não foi posto em prática o direito”.... “A saúde está doente”. (Assistente Social da Saúde Pública, PE, 2003).

A discussão que se deve apresentar hoje, não apenas no Estado, mas em todo país é a análise das situações que travam a implementação e desenvolvimento do SUS, aliado a uma pauta de ações, de trabalho, de atendimento a reivindicações e de resistência tanto por parte do movimento social, conselhos, como também dos parlamentos e gabinetes políticos com o

auxílio de uma fiscalização da aplicação de verbas públicas destinadas às ações e serviços de saúde.

Assim, somando-se o maior número de forças possível, poderá se ter uma maior e efetiva atuação do Ministério Público na proteção do direito à saúde, no uso de mecanismos legais, judiciais ou extrajudiciais que visem a defesa de tais direitos, com base na Declaração Universal dos Direitos do Homem e do Cidadão e deste modo se estaria lutando contra o descaso que se faz descaradamente pelas políticas públicas na contemporaneidade.

O desinteresse, a desvalorização e a falta de preparação das instituições e das equipes para a organização e realização da atenção global da saúde demandam um trabalho que articule e integre ações preventivas, educativas e curativas, priorizando o reforço à atenção básica, o controle das endemias, a melhoria do acesso a medicamentos, a capacitação de profissionais e fortalecimento do controle social.

Pois da forma em que está posta: recursos financeiros insuficientes; pouca participação dos Estados no financiamento; deficiência quali-quantitativa de recursos humanos; precarização das relações de trabalho; baixa resolutividade e limitações no acesso aos serviços; onde por um lado, os governos comprometidos com os grupos econômicos sucateiam os serviços públicos e, por outro, as empresas se propõem a fazer melhor na iniciativa privada e passam a comprar todo o sistema de serviço público e empresas estatais construídos arduamente com dinheiro público; fazendo-se negar o que se põe como prioridade dentro do SUS no Estado vindo o Estado e município a necessitar de mecanismos de democratização, participação e práticas profissionais na busca da superação da realidade posta.

3.2 A dimensão ético-política da prática profissional do Serviço Social na Saúde Pública

3.2.1 Discutindo a dimensão da prática profissional

No desenvolver da coleta de dados, consideramos que a conjuntura vigente, determinada pela ótica neoliberal, imprimiu e imprime mudanças nos modelos de gestão da força de trabalho no interior das unidades públicas de saúde. O desenvolvimento dessa perspectiva implica em modificações nas práticas profissionais, no atendimento de demandas, e nas próprias demandas.

Apesar das condições adversas impressas por essa ótica, com a implantação do SUS, o Estado brasileiro começa a participar de resultados positivos de um conjunto de ações e de uma revisão de prioridades e procedimentos no setor da saúde.

Contudo, os passos ainda estão muito curtos para que se efetive, de fato, a garantia de uma assistência adequada, e o que podemos sentir enquanto conseqüência disso no cotidiano dos hospitais é um grande contingente de pessoas portadoras de doenças preveníveis, enormes filas em hospitais aguardando uma vaga para atendimento, além de gastos excessivos no tratamento de doenças ao invés da prevenção e promoção da saúde pública.

Os profissionais de Serviço Social, nessa conjuntura, deparam-se cada vez mais com uma prática burocratizada, devido à redução de recursos, tendo que administrar as desigualdades frente à necessidade de selecionar usuários por conta da redução dos programas sociais de políticas sociais. Desse modo, percebe-se uma contradição, tendo em vista que quotidianamente se acirra a

questão social - fonte de demanda para o Serviço Social, que necessita de respostas eficientes e alternativas para a realidade posta.

Para tanto, concordamos com a Dalva Horácio Costa quando diz em sua dissertação que:

“... a questão principal é construir coletivamente práticas voltadas para o enfrentamento dos problemas de saúde, levando em consideração as condições de vida da população e a quantidade e qualidade dos serviços de saúde ofertados. Este fato remete ao processo coletivo de trabalho em saúde ao âmbito da luta pela superação da dicotomia saúde coletiva e saúde individual e a universalização e equidade no acesso ao sistema.”(COSTA, 1998, p.151)

Todas as considerações elucidadas neste trabalho acerca da conjuntura e seus rebatimentos nas políticas setoriais, não fogem à realidade da saúde pública pernambucana. Fato este que pôde ser percebido através desta pesquisa nos cinco hospitais de grande porte do Estado, em que se percebeu algumas questões referentes especificamente à atuação do Serviço Social.

O que pudemos perceber é que o exercício profissional do Assistente Social cumpre uma dinâmica de trabalho que apresenta características particulares ao próprio processo de trabalho em saúde (COSTA, 1998). Nesse sentido, o caminho estratégico proporcionado pela pesquisa nos permitiu fazer algumas afirmações acerca do trabalho do assistente social nesse campo de prestação dos serviços.

O trabalho do Serviço Social se insere no processo de trabalho em saúde através das atividades de:

- Identificação/caracterização das condições sócio-econômicas dos usuários;
- Interpretação/flexibilização de normas;
- Articulação/realização de atividades preventivas, informativas;
- Atendimento de urgências sociais e mobilização da comunidade;

- Elaboração de projetos na área da saúde, relatórios, pareceres, encaminhamentos.

Pode-se dizer que os objetos da atuação profissional debruçam-se sobre diversificadas formas de expressão da questão social, que de certa maneira, comprometem, ofuscam, obstruem o desenvolvimento do processo de trabalho em saúde e a eficácia dos programas de prevenção, controle ou recuperação da saúde.

Desse modo, sua ação se faz necessária em todos os momentos e em questões que interfiram ou digam respeito às condições e qualidade da prestação dos serviços, considerando que o seu usuário potencial é o excluído do próprio atendimento.

“Ele vem na esperança de que a gente vai resolver”¹⁸

Assistente Social, saúde pública, Recife, 2003.

O exercício profissional do Serviço Social nas instituições estudadas dá-se, de modo geral, articulado e integrado à equipe multidisciplinar, em concomitância com os objetivos institucionais – visto apenas na sua formalidade, no entendimento das assistentes sociais que não percebem a inter-relação da equipe, necessária para o atendimento. Neste sentido, é que os profissionais de Serviço Social consideram a relevância na compreensão das relações sociais dentro do hospital entre funcionários, usuários, equipe de saúde, paciente, família, trabalho, instituição, comunidade, etc, na medida em que todos esses interferem no processo de saúde/doença do usuário.

“Já vi paciente aqui internado mais de 3 meses aguardando cirurgia, aí retarda porque: falta alguém da equipe, material importado, o setor de compra que não tem recurso, marcação de

¹⁸ “Ele” se refere ao usuário; e “resolver” refere-se a um usuário que necessita de uma consulta para breve, mas que só conseguiu vaga para daqui a 2 meses.

exame de alto custo, biópsia, resultado, aparelho quebrado” ...”Aí o paciente chora, pede pra mim que quer ir embora ...”
Assistente Social, saúde pública, Recife, 2003.

Dentro da proposta da saúde pública, preventiva, coletiva e de direito, percebe-se tanto pelos planos de trabalho, quanto no próprio discurso, que os profissionais empreendem esforços no sentido de efetivação do SUS e têm compromisso com uma política democrática de saúde. Essas são ações gerais que dão um direcionamento à prática específica do Serviço Social nas unidades hospitalares estudadas, mesmo que a rotina de atividades, não possibilite esta apreensão por parte dos profissionais.

Podemos exemplificar com o fato de que em uma das etapas da pesquisa – na observação, quando as assistentes sociais de plantão depararam-se com um caso de um usuário que estava detido por tentativa de assalto e suspeita de participação em quadrilha, encontrava-se ferido e necessitando dos serviços de saúde, e tão logo do Serviço Social. Em momento algum se percebeu as profissionais tratando com discriminação nem preconceito o usuário, fortalecendo sua intervenção afirmando à pesquisadora: *“Ele é um cidadão e aqui ele tem direito de ser assistido”*. As profissionais tomaram as providências cabíveis para o momento, inclusive tiveram a sensibilidade de acalmar os outros usuários que estavam compartilhando da mesma emergência, informando que a segurança já tinha sido acionada.

Assim, cabe ao Serviço Social atuar em atividades do planejamento, execução e acompanhamento de projetos, programas que tenham relação direta com a melhoria da qualidade de vida e da saúde da população usuária do sistema, na defesa de fato dos seus direitos.

Para tanto, os assistentes sociais na execução de suas tarefas utilizam-se de alguns instrumentos de trabalho que fortalecem e caracterizam sua atuação,

no sentido de conhecer a realidade, no estabelecimento de contatos, no acesso a informações. Os instrumentos são:

- ◆ reuniões, palestras;
- ◆ entrevistas, fichas sociais;
- ◆ telefonemas (um dos principais instrumentos/meio);
- ◆ formulários (atestados, autorizações, encaminhamentos) etc..

Entretanto, o conteúdo e a forma de utilização depende totalmente da perspectiva teórico-metodológica e política do profissional. Em outros termos: esta prática não é rigorosamente padronizada, de um modo geral ela é construída e reelaborada pela equipe de assistentes sociais de cada instituição.

A requisição da ação do assistente social é demandada sempre que as questões interferem nas condições e na qualidade da prestação dos serviços dentro do hospital, visto que o profissional atua na mediação de conflitos que dizem respeito às próprias contradições do SUS – que muitas vezes não leva em consideração as especificidades e particularidades de cada caso: não há a igualdade com diferenciação.

É nesse sentido, que o Assistente Social é o profissional a quem se atribui a capacidade de autorizar a abertura de exceções a regras; pois nas observações pode-se perceber que as maiores requisições de seu trabalho consistem na construção de possibilidades de inclusão emergencial dos excluídos do atendimento, além de mediar conflitos resultantes das contradições do SUS expressas nas contradições entre norma e caso. Apesar do aspecto emergencial, e muitas vezes realizados em atendimentos individualizados, eles contemplam e fazem parte de toda uma problemática social que envolve demandas e interesses da coletividade – e isso às vezes também não é compreendido pelas profissionais:

“Meu serviço é de secretária /porteira, não sei se deixo ou não deixo entrar”¹⁹

Assistentes Sociais, saúde pública, Recife, 2003

Ao operar a questão das desigualdades sociais e ao acesso aos serviços, além de produtos materiais concretos, o trabalho do assistente social produz uma certa forma de consenso; consenso esse que algumas vezes induz a população a aceitar as regras hospitalares – até mesmo pela especificidade do setor, bem como de suas deficiências na prestação dos serviços, tratando as lacunas do sistema como casos isolados e situações; e outras vezes apontam para a ampliação e a democratização ao acesso aos serviços, contribuindo para o acesso a direitos, o que demanda a capacidade de articular respostas que negam o modelo médico-hegemônico que apenas focaliza a doença, desconsiderando seus determinantes.

A produção de consensos que se reforça nesta última perspectiva – a do usuário, através do trabalho dos assistentes sociais, deve viabilizar a incorporação e o atendimento das necessidades concretas da população usuária dos serviços de saúde, seja através da qualidade do atendimento em todos os sentidos, como na agilização de alta hospitalar ou no seu retardamento - quando for necessário ao usuário; além ainda do aparato em uma específica comunidade para o entendimento crítico de sua situação epidemiológica, sanitária, social, contribuindo com informações, dados, discussões, trocando saberes, bem como desmistificando as potencialidades e os limites dos serviços de saúde em prol do seu enfrentamento; etc.

O leque de atividades desenvolvido pelos assistentes sociais coloca esses profissionais como grandes propulsores da implementação do SUS, que concomitantemente, elaboram respostas às necessidades e às contradições do processo de racionalização dos serviços prestados, como a necessidade de rotatividade dos leitos hospitalares (por exemplo: na agilização das

¹⁹ A esse respeito, a profissional se referiu à atividade de abertura de exceções, no que se refere à

comunicações de alta ou de óbito) e a demanda reprimida por consultas e exames (conseguindo marcações extras, evitando agravamento das doenças, informando os óbitos e as devidas providências, denúncias, etc.).

E desta forma, o Assistente Social trabalha em concomitância às necessidades institucionais e dos usuários, seja como medida de saúde pública para controlar as doenças em escala social seja como forma de recuperar a força de trabalho e o consumo dos serviços de saúde junto aos segmentos historicamente excluídos.

Além disso, pode-se ver a estrita vinculação com o projeto ético-político, mesmo que inconscientemente por algumas das profissionais, mas percebida na pesquisa na vivência das profissionais:

“Naquela emergência a gente pode pegar o código, rasgar e jogar no lixo”.

Assistente Social, saúde pública, Recife, 2003.

A respeito desse depoimento, considero que não se refira à negação da profissional ao Código de Ética, nem das suas reais possibilidades de implementação e pertinência na contemporaneidade, mas sim às dificuldades de todo o sistema que repercute diretamente no seu fazer profissional.

Nesse sentido, verifica-se que as dificuldades são enormes no atendimento às demandas, pois se somam ao grande número de demandas, problemas de infra-estrutura: falta de recursos materiais, humanos, transporte, equipamentos, verbas, etc; questões profissionais: desestímulo, a falta de reciclagem profissional, a não integração da equipe, interesses particulares, salários, além ainda de dificuldades impostas na organização da política social.

“Muita coisa não chega a mim,... fico muito nas providências, a rotina é dura, não dá nem tempo pra conversar com as famílias”

“Na emergência é tudo muito rápido, é para ontem”

“Não tem privacidade, assim não se respeita o paciente, ninguém tem consciência do que é o Serviço Social”.²⁰

Assistentes Sociais, saúde pública, Recife, 2003.

Essas dificuldades, na realização do trabalho profissional agravam-se na medida em que o desestímulo e a indiferença tomam o lugar da indignação perante os fatos. É nesse sentido que os profissionais, numa rotina de atividades não se percebem – seja por desconhecimento, distanciamento das discussões ou pela própria descrença nas possibilidades de mudança de situação, que a ética, bem como a busca pela efetividade do SUS são práticas vivenciadas cotidianamente por elas – muito embora necessitem ser fortalecidas. Isso acontece pelo fato do projeto ético da profissão, bem como o código, mostrarem-se em sintonia com a realidade, capazes de viabilizar práticas e encaminhar respostas.

O fortalecimento da prática profissional, hoje, deve privilegiar o debate teórico-prático que dê subsídios para o enfrentamento das contradições do real, e assim destacamos: o senso crítico –que lhe dê a capacidade de análise das relações sociais, bem como de decodificar a historicidade e contradições da sociedade; competência teórica – mediante o conhecimento das vertentes teóricas das ciências sociais; competência política – para se ter a capacidade de posicionamento profissional e político diante dos fatos, nos espaços sócio-institucionais; competência técnica - saber fazer com eficiência mediante amplo conhecimento dos instrumentos, técnicas e práticas profissionais; além

ainda do compromisso social – compromisso esse com as transformações necessárias à sociedade e com a emancipação do ser humano.

Assim, “somente uma perspectiva teórica crítica que permita apreender o movimento histórico, que se contém nas transformações societárias em curso e a negatividade que ele comporta, perspectiva vinculada a um projeto social anticapitalista sem vincos utópicos-românticos, pode assegurar que os componentes sociocêntricos e emancipadores que a cultura profissional recentemente obrigou, sejam potenciados e atualizados” (NETTO, 1996 p. 127 -128).

²⁰ Sobre esse depoimento a profissional refere-se a necessidade da privacidade para informar sobre um óbito, pois acontece mais de um atendimento na mesma sala, complementa que se

3.2.2 A prática profissional do Serviço Social na rede de saúde pública frente ao projeto ético político

O estudo apresentado neste item é, em grande parte, fruto da pesquisa realizada em torno da prática profissional do Serviço Social na área da saúde pública, dando-se ênfase à proposta política da profissão realizada no cotidiano profissional. Nesse sentido, a pesquisa foi encontrar nesse vasto campo, amostras do exercício do(a) assistente social em sua dimensão ética.

Essa discussão, no interior da categoria profissional, sempre aparece inflexionada a um projeto profissional crítico, humanista e tendo como horizonte a emancipação orientada pela teoria marxiana.

Os dados a seguir, revelam algumas direções do trabalho desenvolvido pelos (as) assistentes sociais inseridos (as) em 5 hospitais de grande porte de Pernambuco que traduzem a dinâmica pela qual perpassa a categoria na contemporaneidade e que explicam a direção teórico-metodológica e ético-política do trabalho.

3.2.2.1 – Perfil Profissional

a) Formação Profissional:

Essa primeira tabulação refere-se ao ano de formatura das assistentes sociais, e tem como intuito, localizar as discussões da época que permeavam a formação das assistentes sociais, especialmente no que se refere ao conteúdo ético.

A relevância deste dado busca compreender as influências no discurso e no fazer profissional das entrevistadas. Desta forma, o momento histórico é determinante para esse entendimento.

Tabela 1: Período de Conclusão do Curso de Graduação em Serviço Social

Período de Conclusão	Nº de Assistentes Sociais	Tempo de Formada	Porcentagem (%)
1970 a 1979	5	24 – 33 anos	33,33
1980 a 1990	9	13 – 23 anos	60,00
Pós 1991	1	5 – 12 anos	6,66

*Fonte: Entrevista com assistentes sociais da saúde pública do Recife
1º semestre de 2003*

O período em evidência no quadro acima é o da década de 80, concentrando 60% de assistentes sociais que concluíram o curso na época.

Os anos 80 se caracterizam como uma época de mudanças significativas tanto em nível do Serviço Social como da sociedade como um todo, especialmente pelo fortalecimento dos movimentos sociais em contraposição ao capitalismo. Essa realidade veio a contribuir para alterações no quadro político brasileiro.

A análise realizada neste trabalho permite-nos compreender o processo de crise do capitalismo, nesse período, e os desdobramentos da retirada do Estado das áreas de serviços sociais, delegando esta e outras tarefas para o setor privado. Isto implica em compreender a profissão como um processo, ou seja, ela se transforma ao transformarem-se as condições e as relações nas quais ela se inscreve.

Esta década representa um grande avanço para a profissão, sobretudo nas pesquisas científicas, influenciado pelo processo histórico de Redemocratização no Brasil que emergiu com o declínio da ditadura, abrindo maior espaço para o conhecimento científico.

O Serviço Social face ao processo de abertura política, que culminou com a redemocratização, reviu suas bases e recorreu às fontes originais marxistas, desenvolvendo maturidade teórica na produção científica, sobretudo na pós-graduação e nas pesquisas. Desse modo, desenvolveu-se a Reforma Curricular de 82 e o Projeto Profissional de Ruptura do Serviço Social com o conservadorismo, permitindo assim: "a superação da hegemonia da vertente modernizadora, orientada pelo estrutural-funcionalismo, assumida pelo movimento inicial do processo de renovação no Serviço Social" (SILVA 1996, p.221).

Tal projeto de Ruptura tem por finalidade "a construção de um projeto profissional com outro sentido político, no âmbito da perspectiva histórica da transformação social, e fundado em novas bases analíticas" (SILVA 1996, p. 221).

É nesse período que se observa um maior rigor teórico - metodológico, relevando-se o conhecimento do cotidiano do usuário, enquanto sujeito social, fazendo relações e mediações com a realidade e analisando de forma aprofundada o Estado, as políticas sociais, os movimentos sociais. Nesse sentido, a profissão ao voltar-se para si mesma descobre a realidade concreta e aí procura seu espaço de intervenção social.

No seio do Serviço Social, essas transformações se expandem de modo heterogêneo nas diversas dimensões da profissão: "dimensão acadêmica, organização profissional e intervenção na realidade, a partir de instituições, das empresas e dos movimentos sociais".(SILVA 1996 p. 227)

Assim, constata-se um amadurecimento teórico-metodológico maior na pós-graduação e nas outras dimensões acima citadas uma certa dificuldade de articulação entre teoria e prática o que limita um pouco as produções científicas nos anos 80. Contudo, apesar das dificuldades, o avanço teórico-metodológico é o marco fundamental desta década para o Serviço Social.

Em 1987, a Associação Brasileira de Ensino em Serviço Social - ABESS criou o Centro de Documentação em Políticas Sociais e Serviço Social - CEDEPSS, como órgão acadêmico, com o objetivo de estimular a produção de conhecimentos na área de Serviço Social e ao mesmo tempo criar espaços para divulgação das pesquisas. Assim, observa-se o avanço da formação e prática profissional do Assistente Social.

A compreensão da especificidade do Serviço Social, nesse período, como especialização sócio-técnica do trabalho ressalta duas tendências antagônicas da prática profissional: 1) a administração da questão social na ordem vigente através de sua legitimação; ou 2) um trato crítico e qualificado às demandas da contemporaneidade.

Nesse contexto, a ética também apresenta uma nova proposta filosófica sendo materializada com o código de 1986. Este código vem superar a visão metafísica e idealista da realidade, rompendo com o neotomismo e com conceitos abstratos e atemporais da pessoa humana e do bem comum, compreendendo o sujeito como histórico, social e prático.

Entretanto, o Código de ética de 1986 ainda apresentava fragilidades teórico-filosóficas, o que requereu sua reformulação em 1993.

Certamente, esse contexto interferiu na formação das entrevistadas e, de certa forma, materializa-se em suas práticas.

b) Tempo de Trabalho como Assistente Social e na área de Saúde

Esses dados objetivam perceber a experiência como assistentes sociais, especialmente no setor da saúde e podem ser explicativos no sentido de se justificar um posicionamento e maturidade profissional.

Tabela 2: Tempo de Trabalho como Assistente Social

Tempo de Trabalho como Assistente Social	Quantidade de AS	Porcentagem
5 – 10 anos	2	13,33
11 – 17 anos	9	60
18 – 29 anos	4	26,66

*Fonte: Entrevista com assistentes sociais da saúde pública do Recife
1º semestre de 2003*

Tabela 3: Tempo de Trabalho como Assistente Social na área da saúde

Tempo de Trabalho como AS na Saúde	Quantidade de AS	Porcentagem
5 – 10 anos	2	13,33
11 – 17 anos	10	66,66
18 – 29 anos	3	20

*Fonte: Entrevista com assistentes sociais da saúde pública do Recife
1º semestre de 2003*

Como se pode perceber, as assistentes sociais entrevistadas têm em sua maioria expressiva, mais de 11 anos de trabalho como assistente social (86,66%) e também mais de 11 anos de trabalho nos serviços de saúde.

Esses dados revelam que as profissionais têm uma larga experiência na profissão, além de que sua maioria alcançou as discussões referentes à reformulação do Sistema Nacional de Saúde, que na década de 80, com a VIII Conferência Nacional de Saúde discute a saúde como direito de todos e dever do Estado, ressaltando seu caráter universal e gratuito com base no Sistema Único de Saúde.

Essas mudanças também interferiram no fazer profissional, que veio atuar na perspectiva da saúde como resultante das condições sócio-econômicas, “descartando” a perspectiva tradicional que concebia a saúde como ausência de doenças. Para tanto, a proposta do SUS se fortalece também com a atuação do Serviço Social que contribui na defesa da democratização da informação sobre os serviços de saúde, orientando acerca dos direitos, interferindo decisivamente no exercício da cidadania, da universalização e na qualidade nos serviços prestados.

Pode-se perceber, hoje, esse profissional inserido em equipes multidisciplinares, fortalecendo a perspectiva preventiva da saúde, ressaltando o indivíduo como sujeito e usuário do sistema, contribuindo assim, para a construção da consciência crítica de toda população.

Apesar disto, vislumbra-se, ainda, na área da saúde interferências de dois projetos societários: projeto neoliberal – que na saúde insiste na prática do modelo assistencialista, voltada para o mercado; e o outro seria um projeto fundado na “*democracia de massas*” – que no setor caracteriza-se pela reforma Sanitária e nos princípios do SUS (BRAVO e MATOS, 2001, p. 198).

Esta última perspectiva é a que se aproxima do projeto ético-político do Serviço Social, e que, de alguma forma reflete na prática cotidiana das assistentes sociais entrevistadas.

A direção dada à atuação das Assistentes Sociais entrevistadas, será melhor analisada no item seguinte.

c) Participação em seminários, congressos, palestras, cursos.

O Serviço Social é uma profissão requisitada como parte das estratégias do capital e do Estado para enfrentar a questão social, tendo como finalidade atenuar suas tensões sociais e suas seqüelas.

Para um competente e dinâmico exercício profissional é necessário um continuado investimento na qualificação. A categoria dispõe de cursos de aperfeiçoamento, especialização, mestrado e doutorado, podendo capacitar-se em suas práticas específicas com a finalidade de dar conta das exigências da atualidade, além da participação em seminários, palestras, oferecidas pelas instâncias de ensino, inclusive pelo CRESS²¹.

A necessidade de capacitação/ atualização por parte de qualquer profissional que esteja em sua área de atuação nos levou a investigar sobre a participação das Assistentes Sociais em congressos, seminários, palestras, cursos como se pode ver no quadro a seguir:

²¹ Conselho Regional de Serviço Social

Tabela 4: Participação em seminários, congressos, palestras, cursos.

Participação em seminários, congressos, palestras, cursos	Nº de AS	Porcentagem
SIM	12	80
NÃO	2	13,33
ÀS VEZES	1	6,66

*Fonte: Entrevista com assistentes sociais da saúde pública do Recife
1º semestre de 2003*

A maioria absoluta das profissionais entrevistadas, 80%, disseram participar de encontros, seminários, palestras, na medida de suas possibilidades dando uma prioridade aos eventos que contemplem a discussão da saúde. Desta porcentagem, 20% acrescentaram que participam também de atividades ligadas à prática profissional. Observemos o seguinte depoimento:

“Jamais poderia me manter numa estrutura falida sem me atualizar”

Assistente Social, saúde pública, Recife, 2003.

As profissionais que disseram não participar de nenhuma discussão, nem da área da saúde, nem da prática profissional alegaram que:

“Agora não mais, já participei muito”;

“Não, muita coisa não chega a mim, não tem incentivo nem oportunidade”.

Assistentes Sociais, saúde pública, Recife, 2003.

E a profissional que participa às vezes dos eventos, justificou:

“Não tenho dinheiro e tempo – quando vou,... priorizo a área da saúde”

Assistente Social, saúde pública, Recife, 2003.

Seria enriquecedor, tanto para a pesquisa, quanto para a categoria e principalmente para a população usuária, afirmarmos que as assistentes sociais dos serviços públicos de saúde buscam na capacitação uma fonte de renovação e de embasamento da prática. Contudo, esta afirmativa seria duvidosa, considerando que algumas profissionais durante o encaminhamento das entrevistas, bem como no momento da observação, confessaram não estarem estudando, tampouco se atualizando sobre as questões da profissão e da própria política setorial de trabalho.

Esta última informação obtida pode vir a fortalecer “um processo de reconceituação profissional que avançou com qualidade no debate teórico, mas que não teve hegemonia suficiente”, ... “para avançar com a mesma qualidade quanto ao trabalho profissional” (VASCONCELOS, 2002, pág.344-348).

Nesse sentido, pode-se justificar as escolhas teórico-práticas, seus discursos e a qualidade do trabalho profissional das entrevistadas, que tem como consequência, muitas vezes, uma prática apenas emergencial, individualista, como se atuasse com um recorte da realidade.

“Quando a gente chega aqui, na prática a teoria é outra”.

Assistente Social, saúde pública, Recife, 2003.

Vale ressaltar que o atendimento emergencial e imediato é algo necessário muitas vezes para atendimento às demandas do usuário. No entanto, o que se questiona aqui é a necessidade de ir além do emergencial, qualificando o serviço prestado com politização, informação e discussão sobre o direito ao serviço, bem como a ampliação de sua oferta, tendo em vista a sua universalização.

A preocupação reside, portanto, em analisar que serviço se presta quando não se tem uma formação continuada ou a atualização necessária, tendo em vista que o assistente social trabalha com a realidade concreta que está em constante movimento e requer, por conseguinte uma permanente capacitação.

3.2.2.2 O trabalho do Serviço Social e a dimensão ética

a) DEMANDAS

Como já afirmamos anteriormente, o Serviço Social, desde o seu surgimento até os dias atuais, tem se redefinido, tendo considerado sua inserção na realidade social do Brasil, entendendo que seu significado social se expressa pela demanda de atuar nas seqüelas da questão social brasileira que, em outros termos, se revela nas desigualdades sociais e econômicas, objeto da atuação profissional, manifestas na pobreza, violência, fome, desemprego, carências materiais e existenciais, dentre outras.

De acordo com as entrevistas, independentemente do hospital onde esteja a profissional de Serviço Social, há uma dinâmica similar de trabalho, que se circunscreve em atividades “plantonistas e diaristas”.

As maiores demandas do Serviço Social percebidas na observação, referem-se a questões que dificultam ou ofuscam o acesso aos serviços de saúde, como: acesso a informações, orientação de benefícios e direitos, procedimento e dúvidas do tratamento das doenças, visitação, alimentação, transporte e a própria falta de atendimento.

“As maiores demandas são em função da falta de serviços, queixas, insatisfação”

“A gente atua na ‘disassistência’ à saúde”

“A gente intervém a favor dele, como mediador”

Assistentes Sociais – saúde pública, Recife, 2003.

Apesar da identificação das demandas requisitadas ao Assistente Social, fato este que representa íntima vinculação com o Projeto Ético Político da Profissão, ainda percebemos a necessidade de problematização e contextualização destas, pois ainda percebe-se que maior parte das entrevistadas não reflete sobre as inter-relações a que se referem essas demandas.

“O que aparece muito são queixas, e o Serviço Social não é uma central de queixas”.

“Ah, as questões maiores não nos dizem respeito, o que que eu posso fazer?”

Assistentes Sociais – saúde pública, Recife, 2003.

Soma-se a essa realidade as condições adversas em que se encontra a saúde pública, onde se constatam diversas problemáticas próprias do setor e de outros setores também que conformam e reforçam o cotidiano sacrificado da população, na perda sistemática dos direitos sociais na execução de políticas que são excludentes. Este fato se distancia das reais necessidades da população e do Projeto Profissional do Serviço Social.

Compartilhamos da perspectiva que compreende a questão social como expressão das contradições entre as classes trabalhadoras e burguesas no contexto do capitalismo monopolista, marcando a emergência política dos trabalhadores na luta por seus direitos. Infelizmente hoje ela assume novas formas, mas o seu conteúdo é velho, ou seja, de manter o seu núcleo central expresso na contradição fundamental entre burguesia e proletariado.

Dessa forma, a questão social não se reduz às manifestações das diversas “questões sociais”. Ela é expressão da sociedade capitalista, sendo, portanto, objeto de definição de um projeto político que vislumbre sua superação ou perpetuação da ordem do capital (MOTA, 2000).

Frente a esse quadro, o Serviço Social se insere buscando superar o desafio do enfrentamento das questões sociais, no entanto, se encontra implicado à relação capital-trabalho, que contribui para o alargamento do abismo social.

Os mecanismos utilizados pelo Serviço Social a fim de ultrapassar os limites da profissão encontram-se em propostas como a reforma curricular, como o Projeto Ético Político, cujas abordagens referem-se principalmente à direção da profissão, ao mercado de trabalho, às perspectivas teórico-metodológicas, políticas, etc.

A incessante busca pela qualidade na prestação de serviços, justificada pelo dinamismo da realidade social, torna indispensável a prática da pesquisa, do conhecimento voltado para a renovação do teórico/prático de forma crítica e aprofundada, a fim de que este conhecimento não se torne obsoleto.

b) Atendimento às demandas

No que se refere ao atendimento às demandas, percebemos que a grande parte das assistentes sociais (73,33%) concordam que apesar de tentarem e buscarem “*ao máximo melhorar as condições precárias*” estão “*longe do atendimento ideal*” do Serviço Social. (*Assistentes Sociais, saúde pública, Recife, 2003*)

Ver o quadro a seguir:

Tabela 5: Posicionamento acerca das condições de atendimento às demandas

Posicionamentos	Nº de AS	Porcentagem
Satisfatório	2	13,33
Não Satisfatório	2	13,33
Busca fazer o melhor, mas está longe do ideal	11	73,33

*Fonte: Entrevista com assistentes sociais da saúde pública do Recife
1º semestre de 2003*

A esse respeito, as profissionais alegaram que decorre a inter-dependência dos setores, por exemplo: o Serviço Social que depende de um parecer médico, que depende do enfermeiro, que depende de materiais de trabalho, etc.

O trabalho interdisciplinar nesse momento, tão importante e necessário na saúde (ver capítulo 2, item 2.2), vê-se nos hospitais estudados comprometido, pois inexistem segundo 100% das entrevistadas – com exceção de alguns casos específicos ou em um ou dois programas, não sendo buscado também pelas assistentes sociais.

“A dinâmica da troca de plantões e rodízio – a característica do setor não favorece”

“Falta interação da equipe” “Falta recurso humano”

“A equipe quer resolução dos problemas dos acompanhantes”

Assistentes Sociais, saúde pública, Recife, 2003.

Apesar de que quando requisitadas, no trabalho multiprofissional, algumas das assistentes sociais sentem-se valorizadas e respeitadas no processo:

“Parece que a gente tem um olho maior que os outros”

Assistente Social, saúde pública, Recife, 2003.

“É nas suas ações que você é respeitada e não na imposição”

Assistente Social, saúde pública, Recife, 2003.

c) Implementação do SUS no exercício profissional

Sobre a implementação do SUS, na prática cotidiana, constata-se que as profissionais majoritariamente têm uma leitura de que o sistema da saúde está passando por uma profunda crise administrativa, e as consequências dessa realidade acirram as dificuldades enfrentadas pelos usuários de seus serviços. Um depoimento que comprova esta interpretação pode ser visto a seguir:

“O SUS seria fantástico se tivesse sido implantado”

“O sistema está desorganizado, não foi posto em prática o acesso a direitos”

“A saúde está um caos”

Assistente Social, saúde pública, Recife, 2003.

Tabela 6: Implementação do SUS na prática profissional cotidiana

SUS na prática profissional	Nº de AS	Porcentagem
SIM	9	60
NÃO	2	13,33
EM PARTE	4	26,66

Fonte: Entrevista com assistentes sociais da saúde pública do Recife

1º semestre de 2003

A maior parte das profissionais (60 %) respondeu que sim, implementam o SUS na prática cotidiana, muito embora complementem que há muita coisa a se fazer ainda, pois:

“A demanda é grande”

“Sim, mas a passos lentos, é difícil”

“Sim, mas não é satisfatória”

“Não atende a tudo porque não tem”

“Vou até onde posso ir, onde tenho autonomia e faço ele buscar”

“Sim, mas minha prática não está separada do todo. O SUS não acontece, aí a minha prática fica prejudicada.”

Assistentes Sociais, saúde pública, Recife, 2003.

Numa outra perspectiva, as assistentes sociais responderam que sim e:

“Eu esclareço e oriento, sensibilizo que tem direitos.”

“Tento atender de forma igual, numa visão do direito”

“Luto, porque ninguém paga para vir aqui, o acesso é garantido”

Assistentes Sociais, saúde pública, Recife, 2003.

Esta última perspectiva talvez não reflita a relação mais ampla que as dificuldades enfrentadas pelo sistema de saúde têm com a dinâmica sócio-política da realidade, assim, refletindo uma **visão** simplificada do fazer profissional em relação ao SUS; não necessariamente à **amplitude realista a que essa ação** pode alcançar.

As profissionais que disseram não implementarem o SUS ou em parte, não desvirtuaram-se das justificativas descritas na primeira perspectiva.

d) A vinculação da prática profissional com o projeto ético político

É fato que a discussão sobre Ética tem se destacado em diversas esferas da sociedade brasileira nos anos 90, repercutindo diretamente nas reflexões e sobre as respostas profissionais – especificamente para o Serviço Social, tendo em vista as volumosas expressões da questão social.

Nesse sentido, a contemporaneidade da discussão sobre ética vem demandar na categoria, questionamentos acerca das finalidades, das direções e implicações ético-políticas das respostas da profissão à questão social brasileira. Além disso, vem estimular a necessidade de análise sobre a realidade, que tem como marca a violação de diversos direitos sociais e humanos.

A prática profissional do Serviço Social, e tão logo o seu projeto ético político tem vinculação direta com essa realidade. Então, estariam esses profissionais na área de saúde realizando uma prática coerente com a perspectiva apontada pelo projeto ético-político hoje hegemônico na categoria? Em outras palavras, estariam fazendo a opção por uma prática vinculada ao projeto profissional que ressalta a construção de uma nova ordem societária, sem dominação-exploração de classe, etnia e gênero?

A pesquisa realizada vem trazer como resposta que as possibilidades de efetivação do projeto ético-político da profissão nos espaços de trabalho da saúde pública necessitam ser fortalecidas. Pois, notou-se uma insuficiência na compreensão e no próprio conhecimento do código e do projeto ético político profissional.

No encaminhamento das entrevistas, ao se perguntar “Quais seriam os princípios do código de 1993 que você acha mais significativos para o exercício profissional?”, em primeiro instante a maioria pediu que lhes

dissessem quais seriam, ou se poderia olhar no código – ou por não saberem ou por não lembrarem.

Tabela 7: Princípios do Código de 1993 mais significativos para o exercício profissional

Princípios do Código de 1993	Freqüência	Porcentagem
Liberdade	2	5,4
Direitos Humanos	7	18,9
Cidadania	4	10,8
Democracia	3	8,1
Justiça Social	5	13,5
Eliminação do Preconceito	2	5,4
Pluralismo	2	5,4
Interdisciplinaridade	1	2,7
Qualidade nos Serviços	4	10,8
Serviço Social sem discriminar	3	8,1

*Fonte: Entrevista com assistentes sociais da saúde pública do Recife
1º semestre de 2003*

As respostas que aparecem com maior freqüência são:

Tabela 8: Princípios do Código de 1993 que apareceram com maior porcentagem

Princípios do Código de 1993	Freqüência	Porcentagem
Direitos Humanos	7	18,9
Justiça Social	5	13,5
Cidadania	4	10,8
Qualidade nos Serviços	4	10,8
Todos	4	10,8

*Fonte: Entrevista com assistentes sociais da saúde pública do Recife
1º semestre de 2003*

As justificativas dessas escolhas referiram-se às necessidades do sistema de saúde.

Os dados apurados sobre a implementação do Projeto ético-político, indicam também uma assimetria deste em referência ao conhecimento, pois quando lançada a questão se era identificada a implementação do Projeto ético-político, se não ficavam em dúvida do que representava – pedindo uma explicação, reduziam o projeto profissional ao código.

Tabela 9: Implementação do Projeto ético-político

Implementação do Projeto ético-político	Freqüência	Porcentagem
SIM	9	60
NÃO	-	-
EM PARTE	6	40

*Fonte: Entrevista com assistentes sociais da saúde pública do Recife
1º semestre de 2003*

O que podemos perceber é que há uma certa identificação com a proposta do projeto ético político, mesmo que não haja um domínio sobre a proposta do projeto ético político do Serviço Social.

As respostas que sinalizaram a execução do projeto destacaram:

“Sim, sem ética a gente não consegue trabalhar”.

“Não dá para trabalhar sem relacionar, é à base da ação e da atuação e da prática, sem ele perde a identidade profissional”.

“Percebo que a prática é rica quando relacionada com a teoria”.

“Sim, defendo o acesso, o direito universal, a justiça. Há a distância da teoria com a prática”.

Assistentes Sociais, saúde pública, Recife, 2003.

As profissionais que responderam em parte alegaram:

“Uma andorinha só não faz verão”

“A instituição não oferece condições”

“To desatualizada, mas eu resolvo os problemas sociais dele²², mas ele precisa de mais”

“Eu tento, mas nem todos conhecem nossa essência de trabalho”

Assistentes Sociais, saúde pública, Recife, 2003.

No entanto, segundo José Paulo Netto (1996), a questão do conservadorismo nas práticas profissionais ainda não foi superada, e está ainda longe de ser (NETTO, 1996).

O autor acredita ainda que as vertentes correntes hoje no Serviço Social disputarão, em pouco tempo, a direção estratégica para a profissão de Serviço Social. Sendo assim, a “Intenção de Ruptura” – hoje hegemônica no Serviço Social, não tem a garantia de tornar-se a hegemônica no futuro. Com efeito, existem outras vertentes, tais como: a Perspectiva Modernizadora - Tecnocrática, crescente e reforçada pela ofensiva neoliberal; a Reatualização do Conservadorismo-Conservadorismo Tradicional, baseado na fenomenologia, mas que não deverá ganhar novos espaços; a “Neoconservadora”, inspirada na epistemologia pós-moderna, que busca um retorno às práticas tradicionais; “Aparentemente Radicais” – que tem base

²² O usuário

num anticapitalismo romântico de inspiração católica, amparado pelos valores da solidariedade – que disputarão a hegemonia no interior da profissão.

É nesse sentido que o autor fala de um confronto teórico-profissional entre as perspectivas balizadas no enfoque Marxista, Tecnocrático e Neoconservador.

De fato, analisando o Serviço Social na atualidade, percebemos – e isso foi observado pela pesquisa – que, apesar das assistentes sociais afirmarem a opção de um trabalho que se vincule às necessidades dos usuários, não têm conseguido “– a partir de uma leitura crítica da realidade específica com a qual trabalham, como parte e expressão da realidade social – de captar possibilidades de ação contidas nessa realidade” (VASCONCELOS, 2002, p.416). Concordamos com a autora ao atribuir a causa dessa situação à não apropriação do referencial teórico necessário que lhe qualifique teórica e criticamente para uma análise da sociedade na sua historicidade, “o que vem impossibilitando a previsão, projeção e, conseqüentemente a realização e trabalho que rompa com práticas conservadoras”²³.

Ana Maria de Vasconcelos ainda entende que sem essa capacidade, o profissional nega ou transforma demandas em empecilhos à prática profissional, resumindo seu trabalho a apoios, aconselhamentos, a informações – restringindo-se à “**humanização do instante**” o que tem como conseqüência a perda de espaços de trabalho.

A esse respeito, pode-se exemplificar com a perda de um espaço importante de atuação do assistente social, dentro de um dos hospitais estudados, justificada pelo não reconhecimento da equipe multiprofissional acerca do trabalho do assistente social – que “*não davam muitas chances*” para a atuação, somando-se a isso a falta de pessoal, o que acarretou uma acomodação:

²³ Idem Ibidem

“Houve já a participação do Serviço Social, mas não davam muita chance, aí o Serviço Social se esquivou dessa atuação”.
Assistente Social, saúde pública, Recife, 2003.

O questionamento de alguns pensadores acerca do investimento que se dá aos debates sobre o projeto ético-político do Serviço Social, em que se discute os seus limites no contexto de uma sociabilidade burguesa, não justifica a não realização de tais debates na realidade. Esses limites devem ser reconhecidos, sob pena do projeto se transformar num idealismo, visto que o eixo ético-político hoje assegurado no interior da categoria será fundamental na defesa da atual perspectiva hoje hegemônica no Serviço Social.

Considerações Finais

Todas as experiências que obtivemos, tanto no período de graduação, quanto no da pós-graduação, e especialmente no estágio em docência na disciplina Ética Profissional, no curso de Serviço Social da Universidade Federal de Pernambuco fomentaram uma grande inquietação sobre questões referentes à contemporaneidade, e que de certa forma rebatiam sobre o exercício profissional do Serviço Social. Nesse sentido, nos estimulou a conhecer como a ética – neste caso a Ética Profissional, inscreve-se na dinâmica da saúde pública através do exercício profissional das assistentes sociais.

A contemporaneidade registra uma crise profunda decorrente principalmente do processo de globalização norteado pela perspectiva neoliberal, determinando transformações econômicas, políticas, sociais e culturais, fazendo emergir novas formas de produzir e gerir o trabalho. Busca-se nessa realidade: maior produtividade, novos meios de produção, lucratividade, menor tempo, objetivando a centralidade do mercado em detrimento ao trabalho.

No mundo do trabalho, com a tecnicização do trabalho, com o fenômeno da privatização, da terceirização vê-se alastrar o desemprego, que se caracteriza como estrutural. Há a redução dos postos de trabalho nas empresas, as formas de trabalho são mais flexíveis, economiza-se a mão de obra, exige-se trabalhadores polivalentes e bem qualificados para o restrito mercado dos empregos estáveis.

As conseqüências desse modelo político recaem sobre a maior parcela da população, que cada vez mais se tornam “excluídos” da produção, do conhecimento, do consumo, da cidadania, da vida, carentes de perspectivas, de um futuro mais justo e igualitário.

O Estado por sua vez, reordena as formas protecionistas, mas parece buscar uma política que diferencia e segmenta demandas sociais, e assim divide encargos sociais - que antes eram assumidos pelos poderes públicos, com a iniciativa privada e a sociedade civil. É desta forma que os direitos são restringidos, o compromisso com o pleno emprego desaparece, os gastos sociais diminuem, modificando serviços sociais universais em serviços sociais seletivos, dirigidos para os mais “miseráveis” (sem contudo contemplar a todos), onde o restante que também são excluídos, emergem num sistema de ‘desassistência’ mendigando a caridade empresarial e filantrópica que na maioria das vezes realizam-se à margem do que é de fato a cidadania.

Nesse contexto a saúde, a assistência social, a previdência são secundarizadas, não sendo concebidas como políticas públicas de seguridade social, vindo ferir leis, como LOAS, LOS, o SUS, a Constituição Federal, etc e conseqüentemente todos os cidadãos brasileiros. O disfarce para camuflar essa calamidade são ações e programas paternalistas, assistencialistas que não destacam suas práticas no campo dos direitos, mas da solidariedade social, retrocedendo a vícios do passado, rompendo-se com conquistas duramente alcançadas.

As expressões que a crise capitalista atual, como crise global do capital, adquire contrapõem-se claramente aos elementos que caracterizam a cultura profissional, sejam nos objetos, objetivos, princípios, valores, finalidades, orientações políticas, teórico-metodológico, ídeo-cultural e estratégico, modos de operar, tipos de respostas, projetos profissionais e societários e racionalidades; ratificando a contraditoriedade inerente à profissão – de Serviço Social, mas principalmente à classe trabalhadora.

Todo este quadro de dificuldades atinge profundamente aos que vivem do trabalho, e as crises sociais provenientes destas mudanças força um repensar da prática dos assistentes sociais frente às novas relações com os usuários

dos serviços sociais e com os vários segmentos da sociedade. Enfim, faz-se necessária uma reflexão mais profunda e crítica diante das exigências da modernidade; pois o momento inspira muitos desafios.

Todas as mudanças nas relações de trabalho exigem que o (a) assistente social comprometido (a) com os serviços de saúde elucidados, principalmente o SUS se voltem para estas transformações em sintonia com a dinâmica social, alimentando-se de conhecimentos, do instrumental teórico-metodológico e político.

Os caminhos que a profissão deve tomar na contemporaneidade necessitam ser pautados em discussões e reflexões constantes dentro da categoria, buscando alternativas que enfrentem a crescente minimização das políticas sociais, e o acirramento da questão social. Pois, o Serviço Social em toda sua trajetória se constituiu numa profissão qualificada para estimular transformações: um estrategista inserido nas instituições. Contudo, o que irá determinar sua postura e o comprometimento com os segmentos mais necessitados de um resgate de sua cidadania será seu embasamento teórico-metodológico, sua visão de mundo, sua postura ético política.

A atual conjuntura impõe o surgimento de um novo profissional de Serviço Social e hoje apesar do momento crítico vivido no tocante ao processo de trabalho, evidenciam-se novas áreas de penetração deste profissional, que não deve limitar-se à assistência. A prática científica deve constituir-se em uma prioridade para a profissão, através dos estudos e das pesquisas poderemos desnudar a realidade social, e a investigação dos problemas deve ser assumida como uma tarefa estratégica fundamental para o Serviço Social intervir com segurança, com clareza, encontrando-se apto a fazer “acontecer” face às exigências atuais de transformação em consonância com os processos sociais. A realidade somente pode ser apreendida através da investigação, da inserção em campo como fator primordial de um trabalho científico e político

que não vai se resumir a um aparato teórico, mas no valor estratégico que subsidiará a uma análise mais profunda dos grupos sociais e de sua força sócio-política.

Em última instância, os princípios que orientam e balizam a profissão de Serviço Social, e presentes no Código de 1993, aparentemente apresentam-se ofuscadas pela sua incompatibilidade com a conjuntura brasileira política. Essa premissa é fortalecida quando os profissionais da categoria insistem em uma atuação restrita, apenas emergencial, e acrítica, não fortalecendo seus estudos e aparatos teórico-metodológicos e não participando ativamente dos processos de luta pela ampliação dos direitos sociais, especialmente da saúde.

A questão social, as mudanças no mundo do trabalho, no âmbito do Estado, de fato caracterizam-se como uma clara e objetiva expressão dos fundamentos da sociedade capitalista, e para tanto, devem ser encaradas enquanto objeto norteador para o exercício de um projeto ético-político profissional, que ultrapasse a efetivação de direitos e políticas – que de qualquer modo devem existir como subversão da barbárie, mas deve-se ter como pano de fundo uma perspectiva emancipatória que não a perenize como processo de administração da desigualdade social.

Ao incorporar essa posição, que se caracteriza num tratamento crítico e qualificado da contemporaneidade, que vislumbra a construção de uma nova sociedade, vêm se requerer do profissional refuncionalização de procedimentos operacionais determinando o rearranjo de competências técnicas e políticas. Vem à necessidade do aprofundamento de conhecimentos acerca de seu projeto ético político, da realidade, além da criação de novos modos e meios de intervenção que estejam organicamente articulados ao atual movimento contraditório e desafiador da sociedade (GUERRA, 1997).

NETTO (1996) aponta que na sociedade brasileira verifica-se que a demanda objetiva do Serviço Social não se tende a contrair, mas a potencializar-se favorecendo a profissão. Entretanto, essa demanda vai depender da capacidade dos profissionais de dar respostas, e caso não se tenha a capacidade de atender a essas requisições de modo qualificado e pertinente corre-se o risco de cair no abismo do exercício residual ou ainda desaparecer.

No Brasil, a experiência que se tem enquanto luta pela construção e consolidação da cidadania é de fato uma luta por direitos básicos, pela liberdade e pela organização de instrumentos de viabilização de serviços e de representação e participação nas estruturas econômico-social e política da sociedade. Portanto, o assistente social deve estar conectado a essas requisições, fortalecendo sua prática em habilidades, princípios, reconhecimento social, etc. Isto pode ser reforçado pelas palavras de Barroco quando afirma que se deve ter "a capacidade de torná-los concretos, donde a afirmação da competência profissional, entendida como unidade entre dimensões ética, política, intelectual e prática, na direção da prestação de serviços sociais".BARROCO (1996, p. 285)

Nesse sentido, o assistente social inserido especificamente na área da saúde deve conhecer profundamente as normas e atividades da entidade em que trabalha, e mais precisamente a política de funcionamento da saúde pública, além ainda dos serviços e atendimentos de outras unidades que apoiem o usuário e respondam a suas necessidades. Pois o profissional deve integralizar as suas ações trabalhando como um mediador/ um elo invisível entre o sistema de saúde e as políticas sociais, tendo em vista que a sua utilidade social/ profissional se afirma nas contradições do sistema de saúde, e no atendimento da massa excluída da sociedade (COSTA, 1998) – o que não é sempre compreendido pela maioria das assistentes sociais entrevistadas.

Pode-se perceber que, embora a prática profissional das assistentes sociais entrevistadas pela pesquisa remeta indiscutivelmente ao projeto ético-político da categoria, ainda apresenta-se de forma indireta e não vem refletindo um firme posicionamento intelectual, reflexivo, crítico, que dê visibilidade ao seu trabalho.

No contexto do processo de trabalho encontramos um campo rico a ser explorado pelo Serviço Social que diante das novas diretrizes e posturas profissionais necessárias neste novo perfil social, se destacará e aos poucos se firmará como um dos profissionais mais requisitados nestas instituições.

É então que o Serviço Social, frente aos novos tempos, encara grandes desafios. O profissional deve redescobrir alternativas, apontar perspectivas, traçar horizontes para a formulação de propostas que diante da conflituosa era globalizante, da cruel investida do neoliberalismo, enxergue mais de perto o modo de vida do usuário, da população excluída, não apenas como vítimas, mas como sujeitos que precisam lutar e ir à luta pela sobrevivência.

O olhar profissional deve ser crítico e dirigido aos usuários de seus serviços, compreendendo seus modos e condições de vida, suas culturas, e não cometer equívocos do passado, em que se direcionava olhares e se servia apenas ao Estado e suas políticas sociais, secundarizando a sociedade. Na contemporaneidade, urge a necessidade de aproximação com a população, pois apreender as determinações da questão social é, inclusive, apreender como os sujeitos a vivenciam.

Apreender e decifrar as condições e percepções da vida dos indivíduos, e da coletividade além de sua aparência, compreendendo sua essência e sua dinâmica é um dos requisitos básicos para se intervir e buscar caminhos mais fecundos para a elaboração e execução de propostas pertinentes, condizentes com as necessidades. Torna-se necessário uma intervenção inteligente no

espaço público em conflito, principalmente pelos profissionais de Serviço Social, devido à investida capitalista de banalização das profissões, que cria o profissional social voluntário.

O profissional deve se remeter à necessidade de uma constante atualização teórica e de uma postura investigativa através de pesquisas, capacitação continuada já que o conhecimento e a ação sobre a realidade estão em constante mutação, com grandes interferências decorrentes desta dinâmica.

Por fim, devemos sempre lembrar que, nós, assistentes sociais, somos também sujeitos políticos e sociais, com nossos valores, visão de mundo, imersos num real confuso, contraditório, autoritário, onde se deve ter força e conhecimento para poder intervir e contribuir para sua transformação, já que o momento exige novas lutas em defesa da vida, do trabalho, da organização dos trabalhadores. E para isso, enquanto houver o sentimento de indignação no homem/ profissional sempre haverá a possibilidade de mudança de realidade.

Bibliografia

ALMEIDA, Wanderleyde, PEDROSA, Janaina, ROCHA, Patrícia. A prática do Serviço Social e a Educação em Saúde: Uma experiência interdisciplinar na problemática dos Agrotóxicos no Município de Brejo da Madre de Deus – PE. Monografia, UFPE/CCSA, 2000.

AMORIM. Cláudia Francisco de. *Trabalho em equipe: o multi e o interdisciplinar na saúde*. Mestrado em Serviço Social na Universidade Federal de Pernambuco. Recife, 1997.

ANTUNES, Ricardo. *Adeus ao trabalho: ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho*. São Paulo: Cortez, 1995.

AROUCA, Sérgio. *Reforma sanitária*. In: Apostila Tema nº7, Ano 6, []. []Nov.1998.

BARBIANI, R. (Org.) et ali. *Quadro referencial para a análise da conjuntura sócio-profissional do Serviço Social rumo ao século XXI: demandas e perspectivas*. In: Estudos Leopoldenses. *Serie Ciências Humanas*. Vol.34 n 152. São Leopoldo: UNISINOS, 1998-11-24.

BARROCO, Maria Lúcia Silva. *Ética e Serviço Social: fundamentos ontológicos*. SP, Cortez, 2001.

_____. *Considerações sobre o código de ética dos assistentes sociais*. In BONETTI, D.A. et alli. (ORGS).

_____. *Os fundamentos sócio-históricos da Ética in Capacitação em Serviço Social e Política Social*, módulo 02: Reprodução social, trabalho e Serviço Social, Brasília, CFESS/ABEPSS/CEAD, UNB, 1999.

_____. *Ontologia Social e Reflexão Ética*, PUC: São Paulo, 1996.

BEHRING, Elaine Rossetti. *Política Social no capitalismo tardio*. São Paulo, Cortez, 1998,

_____. *Análise crítica das contribuições da saúde coletiva e organização das práticas se saúde no SUS*. In Saúde e Democracia: a luta do CEBES. Ed. Lemos Editorial.São Paulo, 1997

BERNARDES, Roberto. *Trabalho a centralidade de uma categoria analítica*. Revista São Paulo em Perspectiva, V. 8, No. 1, SEAD, jan./mar. 1994.

BONETTI, Dilséa (org.) [et al]. *Serviço Social e ética: convite a uma nova práxis*. 4 ed. – SP, Cortez, 2001.

BRASIL, Maria Glaucéria Mota. *A ética na profissão como estética da existência*. Revista Serviço Social e Sociedade,. São Paulo: Cortez, nº 65, ano XXI, p. 166-171,mar. 2001.

_____. *Relatório do I Encontro Nacional de Delegadas lotadas em Delegacias de Defesa da Mulher*. Brasília-DF: Conselho Nacional dos Direitos da Mulher, 1986.

BRASIL. *Código de Ética Profissional do Assistente Social*. Brasília:CFESS,1993.

BRAVERMAN, Harvey. *Trabalho e capital monopolista - a degradação do trabalho no século XX*. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1987.

BRAVO, M. Inês; MATOS, Maurílio. *A saúde no Brasil: Reforma Sanitária e a Ofensiva Neoliberal*. In: Política Social e Democracia. Rio de Janeiro, ed Cortez,UERJ, 2001, p. 197-213.

BRAVO, M. Inês; PEREIRA, Potyara. *Política Social e Democracia*. Rio de Janeiro, ed Cortez,UERJ, 2001.

BRAVO, Maria I. Souza. *Serviço Social e Reforma Sanitária: Lutas Sociais e Práticas Profissionais*. São Paulo, ed Cortez, 1996.

_____. *As políticas brasileiras de seguridade social: saúde*. In Capacitação em serviço social e política social. Mod. 3: Política Social. Brasília, UnB, CEAD, 2000.

CABRAL, Bárbara E. B. *Compartilhar Saúde: traços da (r)evolução das práticas educativas em saúde no Brasil*. Monografia de conclusão do curso de especialização em saúde pública. Instituto Ageu Magalhães/Departamento de saúde coletiva. Recife, 1998.

CADERNO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE 1. *Percepções teóricas e metodológicas*. Governo de Pernambuco, 1998.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. *Repensando a saúde*. HUCITEC. São Paulo,1992.

CAMPOS, Gastão Wagner S. *Reforma da Reforma: Repensando a Saúde*. Editora Hucitec. 2ª edição. São Paulo, 1997

CLARCK, S. *Crise do fordismo ou crise da social democracia?* Lua Nova. São Paulo: CEDEC/Marco Zero, n. 24, set. 1991.

CFAS. CÓDIGO DE ÉTICA PROFISSIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL. Resolução CFAS nº 273/93, 13 de Março de 1993.

COHN, Amélia et alli. *A saúde como direito e como serviço*. São Paulo: Cortez, 1991.

COHN, Amélia; ELIAS, Paulo E.. *Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços*. 2ª. Ed. São Paulo: Cortez/Cedec, 1998.

COHN, Amélia; MARSIGLIA, Regina G. *Processo e organização do trabalho*. In BUSCHINELLI, José T., ROCHA, Lys Esther, RIGGOTTO, Raquel M. (org.) *Isto é trabalho de gente? Vida, doença e trabalho no Brasil*. São Paulo: Vozes, 1993.

COSTA, Beatriz. *Para Analisar uma Prática de Educação Popular*. IN: *Cadernos de Educação Popular*. Petrópolis: Vozes, 1987.

COSTA, M. Dalva Horácio. *O elo invisível dos processos de trabalho no Sistema Único de Saúde em Natal. Um estudo sobre as particularidades do trabalho dos assistentes sociais na área da saúde pública nos anos 90*. Recife, UFPE, 1998. (Dissertação de Mestrado)

CRUZ, Verônica M. *As várias visões da educação em saúde*. 1998. mimeo.

Constituição Federal de 1988, artigo 196.

DEMO, Pedro. *Política Social, Educação e Cidadania* (Magistério, Formação e Trabalho Pedagógico). 2ª edição. São Paulo: Papirus, 1990.

_____. *Pobreza política*. 3ª edição. São Paulo: Cortez, 1991.

DIAS, Edmundo Fernandes et all. *A ofensiva neoliberal: reestruturação produtiva e luta de classes*. Brasília: Sindicato dos eletricitistas de Brasília. 1996.

DIAS, Edmundo Fernandes. *A Liberdade (Im) Possível na Ordem do Capital. Reestruturação Produtiva e Passivização*. Textos Didáticos. IFCH/UNICAMP. Campinas, 1997.

GOULART, Flávio A. de Andrade. *Movimentos sociais, cidadania e saúde*. Anotações pertinentes. Revista Saúde em Debate nº 39, junho/1993.

GUERRA, Yolanda. *A Ontologia do Ser Social*. In :Revista Serviço Social e Sociedade, 1997nº 54. Ed. Cortez. São Paulo.

GUERRA, Yolanda. *A Instrumentalidade do Serviço Social*. São Paulo, Cortez, 1995.

HARVEY. David. *Condição pós-moderna*. 4ª ed. São Paulo: Cortez, 1994.

IAMAMOTO, Marilda Villela e CARVALHO, Raul de. *Relações Sociais e Serviço Social no Brasil*. São Paulo, Cortez/ Celats, 1982.

IAMAMOTO, Marilda V. . *Renovação e Conservadorismo no Serviço Social*. São Paulo: Cortez, 1995.

_____. *Serviço Social na Contemporaneidade: Trabalho e Formação Profissional*. São Paulo: Cortez, 1998.

LAURELL, Ana Cristina. *Estado e Políticas Sociais no Neoliberalismo*. São Paulo: Cortez, 1995.

LAURELL, Ana Cristina; NORIEGA, Mariano. *Processo de produção e saúde: trabalho e desgaste operário*. São Paulo : Hucitec, 1989.

Lei n.º 8.080/90

LIMA, Maria de Lourdes Rocha. *Tendências da educação na área de saúde do trabalhador*. Texto apresentado no 7º Seminário Pernambucano Sobre Segurança e Saúde do Trabalhador, Recife, 1997. mimeo.

LUCENA, Maria de Fátima. *Algumas Considerações sobre os Impasses do Sistema Único de Saúde*. 1999. mimeo.

LUKÁCS, Gyorg. *"As bases ontológicas da atividade humana"*. Temas 04. São Paulo: Livraria Editora Ciências Humanas. 1978

_____. *"A ontologia de Marx: questões metodológicas preliminares"*. In Netto, J.P (org), Lukács: Sociologia. São Paulo: Ótica (Coleção grandes cientistas sociais;20), 1981b.

_____. *Ontologia do Ser Social: os princípios ontológicos fundamentais de Marx*. São Paulo: Livraria Editora Ciências Humanas, 1979.

MACHADO, Maria Lúcia Texeira. *Educação e Saúde: concepções teóricas e práticas profissionais em um serviço público de saúde*. São Paulo: Universidade Federal de São Carlos: UFSCar, 1997.

MARTINELLI, Maria Lúcia. *O Serviço Social na transição para o próximo milênio: desafios e perspectivas*. Revista Serviço Social e Sociedade. São Paulo: Cortez, nº 57, ano XIX, p.133-148, jul. 1998.

MARTINELLI, Maria Lúcia, et all. Um novo olhar para a questão dos instrumentos técnicos operativos em serviço social. In: Serviço Social e Sociedade, nº 47. Cortez, São Paulo, 1995.

MATOS, Maurílio Castor. *O debate do Serviço Social na Saúde nos anos 90*. In Revista Serviço Social e Sociedade: Saúde, Qualidade de Vida e Direitos. N 74, Ano 24, julho, 2003.

MENDES, Eugênio Vilança (org.). *Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. São Paulo: Hucitec, 1994.

_____. *Uma agenda para a saúde*. São Paulo: HUCITEC. 1996.

_____. *Cinco razões para o fim do INAMPS*. Rev. Saúde em Debate. nº 39. junho/1993.

MÉSZÁROS, István. *Marx: A teoria da alienação*. Rio de Janeiro: Zarhar, 1981

_____. "Marxismo e Direitos Humanos" In Filosofia, Ideologia e Ciência Social: ensaios de negação e afirmação. São Paulo, Brasil: Ensaio, 1993

MOTA, Ana Elizabete F. da. *Cultura da crise e seguridade social: tendências e perspectivas da previdência e da assistência - nas décadas de 80 e 90*. São Paulo: Cortez, 1ed 1995.

_____, *A nova fábrica de consensos*. São Paulo. Ed Cortez, 1998.

_____. *A questão social e o projeto ético-político do Serviço Social_2000* (mimeo)

MUSTAFÁ, Alexandra Monteiro (org.). *Presença Ética*. Recife, PE: UNIPRESS Gráfica e Editora NE Ltda., 2001.

NETTO, José Paulo. *A construção do projeto ético-político do Serviço Social frente à crise contemporânea*. In: *Capacitação em Serviço Social e Política Social*. Módulo 1. Brasília: CFESS, ABEPSS, CEAD, UnB, 1999.

_____. *Capitalismo monopolista e serviço social*. São Paulo: Cortez, 1992.

_____. *Transformações societárias e Serviço Social* – notas para uma análise prospectiva da profissão no Brasil. *Revista Serviço Social e Sociedade*. São Paulo: Cortez, nº 50, 1996.

OLIVEIRA, Manfredo Araújo de. *Ética e Sociabilidade*. Coleção Filosofia: 25. São Paulo, Brasil: Loyola, 1993.

_____ e TEIXEIRA, Francisco (orgs.). *Neoliberalismo e reestruturação produtiva: as novas determinações do mundo do trabalho*. São Paulo: Cortez; Fortaleza: Universidade estadual do Ceará; 1998.

PAIVA et alli. *Reformulação do Código de Ética: Pressupostos históricos, teóricos e políticos*. In BONETTI, Dilséa et alli. *Serviço Social e Ética*, São Paulo. Ed. Cortez, 1996.

ROGRIGUES, Sandra S.. *A Educação dentro do Contexto de Saúde*. In: *Cadernos de Educação em Saúde I*, 1998.

SÁ, Jeanete L. Martins de. (org.). *Serviço social e interdisciplinariedade*. São Paulo: Cortez, 1993.

SANTANA, Raquel. *A efetivação do projeto ético-político do Serviço Social*. *Revista Serviço Social e Sociedade*. São Paulo: Cortez, nº 62, ano XXI, mar. 2000.

SILVA, Maria Ozanira da Silva e. *O Serviço Social e o popular: resgate teórico - metodológico do projeto profissional de ruptura*. São Paulo: Cortez, 1995.

SIMONATTO, Ivete. *Gramsci: sua teoria, incidência no Brasil, influência no serviço social*. Florianópolis, Ed. Da UFSC, São Paulo, Cortez, 1995.

_____. *A Reforma do Estado abre caminho para o mercado*. *Revista Inscrita*, n 4, CFESS, ano II, Cortez, São Paulo, 1999.

_____. *Caminhos e Descaminhos da Política de Saúde no Brasil*. *Revista inscrita –CFESS*, ano I, n.1, nov, 1997.

SOUZA, Moema Amélia Serpa Lopes de. *Saúde e Cidadania: Reflexões Sobre a Prática Profissional do Assistente Social*. In: 8º Congresso Brasileiro De Assistentes Sociais. *O Serviço Social Frente ao Projeto Neoliberal: Em Defesa*

das Políticas Públicas e da Democracia. Caderno de Comunicações. Bahia, Julho, 1995.

SOUSA, Aione Maria. *A dimensão ético-política do trabalho dos assistentes sociais que atuam nas Unidades Básicas de Saúde de Mossoró – RN*. Recife: UFPE, 2000 (Dissertação de Mestrado)

SPOSATTI, Aldaiza de Oliveira, et al.: *Assistência Social na Trajetória dos Problemas Sociais Brasileiros. Uma Questão em Análise*. SP, Cortez, 1985.

SUS - Lei nº 8080 de 19 de Setembro de 1990 - Lei nº 8142 de 28 de Dezembro de 1990.

TEIXEIRA, Francisco; OLIVEIRA, Manfredo (org). *Neoliberalismo e Reestruturação Produtiva: as novas determinações do mundo do trabalho*. São Paulo: Cortez, 1996.

TEIXEIRA, Sônia, et al. *Reforma Sanitária: em busca de uma teoria*. 2ª edição. São Paulo: Cortez, 1995.

VALLA, Victor Vicent. *Educação, Saúde e Cidadania*. Petrópolis: Vozes, 1994.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. *Serviço Social e Interdisciplinaridade: o exemplo da saúde mental*. In: Revista Serviço Social e Sociedade n. 54, ano XVIII, julho, 1997.

VASCONCELOS, Ana Maria de. *A prática do Serviço Social: cotidiano, formação e alternativas na área da saúde*. São Paulo, Ed. Cortez, 2002.

VIANA, Valdilene Pereira. *Democratização e participação: o controle social na política municipal de saúde*. Mimeo, 1995.

ANEXOS

Anexo 1

ROTEIRO DE IDENTIFICAÇÃO

Data: ____/____/____

INSTITUIÇÃO

Nome da Instituição: _____

Contato: _____

ENTREVISTADO(A)

Assistente Social (iniciais): _____

Contato: _____

Cargo que ocupa na Instituição e/ou setor em que trabalha: _____

Tempo de Formação: antes de 86
 entre 86 e 93
 após 93

Período em que trabalha como assistente social : menos de 3 anos
 de 3 a 5 anos
 de 5 a 10 anos
 mais de 10 anos

Período em que trabalha na saúde: menos de 3 anos
 de 3 a 5 anos
 de 5 a 10 anos
 mais de 10 anos

Você costuma participar de congressos, seminários e cursos referentes ao seu exercício profissional? Quais?

Sim Não

Anexo 2

Roteiro de Entrevista

1. Quais são as demandas que aparecem para o Serviço Social no seu setor de trabalho?
2. Em que condições elas são atendidas? (Exemplifique e explique)
3. Quais os aspectos éticos e anti éticos que você identifica no atendimento a estas demandas?
4. Participa de algum programa dentro das atividades hospitalares? Quais são os seus objetivos?
5. Que atividades você realiza no seu cotidiano?
6. Como você se situa dentro da equipe multidisciplinar? O que exigem? Há a interdisciplinaridade?
7. Dentro dessas atividades, como você implementa os princípios do código de ética profissional?
8. Quais os princípios do código de 1993 que você acha mais significativos para o exercício profissional?

- () Liberdade
- () Direitos Humanos
- () Cidadania
- () Democracia
- () Justiça Social
- () Eliminação do Preconceito
- () Pluralismo
- () Interdisciplinaridade
- () Qualidade nos Serviços
- () Serviço Social sem discriminar

Por que?

9. Você identifica a implementação do projeto ético-político do Serviço Social no seu exercício profissional? Como ou Por que?

- () Sim () Não

10. Você identifica a implementação do SUS no seu exercício profissional? Como ou Por que?

() Sim () Não

Anexo 3

ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO

1. Demandas mais freqüentes do Serviço Social
2. Atividades cotidianas do Assistente Social
3. Dificuldades enfrentadas na realização das atividades
4. Estratégias utilizadas para o atendimento das demandas
5. Posicionamentos ético-político diante as dificuldades cotidianas
6. Relação da prática profissional com a implementação do SUS