

Universidade Federal de Juiz de Fora
Faculdade de Serviço Social
Programa de Pós-Graduação em Serviço Social

RAFFAELLE PEDROSO PEREIRA

**O PROJETO PROFISSIONAL CRÍTICO E A INTERVENÇÃO DOS ASSISTENTES
SOCIAIS NOS HOSPITAIS GERAIS DO MUNICÍPIO DE JUIZ DE FORA – MG**

Juiz de Fora, MG
2013

**O PROJETO PROFISSIONAL CRÍTICO E A INTERVENÇÃO DOS ASSISTENTES
SOCIAIS NOS HOSPITAIS GERAIS DO MUNICÍPIO DE JUIZ DE FORA – MG**

RAFFAELLE PEDROSO PEREIRA

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Faculdade de Serviço Social da Universidade Federal de Juiz de Fora, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Serviço Social.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Cláudia Mônica dos Santos.

**Juiz de Fora, MG
2013**

Pereira, Raffaele Pedroso

O Projeto Profissional Crítico e a Intervenção dos
Assistentes Sociais nos Hospitais Gerais do Município de
Juiz De Fora – MG / Raffaele Pedroso Pereira. – 2013.

264f : il.

Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Universidade
Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2013.

1. Intervenção Profissional 2. Projeto Profissional
Crítico 3. Serviço Social na Saúde I. Título

Venha!
Meu coração está com pressa
Quando a esperança está dispersa
Só a verdade me liberta
Chega de maldade e ilusão
Venha!
O amor tem sempre a porta aberta
E vem chegando a primavera
Nosso futuro recomeça
Venha!
Que o que vem é Perfeição!

(Renato Russo - Perfeição)

Dedico este trabalho à minha mãe Maria José e ao meu amor Vahid Nikoofard, luzes da minha vida!

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço a Deus (Allah) pela vida e por todas as felicidades que venho recebendo nos dois últimos anos.

Meus agradecimentos à minha família e amigos:

Ao meu esposo Vahid Nikoofard por todo apoio e amor pleno que me dedica. Obrigada por me acompanhar nesta jornada, inclusive nas madrugadas de estudo, nas aflições, nos momentos de angústia. Você tornou este momento mais fácil e me carregou em seus braços o quanto pôde. Você é parte dessa conquista, é meu sol.

À minha mãe Maria José, exemplo de mãe e mulher, que diante das dificuldades da vida mostrou-se forte e perseverante. Sempre que pensei em desistir, lá estava você, me dando impulso a continuar. Todas as minhas vitórias são frutos do seu amor e dedicação.

Às minhas irmãs, Emmanuelle e Estephannie, que sempre torcem por mim e reclamaram da minha ausência, mostrando, do jeito delas, o amor que sentem por mim.

À minha nova família, meus pais de coração, Fatemeh e Noorollah, por me acolherem em sua família com tanto amor.

À Maryam e Narges, minhas novas irmãs, que mesmo de longe me apoiaram, me incentivaram e dedicaram suas orações por mim. Agradeço pelo carinho que me deu força para continuar.

À minha amiga Carol por toda a força e amizade. Amiga atenciosa e carinhosa que dividiu comigo as incertezas e angústias de mestranda, mas, também, me proporcionou momentos de alegria e descanso com seus convites inesperados para sair. Ao seu esposo Binho, amigo que contagia com seu bom humor, sinônimo de boa companhia!

À minha amiga Priscila que há 10 anos me acompanha na minha trajetória e vibra comigo a cada vitória. Amiga que me faz acreditar que sou capaz e me dá segurança para tentar sempre mais...

Meus agradecimentos àqueles que contribuíram de forma direta com a minha formação:

À minha querida orientadora, Cláudia Mônica, que compartilhou comigo seus conhecimentos e experiências. Agradeço por cada ensinamento, pela orientação dedicada e pelo apoio.

Às professoras Regina Miotto e Carina Berta por suas valiosas contribuições na banca de qualificação e por comporem a banca de defesa, dando continuidade a este processo.

Aos professores do mestrado pelas aulas extremamente enriquecedoras que tive a chance de participar, em especial, ao Rodrigo, Malu e Cristina. A contribuição deixada por vocês é imensurável.

Aos funcionários da Faculdade de Serviço Social, em especial, a Beth da secretaria do mestrado e ao Léo da biblioteca pela presteza e pela forma atenciosa que sempre me atenderam.

Aos colegas do mestrado, em especial, a Carol, a Helyene, o Flávio e a Patrícia. O tempo de convivência foi rápido, mas foi muito bom estar ao lado de vocês.

Meus agradecimentos as instituições participantes:

Aos diretores dos hospitais que permitiram a realização desta pesquisa e, em especial, as assistentes sociais que compuseram os sujeitos da pesquisa, possibilitando que este trabalho fosse realizado.

Enfim, muito obrigada a todos!

RESUMO

Estamos em uma conjuntura favorável ao avanço do (neo) conservadorismo teórico dentro da profissão. Desta maneira, é importante estarmos sempre pensando e repensando o exercício profissional dos assistentes sociais através de uma perspectiva crítica que nos faça refletir sobre os desafios postos à profissão em defesa do aprofundamento e manutenção do Projeto Profissional Crítico. Foi pensando nisso que o presente estudo teve como objetivo conhecer como os assistentes sociais estão orientando a sua intervenção profissional nos hospitais gerais que fazem parte da rede de saúde pública do município de Juiz de Fora frente ao Projeto Profissional Crítico do Serviço Social. Assim, buscou-se analisar a adesão dos profissionais a esse projeto, o que se entende por ele, e de que forma estes profissionais vêm se orientando (ou não) por um Projeto Profissional Crítico, considerando todos os desafios institucionais e conjunturais.

Palavras-chave: Intervenção Profissional, Projeto Profissional Crítico, Serviço Social na Saúde.

ABSTRACT

Summary: We are in a favorable situation to advance the (neo) theoretical conservatism within the profession. Thus, it is important that always be thinking and rethinking the professional practice of social workers through a critical perspective that reflect us on the challenges posed to the profession in defense of deepening and maintenance of the Critical Project Profession. For this purpose, this study aimed to understand how social workers are directing their professional intervention in the general hospitals that are part of the public health system of Juiz de Fora city according to the Critical Project Profession. Thus, we sought to analyze compliance professionals to this project, how they understand it, and how these professionals are moving toward (or not) by the Critical Project Profession, considering all situational and institutional challenges.

Keywords: professional intervention, Critical Project Profission, Social Work in the Health.

SIGLAS

ABEPSS	Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social
ABESS	Associação Brasileira de Ensino em Serviço Social
AIS	Ações Integradas de Saúde
ALAETS	Associação Latino-Americana de Escolas de Trabalho Social
CAPs	Caixas de Aposentadorias e Pensões
CBAS	Congressos Brasileiros de Assistentes Sociais
CBCISS	Centro Brasileiro de Cooperação e Intercâmbio de Serviços Sociais
CE	Código de Ética
CEAS	Centro de Estudo e Ação Social de São Paulo
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos em Saúde
CF	Constituição Federal
CFAS	Conselho Federal de Assistentes Sociais
CFESS	Conselho Federal de Serviço Social
CNS	Conferências Nacionais de Saúde
CRAS	Conselho Regional de Assistentes Sociais
CRESS	Conselho Regional de Serviço Social
DC	Desenvolvimento de Comunidade
DH	Direitos Humanos
DMP	Departamentos de Medicina Preventiva
ENESSO	Executiva Nacional de Estudantes de Serviço Social
ENPESS	Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social
FBH	Federação Brasileira de Hospitais
HU	Hospital Universitário
IAPAS	Instituto de Administração da Financeira da Previdência e Assistência Social
IAPs	Institutos de Aposentadoria e Pensão
INAMPS	Instituto Nacional de Previdência Social
INPS	Instituto Nacional da Previdência Social
MPAS	Ministério da Previdência e Assistência Social
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONG	Organização Não-Governamental
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PIASS	Programa de Interiorização das Ações de Saúde
PPREPS	Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde
SINPAS	Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UFJF	Universidade Federal de Juiz de Fora

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	13
CAPÍTULO 1. O PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DO PROJETO PROFISSIONAL CRÍTICO DO SERVIÇO SOCIAL.....	18
1.1. Definindo projeto, projeto profissional e projeto societário.....	18
1.2. Os diferentes projetos profissionais dos assistentes sociais no percurso de construção e consolidação do Serviço Social.....	23
1.2.1. A vinculação da gênese do Serviço Social aos fundamentos conservadores de base doutrinária e neotomista – das protoformas na década de 1920 a institucionalização do Serviço Social na década de 1930.....	24
1.2.2. A entrada das influências positivistas no Serviço Social brasileiro a partir da década de 1940.....	40
1.2.3. O projeto profissional conservador do Serviço Social e a ideologia desenvolvimentista modernizadora nas décadas de 1950 e 1960.....	49
1.2.4. Conflitos, avanços e retrocessos no Serviço Social a partir de meados da década de 1960 e década de 1970: construindo novas bases de legitimação	57
1.2.5. A construção do Projeto Profissional Crítico do Serviço Social: o movimento de Intenção de Ruptura	68
1.2.6. A busca pela consolidação do Projeto Profissional Crítico em um contexto adverso....	91
CAPÍTULO 2: A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL E A INSERÇÃO DOS ASSISTENTES SOCIAIS NOS SERVIÇOS DE SAÚDE.....	103
2.1. Contextualizando a Política de saúde e o Serviço Social no processo sócio-histórico brasileiro.....	103
2.2. O período do autoritarismo burocrático: a política de saúde e o Serviço Social nos anos de 1964 a 1974.	110
2.3. Período de crises e reformas em tempo de distensão política: a política de saúde e o Serviço Social nos anos de 1974 a 1979.....	113
2.4. Período de crise e de mobilização social: a política de saúde e o Serviço Social nos anos de 1979 a 1985.....	120
2.5. Período de transição democrática e da Reforma Sanitária: a política de saúde e o Serviço Social nos anos de 1985 a 1992.....	124
2.5.1. Período de 1985 a 1988: abertura política em meio à crise e a mobilização da sociedade civil.....	124
2.5.2. A política de saúde e a intervenção profissional dos assistentes sociais após as conquistas legais de 1988.....	129
2.6. Uma análise dos princípios do SUS e as possibilidades e desafios postos a sua implementação a partir da década de 1990.	134
2.6.1. A atenção especializada de média e alta complexidade do SUS: um campo de contradições.	146
2.6.2. A Política de Humanização no SUS: um modo de produzir e operar as ações de saúde no SUS a partir de 2000.....	150
2.6.3. As possibilidades e os desafios da intervenção profissional na saúde: estabelecendo relações entre o Projeto Profissional Crítico e o Projeto de Reforma Sanitária.....	157
CAPÍTULO 3: UMA ANÁLISE DA INTERVENÇÃO PROFISSIONAL DOS ASSISTENTES SOCIAIS NOS HOSPITAIS GERAIS NO MUNICÍPIO DE JUIZ DE FORA	182

3.1. Contextualizando o campo de pesquisa.....	185
3.2. Caracterização dos sujeitos de pesquisa e análise dos dados.....	188
3.2.1. EIXO 1: Referências de conhecimento, aprimoramento intelectual e investigação/pesquisa.....	194
3.2.2. EIXO 2: Organização e processos de execução das atividades profissionais: objetivos e demandas.....	212
3.2.3. Articulação com espaços de participação e mobilização popular.....	239
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	247
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	254
ANEXO.....	263

INTRODUÇÃO

A presente dissertação tem como objetivo conhecer como os assistentes sociais estão orientando a sua intervenção profissional, nos hospitais gerais que atendem o Sistema Único de Saúde no município de Juiz de Fora, frente ao Projeto Profissional Crítico¹ hegemônico² no Serviço Social.

O interesse em abordar tal temática está relacionado à minha atuação enquanto assistente social residente no Hospital Universitário – HU/CAS da UFJF, durante os anos de 2008 e 2009. Neste período, surgiram inquietações acerca das ações desenvolvidas pelo Serviço Social nas unidades de saúde, o que suscitou o desejo de conhecer e repensar o trabalho desenvolvido pelos assistentes sociais neste campo de atuação.

A minha inserção no mestrado possibilitou-me repensar a escolha do meu objeto de estudo, percebendo que havia me deparado com diversas situações de fragilidades e/ou indefinições dos profissionais de Serviço Social em seu cotidiano de trabalho que deveriam ser melhores elucidadas através de um estudo mais aprofundado que possa contribuir para uma reflexão crítica do exercício profissional.

Durante os dois anos que atuei nos Hospitais Universitários, pude acompanhar o trabalho de 11 assistentes sociais destes serviços de saúde e através de observações empíricas identifiquei situações no cotidiano de atuação profissional que me suscitaram indagações. Algumas das questões observadas foram:

- Atuação restrita ao atendimento de demandas institucionais e atividades rotineiras;

¹ Neste estudo, será utilizado o termo Projeto Profissional Crítico para identificar o projeto profissional do Serviço Social hegemônico na atualidade conforme a autora Yolanda Guerra em seu texto “O Projeto Profissional Crítico: estratégia de enfrentamento das condições contemporâneas da prática profissional” (2007). O termo “crítico” se refere ao posicionamento contrário da categoria frente a sociedade capitalistas. Este projeto profissional tem seus fundamentos no arcabouço teórico-metodológico da teoria social de Marx. Em um contexto em que se reatualizam concepções conservadoras que influenciam a profissão, acredita-se que esta denominação é muito interessante para se reforçar que o Projeto Ético-Político se direciona por uma perspectiva que se posiciona criticamente diante da barbárie que reitera a desigualdade social. Desta maneira, fez-se a opção por utilizar esta denominação neste estudo.

² Segundo Netto (2006), um projeto profissional hegemônico é aquele afirmado e consolidado no interior da categoria profissional em que se estabelece uma espécie de acordo sobre diversos aspectos, tais como, imagem ideal da profissão, valores que a legitimam, função social, objetivos, conhecimentos teóricos, saberes relacionados a intervenção, normas, práticas e tantos outros. Estes aspectos articulados coerentemente formam as dimensões de um projeto profissional que para ser hegemônico deve ser reconhecido pela categoria. Essa articulação é complexa e exige recursos político-organizativos, debates e elaborações, bem como, investigações teórico-práticas. É importante salientar que toda categoria profissional não é uma unidade homogênea e se configura em um espaço plural em que projetos profissionais diferentes podem surgir em disputa. Assim, a afirmação e consolidação de um projeto hegemônico no interior da categoria não acaba com as divergências e contradições. Este projeto hegemônico nunca será exclusivo, pois mediante debate, segmentos profissionais podem propor projetos alternativos (NETTO, 2006). Com isso, podemos depreender que “o verdadeiro debate de ideias só pode ter como terreno adequado o pluralismo que, por sua vez, supõe também o respeito às hegemônias legitimamente conquistadas” (Id. *ibid.*, p. 6). Entende-se neste estudo por hegemônico o atual projeto profissional que foi gestado a partir da década de 70 pelas forças progressistas em um processo de rompimento com o conservadorismo. Todos esses elementos serão aprofundados no Capítulo 1 deste trabalho.

- Falta de levantamento de dados da população atendida e de processos investigativos;
- Demandas tratadas como individuais, não sendo apreendidas de forma coletiva;
- Falta de documentação e registro das intervenções;
- Falta de sistematização do que vem sendo feito pelos profissionais;
- Instrumentos sendo usados como fins em si mesmos, onde se percebe uma centralidade no uso dos instrumentos e não na sua finalidade/intencionalidade. Como, por exemplo, a realização de grupos sem finalidade muito esclarecida, algumas vezes apresentando caráter terapêutico;
- Falta de reflexão crítica nos grupos de educação em saúde com uma forte tendência em se trabalhar apenas o repasse de informações sobre saúde/doença;
- Intervenção profissional focada no direito a ter direito, sem problematizar qualquer questão para além disso. O simples repasse de informações acerca dos direitos que os usuários podem acessar, mas não os reflete com os sujeitos.
- Falta de participação nos Conselhos de Saúde e Conferências de Saúde, ou mesmo em outros Conselhos;
- Falta de articulação e envolvimento com as organizações populares e movimentos sociais;
- Falta de articulação com as entidades organizativas da categoria como os Conselhos Regionais de Serviço Social e os seus eventos;
- Distanciamento dos conteúdos da formação profissional.

A partir dessas observações do cotidiano profissional e através da troca de informações com outros assistentes sociais pude perceber, inicialmente, uma intervenção profissional mais circunscrita as demandas institucionais³. Entretanto, estas observações não nos permitem traçar um quadro mais amplo acerca das intervenções profissionais dos assistentes sociais no campo sócio-profissional mencionado, pois, como apontado anteriormente, partem apenas de observações empíricas.

Assim, surgiu o anseio de conhecer, em um quadro mais amplo e de forma mais sistematizada⁴, como os assistentes sociais, que exercem a profissão nos hospitais gerais no

³ Importante salientar que mesmo considerando os determinantes que limitam a intervenção profissional em qualquer campo de trabalho, o profissional possui uma autonomia relativa que lhe dá condições, mesmo que restritas, de organizar o seu trabalho e direcioná-lo conforme ele deseja, já que não existe nenhuma atuação que seja neutra, tendo, portanto, uma intencionalidade.

⁴ “O trabalho no cotidiano permite uma observação muito próxima dos fenômenos que estão ocorrendo. Mas estas observações tendem a ser espontâneas, assistemáticas e muito seletivas: percebemos de um fato vivido, de uma reunião presenciada, as posturas e as “falas” que mais nos impactaram e tendemos a registrar na memória, apenas aquilo que mais nos impressionou. Na prática profissional, no estágio ou na docência, é preciso transformar as Observações Assistemáticas da realidade em Observações Sistemáticas: este processo deve ser incorporado pelos profissionais e

município de Juiz de Fora, estão se orientando (ou não) pelo Projeto Profissional Crítico. Desta maneira, buscou entender como elas vêm pensando as suas intervenções, quais suas orientações, suas finalidades, como interpretam o seu objeto de trabalho, quais suas concepções de profissão, enfim, quais são os seus referenciais teórico-metodológicos e ético-políticos usados como mediações de suas intervenções profissionais.

Vale lembrar que estamos em uma conjuntura favorável ao avanço do (neo) conservadorismo teórico dentro da profissão, assim, é importante estarmos sempre pensando e repensando o exercício profissional dos assistentes sociais através de uma perspectiva crítica que nos faça refletir sobre os desafios postos aos profissionais e à profissão em defesa da manutenção do Projeto Profissional Crítico hegemônico.

Este projeto profissional é um projeto coletivo que traça uma concepção de profissão permeada por valores democráticos e de justiça social, sendo sistematizado por mecanismos políticos⁵, documentos legais⁶ e referenciais teórico-metodológicos⁷ o que lhe confere legitimidade e operacionalidade prático-político e normativa. Desta forma, o Projeto Profissional Crítico se materializa nas nossas ações profissionais cotidianas e sua preservação e aprofundamento dependem do corpo profissional, bem como, do fortalecimento do movimento democrático popular (NETTO, 1999).

No campo sócio-ocupacional da saúde, os assistentes sociais atuam na direção de respostas para o avanço e consolidação do SUS, enquanto este sofre os impactos da retração do Estado para as políticas sociais. Podemos afirmar que os assistentes sociais que são direcionados pelo Projeto Profissional Crítico do Serviço Social estão também em defesa dos princípios difundidos pela Reforma Sanitária, tais como, a luta pela qualidade dos serviços, pela universalidade, pela equidade, pela gestão democrática, pela integralidade, pela autonomia, entre outros princípios. Desta forma, se posicionam a favor da manutenção e ampliação dos direitos de cidadania, contrapondo-se ao modelo político vigente e ao modelo privatista de saúde.

Assim, ser orientado por um Projeto Profissional Crítico significa adotar intervenções sociopolíticas que se somem as lutas da classe trabalhadora e se coloquem em oposição à conjuntura neoliberal e a sociedade capitalista, no fortalecimento dos sujeitos sociais na luta por uma outra organização social e em busca da consolidação e ampliação dos direitos conquistados.

pelos docentes e transmitido aos estudantes. Esta é uma exigência para que o trabalho profissional se torne um saber profissional” (MARSIGLIA, R. M. G., 2006, p. 3).

⁵ Diz respeito a dimensão político-organizativa da profissão formada por fóruns deliberativos da profissão e por entidades de representação, tais como, o conjunto CFESS/CRESS, a ABEPSS, os DA's e a ENESSO.

⁶ Código de Ética (1993); Lei de Regulamentação da Profissão (1993); e Diretrizes Curriculares dos Cursos de Serviço Social; Resoluções do CRESS/CFESS.

⁷ Produção teórica do Serviço Social e cursos de pós-graduação.

Para isso, se faz necessário que os assistentes sociais tenham uma qualificação profissional que abranja um claro referencial teórico-metodológico e ético-político crítico, o que lhe viabiliza, através de mediações, uma competência técnica para atingir seus fins profissionais.

(...) o exercício profissional orientado por um projeto profissional que contenha valores universalistas, baseado no humanismo concreto, numa concepção de homem enquanto sujeito autônomo, orientado por uma teoria que vise apreender os fundamentos dos processos sociais e iluminar as finalidades, faculta aos assistentes sociais a consciência de pertencer ao gênero e lhe permite desenvolver *escolhas* capazes de desencadear ações profissionais motivadas por compromissos sociocêntricos que transcendam a mera necessidade pessoal e profissional de seus agentes que se hipertrofia na esfera da cotidianidade. Ao clarificar seus objetivos sociais, realizar escolhas moralmente motivadas, compreender o significado social da profissão no contexto da sociedade capitalista, escolher crítica e adequadamente os meios éticos para o alcance dos fins éticos, orientados por um Projeto Profissional Crítico, os assistentes sociais estão aptos, *em termos de possibilidade*, a realizar uma intervenção profissional de qualidade, competência e compromissos indiscutíveis. (GUERRA, 2007, p.15)

Desta forma, necessário se faz compreender como os profissionais estão orientando a sua intervenção profissional frente ao projeto profissional hegemônico no intuito de atingir os seus objetivos profissionais, atendendo as demandas da instituição, mas também a dos sujeitos para os quais trabalham.

Considerando o exposto, para a operacionalidade deste estudo foi traçado um caminho que retoma o debate sobre os projetos profissionais da profissão, refletindo os seus condicionantes internos e externos, a fim de auxiliar nas análises feitas no campo de pesquisa selecionado. Assim, esta dissertação foi dividida em três (3) capítulos descritos abaixo.

No primeiro capítulo foram discutidos os projetos profissionais dos assistentes sociais desde a sua gênese até os dias atuais, refletindo sobre os fundamentos de cada um desses projetos. As reflexões postas neste capítulo facilitam entender os processos sócio-históricos nos quais a profissão emerge e se consolida, tratando das rupturas e continuidades existentes neles. Esta recuperação dos projetos profissionais do Serviço Social facilita entender as influências do conservadorismo hoje na profissão e sua reatualização, auxiliando no processo de análise sobre a intervenção profissional realizada neste estudo.

O segundo capítulo caracteriza como foi conformada a política de saúde e a inserção do assistente social neste âmbito desde as suas origens até os dias atuais. Assim, são recuperadas as concepções conservadoras que orientavam a política de saúde desde o início do século XX até o surgimento do Movimento de Reforma Sanitária que através de ideias progressistas levou a transformação jurídico-legal daquele modelo assistencial de saúde. Ao mesmo tempo são trazidas as orientações e intervenções que os assistentes sociais realizam no campo da saúde durante os processos sócio-históricos recuperados. Posteriormente, são trabalhadas as concepções, princípios e

diretrizes do sistema de saúde público pós-constituição e os rebatimentos sofridos por este sistema na década de 1990 e nos anos 2000 em um contexto marcado pelo neoliberalismo em que o projeto privatista de saúde ganha força.

A partir destas considerações são refletidas as ligações possíveis entre o Projeto Profissional de Serviço Social e o Projeto de Reforma Sanitária, debatendo a necessidade dos assistentes sociais estabelecerem uma articulação entre estes dois projetos a fim de criar ações que vão na direção da democracia, da defesa do direito, da qualidade dos serviços prestados, do controle social e da qualidade de vida, rebatendo o projeto privatista.

No capítulo 3, foi realizada uma análise da intervenção profissional de dez (10) assistentes sociais alocadas nos hospitais gerais do município de Juiz de Fora, considerando os debates traçados sobre os projetos profissionais do Serviço Social e o projeto do movimento sanitário. Para chegar ao objetivo proposto neste estudo optei por desenvolver uma pesquisa de caráter exploratório de abordagem qualitativa, pois este é um tipo de metodologia que não está preocupada com a quantificação e nem com as generalizações. Além disso, leva em consideração os significados, representações dos sujeitos e as relações sociais, podendo contribuir para a avaliação das ações profissionais. Assim, tal metodologia compreende os discursos dos sujeitos, considerando que estes não são descolados de seu contexto, sendo este tipo de pesquisa mais adequada ao objeto que foi pesquisado (MINAYO, 1993).

As análises foram divididas em três eixos, a saber: Eixo 1- Referências de conhecimento, aprimoramento intelectual e investigação/pesquisa; Eixo 2- Organização e execução das atividades: objetivos e demandas; Eixo 3- Participação e mobilização popular. Ainda, vale apontar que a divisão desta análise em três (3) eixos não os tornam independentes, visto que eles compõem o processo de trabalho dos assistentes sociais em que são articuladas as dimensões teórico-metodológica, ético-política e técnica-operativa.

Por fim, este estudo se voltou para analisar a intervenção profissional do assistente social nos hospitais gerais do município de Juiz de Fora, tendo como resultado esperado a (re) formulação de ações e intervenções que corroborem para o cumprimento das finalidades profissionais, principalmente, ao que se refere a melhor qualidade dos serviços de saúde prestados, a ampliação e manutenção dos direitos sociais e no reforço a implementação de uma política de saúde pública, universal e de qualidade, como apontada pelo Movimento de Reforma Sanitária. Assim como, construir ações que tensione o projeto neoliberal, não se rendendo as suas exigências e criando atividades alternativas que possibilitem a efetivação da democracia, da cidadania e que vão na direção da construção de uma sociedade pautada em valores emancipatórios.

CAPÍTULO 1. O PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DO PROJETO PROFISSIONAL CRÍTICO DO SERVIÇO SOCIAL

1.1. Definindo projeto, projeto profissional e projeto societário.

“A unidade dialética entre teoria e prática, necessária a um trabalho profissional articulado aos interesses dos trabalhadores, não vai ser obtida no Serviço Social apenas a partir das referências teórico-metodológicas, mas sim tendo como base a qualidade das conexões que os profissionais – assistentes sociais, pesquisadores, docentes e assessores/consultores – estabeleçam com a realidade objeto da ação profissional, o que passa por uma relação consciente entre pensamento e ação, determinada pela garantia da associação acadêmica/meio profissional, a partir de um vínculo sistemático, projetado, permanente”.

(Vasconcelos, 2007, p. 28)

O Projeto Profissional Crítico é uma grande conquista dos assistentes sociais. Este projeto foi gestado por um movimento progressista da profissão, a partir de meados da década de 70, e pode ser compreendido como um movimento de crítica e luta contra o conservadorismo. Dentro deste contexto, este projeto rebate, entre outras questões, o conservadorismo⁸, o pragmatismo⁹ e a suposta neutralidade¹⁰ do exercício profissional, carregando um claro posicionamento político no sentido de intencionalidade e de direcionamento profissional. Para pensarmos a intervenção dos assistentes sociais, tendo como fundamento o Projeto Profissional Crítico do Serviço Social, devemos primeiramente compreender o que são projetos e, mais ainda, o que são os projetos profissionais e societários e quais são as suas inter-relações.

Conforme a teoria social crítica de Marx, podemos depreender que os homens sempre agem teleologicamente, ou seja, o homem *projeta* idealmente suas ações antes de executá-las, assim, o homem busca construir na sua consciência o resultado provável de uma determinada ação. O que dá

⁸ Veremos no próximo item as principais características do conservadorismo.

⁹ O pragmatismo é um tipo de conservadorismo caracterizado por uma abordagem que privilegia uma cultura dos resultados imediatos, da negação das teorias, da relatividade da verdade e pela busca por uma prática vantajosa e utilitária. Brandão (2010), no seu estudo “Pragmatismo e Serviço Social: elementos para a crítica ao conservadorismo”, parte da hipótese de que “o conservadorismo pragmático possui elementos de caracterização que se atualizam no Serviço Social a partir da influência da cultura norteamericana. A profissão apresenta características do pragmatismo que incidem de forma incisiva na profissão configurando uma determinada forma de ser como a busca desenfreada por resultados e intervenções imediatas” (id. *ibid.*, p.11).

¹⁰ Durante muito tempo os assistentes sociais defenderam a neutralidade profissional, propalavam que as suas intervenções tinham finalidades humanitárias e se encontravam em um campo neutro, onde todos se beneficiavam. Assim, a dimensão política da atuação era negada. Conforme aponta Valle (2010, p. 80): “os assistentes sociais [...] acreditavam atender igualmente, tanto as reivindicações do proletariado, como as do patronato. Porém, contrariamente a tal perspectiva, os mesmos exerciam suas ações envoltos por práticas tuteladoras, as quais se baseavam na fiscalização sanitária, na pesquisa e catalogação do modo de vida operário, além da atuação em seu *lôcus* de habitação e trabalho, o que viabilizaria a intervenção sobre os aspectos “desviantes” do comportamento desta classe. Tais iniciativas baseavam-se em um ideário constituído pela crença no desenvolvimento harmônico da sociedade, onde o profissional de Serviço Social deverá atuar na prevenção dos problemas sociais interrompendo, portanto, a luta de classes”. Desta forma, fica claro que o Serviço Social desde a sua origem até os dias de hoje tem finalidades e reforçam projetos de classe, tenha consciência clara disso ou não.

impulso para os homens desempenharem esse processo de projeção são os seus interesses e necessidades. Desta forma, o processo de projeção (teleologia) é sempre uma resposta a uma necessidade que surge de uma situação determinada pela história humana (LUKÁCS, 1978; BRAZ; TEIXEIRA, 2009).

Devemos ressaltar que toda ação humana tem em si uma dimensão teleológica, ou seja, qualquer tipo de ação, ainda que inconscientemente, está voltada para uma determinada finalidade. Assim, ao projetarmos antecipamos idealmente as finalidades que desejamos alcançar e os meios que devemos utilizar para dar concretude ao que foi planejado, sendo que estas finalidades e meios serão sempre permeados por valores que lhe dão legitimidade. Como bem aponta Netto (2006, p. 2):

[...] os membros da sociedade, homens e mulheres, *sempre atuam teleologicamente* – isto é: as ações humanas sempre são orientadas para objetivos, metas e fins. A ação humana, seja individual, seja coletiva, tendo em sua base necessidades e interesses, implica sempre um *projeto* que, em poucas palavras, é uma antecipação ideal da *finalidade* que se pretende alcançar, com a invocação dos *valores* que a legitimam e a escolha dos *meios* para lográ-la.

Posto isto, podemos observar que através de uma ação teleológica os homens engendram na sociedade projetos individuais e coletivos e que estes se relacionam. Neste estudo, nos interessa aprofundar dois projetos coletivos: os projetos societários e os projetos profissionais.

Os projetos societários são projetos coletivos macroscópicos, que trazem em seu bojo propostas para toda a sociedade. Esta é uma característica peculiar dos projetos societários, apenas eles detêm esta magnitude. Netto (2006, p. 2) explica que os projetos societários “apresentam uma imagem de sociedade a ser construída, que reclamam determinados valores para justificá-la e que privilegiam certos meios (materiais e culturais) para concretizá-la”. Este mesmo autor ainda pondera que na sociedade capitalista como a nossa, os projetos societários são projetos de classe e possuem necessariamente uma dimensão política que envolve relações de poder. Isto quer dizer que os projetos societários respondem aos interesses de uma classe social, no entanto, são “estruturas flexíveis e cambiantes”, pois, “incorporam novas demandas e aspirações, transformam-se e se renovam conforme as conjunturas históricas e políticas” (*Id. Ibid.*, p.3).

Assim, dentro de uma sociedade democrática podem existir diferentes e antagônicos projetos societários em disputa pelo apoio de forças sociais, tais como, os projetos conservadores ou transformadores. Estes últimos dizem respeito às várias posições relacionadas com as formas de transformação social, enquanto os primeiros visam à manutenção da ordem (BRAZ, 2001; BRAZ; TEIXEIRA, 2009).

No tocante aos projetos profissionais, Netto (2006) aponta que estes apresentam a autoimagem de uma profissão, pois nele estão contidos os valores que o legitimam, suas finalidades

e função social, bem como, os requisitos teóricos, práticos, institucionais e normas para o seu exercício. Os projetos profissionais possuem uma direção social que responde aos diversos interesses que estão em jogo na sociedade, representando a identidade coletiva de um corpo profissional sendo, portanto, projeções coletivas que envolvem sujeitos individuais e coletivos em volta de certa valoração ética (BRAZ, 2001; BRAZ; TEIXEIRA, 2009). Considerando isso, é importante salientar que os projetos profissionais se vinculam a um projeto societário, conforme enfatiza Braz (2001, p. 2):

Os projetos coletivos se relacionam com as diversas particularidades que envolvem os vários interesses sociais presentes numa determinada sociedade. Remetem-se ao gênero humano uma vez que, como projeções sócio-históricas particulares, vinculam-se aos interesses universais presentes no movimento da sociedade. Em outras palavras, os interesses particulares de determinados grupos sociais, como o dos assistentes sociais, não existem independentemente dos interesses mais gerais que movem a sociedade. Questões culturais, políticas e, fundamentalmente, econômicas articulam e constituem os projetos coletivos. Eles são impensáveis sem estes pressupostos, são infundados se não os remetemos aos projetos coletivos de maior abrangência: os projetos societários (ou projetos de sociedade). Quer dizer: os projetos societários estão presentes na dinâmica de qualquer projeto coletivo, inclusive em nosso projeto ético-político.

Assim, os processos de construção dos projetos profissionais se fundam nas condições sócio-históricas, pois estas constituem o solo no qual se assenta e se movimenta o exercício profissional. Desta forma, nenhum projeto profissional está pronto e acabado, ele se encontra em contínua construção e os seus fundamentos são rebatidos ou fortalecidos nas diferentes condições sócio-históricas, sendo, portanto, um processo que apresenta elementos constitutivos da realidade social. Ou seja, os projetos profissionais podem ser compreendidos como um processo que é gestado e afirmado pela categoria profissional em determinadas condições sócio-históricas e em um determinado projeto societário. Assim, não podemos ignorar que existe uma relação de mediação entre os projetos profissionais e o projeto societário, conforme analisa Barroco (2008, p. 66-67):

Os projetos societários estabelecem mediações com as profissões na medida em que ambos têm estratégias definidas em relação ao atendimento de necessidades sociais, com direções éticas e políticas determinadas. Isso fica evidente quando analisamos a profissão Serviço Social, em sua gênese. Suas determinações históricas são mediadas pelas necessidades dadas na relação entre o capital e o trabalho, pelos projetos das forças sociais que buscam enfrentar as sequelas da “questão social” como questão moral.

Desta forma, o projeto profissional não é algo abstrato, ele diz respeito a uma determinada concepção de profissão, isto é, nossas variadas intervenções profissionais estão entrelaçadas por uma valoração ética específica (BRAZ, 2011) combinada com uma direção político-profissional, como explicita Netto (2006, p. 8):

[...] os elementos éticos de um projeto profissional não se limitam a normativas morais e/ou prescrições de direitos e deveres: eles envolvem, ademais, as opções teóricas, ideológicas e políticas dos profissionais – por isto mesmo, a contemporânea designação de projetos profissionais como *ético-políticos* revela toda a sua razão de ser: uma indicação ética só adquire efetividade histórico-concreta quando se combina com uma direção político-profissional.

Mas, como se formam esses projetos profissionais coletivos? De quem vem essa projeção (essa teleologia)? Quem define a direção (as opções teóricas, ideológicas, ético-políticas), os meios e as finalidades da profissão a serem objetivados? Estes projetos são construídos pela mobilização da própria categoria profissional, ou seja, por um sujeito coletivo, que como lembra Netto (2006) é formado pelos profissionais “de campo”, pelos estudantes, pelos profissionais das instituições responsáveis pela formação profissional – docentes e pesquisadores, bem como, pela participação e apoio dos organismos corporativos e sindicais. Assim, é necessária uma categoria profissional fortemente organizada para que o projeto profissional defendido por esta categoria ganhe solidez e legitimidade diante da sociedade.

O projeto profissional atualmente hegemônico no Serviço Social foi gestado nas décadas de 70 e 80 por um movimento progressista da profissão¹¹. Ficou conhecido como projeto ético-político ao afirmar uma *nova ética* que busca romper com o pensamento conservador e se configura no *compromisso político* e coletivo da categoria profissional com os setores populares e com a justiça social. Este projeto reflete uma intervenção profissional essencialmente política inserida no interior das contradições entre as classes, ocupando um espaço de disputas de interesses.

Este projeto profissional também foi denominado por alguns estudiosos como o Projeto Profissional Crítico do Serviço Social, podemos encontrar esta denominação, por exemplo, no artigo de Guerra (2007). Esta denominação se refere a construção de um projeto profissional inspirado na tradição marxista, o que permitiu fazer a crítica ao modo de produção capitalista, entender o significado social e político da profissão, bem como, amarrar o compromisso do projeto profissional com a ampliação e garantia de direitos e no reforço a construção de uma sociedade emancipada.

Importante assinalar que a hegemonia de um projeto profissional é uma conquista coletiva e não uma obrigação imposta a toda categoria, sendo assim, ela pressupõe um espaço de negociação política através do confronto de ideias dentro do próprio coletivo, mas, supondo também o respeito às hegemonias legitimamente conquistadas. Pode-se afirmar que ele é flexível para incorporar novas questões, mas desde que mantidos os seus eixos fundamentais. Neste sentido, o projeto pode ser hegemônico, mas não necessariamente o único, já que o coletivo profissional é um campo de

¹¹ Mais adiante será melhor explicitado este movimento dentro da profissão.

disputa, da diversidade e do pluralismo¹², possibilitando sempre o surgimento de projetos profissionais de naturezas diversas.

Netto (2009) afirma que em uma perspectiva macrossocial este confronto e divergências de ideias são colocados em relação ao projeto societário, pois dependendo das conjunturas históricas, os projetos profissionais hegemônicos podem contestar o projeto societário vigente. Isto demanda enfrentamentos que ultrapassam inclusive o nível da própria categoria profissional, estendendo-se a outros níveis de alianças e parcerias com outras categorias profissionais e, principalmente, com os segmentos sociais vinculados a classe social que dispõe de potencial para engendrar um projeto societário alternativo ao da classe dominante.

[o] projeto profissional por sua vez conecta-se a um determinado projeto societário cujo eixo central vincula-se aos rumos da sociedade como um todo – é a disputa entre projetos societários que determina, em última instância, a transformação ou a perpetuação de uma dada ordem social (BRAZ; TEIXEIRA, 2009, p. 5).

Em suma, devemos reconhecer os limites dado a materialização dos projetos profissionais pela estrutura econômica capitalista e pela conjuntura política, mas também devemos reconhecer que os sujeitos coletivos são capazes de transformar a história e tecer cotidianamente as condições objetivas e subjetivas necessárias para materializá-lo.

Foi neste sentido que busquei analisar como os assistentes sociais vêm planejando, avaliando e executando as suas atividades profissionais, pois isso implica em um maior ou menor reforço a consolidação do Projeto Profissional Crítico hoje hegemônico. Assim, devemos considerar que os assistentes sociais encontram limites profissionais, mas também possibilidades para construir suas intervenções orientadas por este projeto profissional que, como refleti até o momento, é o que dá a direção social a profissão, definindo as opções teóricas, ideológicas, ético-políticas a serem seguidas e respondendo aos diferentes interesses que estão em disputa na sociedade.

Dito de outra maneira é necessário que os profissionais ao organizarem as suas intervenções nos campos sócio-ocupacionais tenham clareza a qual projeto profissional estão vinculados, sendo conhecedores dos seus elementos constitutivos e seus fundamentos a fim de basear o seu planejamento e a execução de suas ações, pois é através da “coesão dos agentes profissionais, em torno de valores e finalidades comuns, [que] se dá organicidade e direção social a um projeto profissional” (BARROCO, 2008, p. 66)¹³.

¹² Para saber mais sobre *pluralismo* ver: COUTINHO, C. N. Pluralismo: dimensões teóricas e políticas. In Cadernos ABESS nº 4. Ensino em Serviço Social: pluralismo e formação profissional. São Paulo: Cortez, maio 1991.

¹³ No terceiro capítulo deste estudo serão levantadas estas questões no campo de pesquisa escolhido, mostrando a necessidade dos profissionais planejarem e executarem as suas ações se orientando pelo Projeto Profissional Crítico se desejam fortalecer e consolidar este projeto.

No campo da saúde não é diferente, pois as finalidades profissionais são as mesmas, independente do espaço sócio-ocupacional que o assistente social se insere. Neste campo, como em qualquer outro, faz-se necessário que haja uma articulação entre os conhecimentos e o exercício profissional. Com isso, conforme Mioto e Nogueira (2009), as ações profissionais cotidianas são transformadas em desafios teóricos e operativos. É neste sentido que abre-se a possibilidade para uma inserção qualificada dos profissionais no seu campo profissional, favorecendo o alcance dos resultados esperados pelas intervenções efetuadas, contribuindo, assim, para a materialização dos ideais do Projeto Profissional Crítico do Serviço Social e, no campo da saúde, possibilita um reforço maior ao Projeto de Reforma Sanitária.

Convém mencionar que o Serviço Social desde a sua gênese até os dias atuais foi conformando diferentes projetos profissionais¹⁴ e estes ainda trazem as suas marcas no Serviço Social. Assim, podemos afirmar que apesar de existir um projeto crítico que ganhou força e legitimidade pela categoria profissional ainda permanecem continuidades e rupturas com as ideias conservadoras dentro da profissão em que diferentes projetos estão em disputa. Considerando isto, para refletir acerca dos desafios que a intervenção profissional e o Projeto Profissional Crítico enfrentam na atualidade é necessário entendermos os projetos profissionais baseados em preceitos conservadores, pois estes ainda trazem reflexos na formação, atuação e discussão de muitos profissionais, onde as posturas (neo)conservadoras vêm sendo reatualizadas¹⁵ e ganhando força no contexto em que se conformaram os Estados neoliberais.

1.2. Os diferentes projetos profissionais dos assistentes sociais no percurso de construção e consolidação do Serviço Social

“Ao observarmos o movimento da categoria profissional destacamos: - os assistentes sociais só podem captar o movimento, o sentido e o significado da prática profissional buscando-os no movimento histórico da realidade social, do qual o Serviço Social é parte e expressão”.

(Vasconcelos, 2007, p.29)

Este item se destina a entender como foram construídos os diferentes projetos profissionais dos assistentes sociais e quais os fundamentos que deram a direção profissional desde a origem da

¹⁴ O projeto profissional na década de 30, no surgimento do Serviço Social como profissão, era essencialmente conservador, encontrando questionamentos significativos apenas a partir do início da década de 60. Desta maneira, a direção social assumida pelos profissionais será essencialmente conservadora, sendo justificada pelas doutrinas da Igreja Católica, e, posteriormente, pelas teorias positivistas e, a partir da década de 70, também pela fenomenologia. Vale ressaltar que estas perspectivas não aparecem dentro da profissão de forma linear, por vezes são conjugadas e vão refletir na imagem profissional até os dias atuais, onde posturas neoconservadoras ganham força no cenário neoliberal. No próximo item será melhor discutidas as características destes projetos.

¹⁵ Sobre a ofensiva neoconservadora no Serviço Social conferir Martins (2012).

profissão até os dias atuais. Aqui se faz relevante retomar os elementos que informam a vinculação da gênese do Serviço Social às bases do conservadorismo, recuperando a trajetória sócio-histórica da profissão e os fundamentos que conformam esses projetos. Considerando isto, vale apontar que os primeiros questionamentos significativos aos projetos profissionais conservadores do Serviço Social ganhará espaço nas décadas de 1960 e 1970. Assim, esse período será de conflitos, retrocessos, mas também um período marcado por avanços na direção contrária ao projeto conservador. Já no final da década de 1970 e início da década de 1980 esta movimentação contrária ao conservadorismo na profissão fortaleceu-se e possibilitou que um novo projeto profissional se conformasse para o Serviço Social brasileiro – o Projeto Ético-Político ou Projeto Profissional Crítico. Este projeto se torna hegemônico dentro da categoria na década de 1990, mas é fortemente rebatido pela conjuntura dos governos neoliberais, justificados por correntes (neo) conservadoras e pós-modernistas. Posto isto, segue a discussão detalhada dos processos supracitados.

1.2.1. A vinculação da gênese do Serviço Social aos fundamentos conservadores de base doutrinária e neotomista – das protoformas na década de 1920 a institucionalização do Serviço Social na década de 1930

O Serviço Social no Brasil surge nas primeiras décadas do século XX em uma época específica da história da sociedade burguesa na qual, do ponto de vista mundial¹⁶, observou-se o fortalecimento do capitalismo monopolista, cuja dinâmica exigiu, dentre os principais aspectos, a refuncionalização do Estado com sua progressiva intervenção nos processos de regulação social. Desta forma, o Serviço Social se institucionaliza profissionalmente como um dos mecanismos mobilizados pelo Estado e pelo empresariado, apoiados pela Igreja Católica, para responder ao conflito de classes¹⁷, desencadeado pela questão social¹⁸, que se estendeu e se intensificou no cotidiano da vida social, adquirindo expressão política a partir da industrialização e urbanização do país.

Para entender de forma sintética alguns pontos que levaram ao acirramento do conflito de classes faz-se necessário compreender aspectos do período em questão, tais como, as precárias

¹⁶ O Brasil vai passar por um processo tardio de industrialização como resposta a uma necessidade do capital monopolista mundial, marcado por particularidades da trajetória sócio-histórica brasileira em que a dependência e a subalternização são traços aparentes.

¹⁷ Por isso, podemos afirmar que a base de fundação e justificação do Serviço Social enquanto especialização do trabalho coletivo está nas expressões da questão social.

¹⁸ A “questão social” entendida como a contradição fundamental da sociedade capitalista entre o trabalho coletivo e a apropriação privada da atividade, das condições e frutos do trabalho, resultando em enormes desigualdades sociais na sociedade capitalista madura em que uma parcela da sociedade concentra e acumula capital, enquanto há uma crescente pauperização da maioria da população em todo o mundo (IAMAMOTO, 2009). “Questão social que, sendo desigualdade é também rebeldia, por envolver sujeitos que vivenciam as desigualdades e a ela resistem e se opõem” (Id. Ibid.: p. 28).

condições de vida dos trabalhadores, o rebaixamento dos salários, as extensas jornadas de trabalho, entre outras questões, que levaram as grandes manifestações dos trabalhadores deste período.

Assim, no início do século XX, devido a busca incessante dos capitalistas por lucros cada vez maiores vai se intensificando as precárias condições de vida dos trabalhadores brasileiros, como podemos ver no trecho abaixo:

O histórico das condições de existência e de trabalho do proletariado industrial – principalmente a partir do início do século, quando começam a aglutinar-se nos centros maiores as empresas industriais dispersas, [...] – mostra a extrema voracidade do capital por trabalho excedente. A população operária se constitui em uma minoria – composta majoritariamente por imigrantes – marginalizada social e ecologicamente dentro das cidades, algumas já bastante desenvolvidas, [...] essa parcela da população urbana vivia em condições angustiantes. Amontoam-se em bairros insalubres junto às aglomerações industriais, em casas infectas, sendo muito frequente a carência – ou mesmo falta absoluta – de água, esgoto e luz. Grande parte das empresas funciona em prédios adaptados, onde são mínimas as condições de higiene e segurança, e muito freqüentes os acidentes. O poder aquisitivo dos salários é de tal forma ínfimo que para uma família média, mesmo como o trabalho extenuante da maioria dos seus membros, a renda obtida fica em nível de insuficiente para a subsistência (IAMAMOTO, in IAMAMOTO; CARVALHO, 2009, p. 128).

Um dos agravantes destas condições precárias de vida é o pressionamento para o rebaixamento dos salários devido a progressiva formação de um exército industrial de reserva¹⁹ e suas consequências, tais como a entrada de mulheres e crianças no mercado de trabalho e sua intensa exploração, conforme descreve Carvalho (IAMAMOTO; CARVALHO, 2009, p. 129):

O preço da força de trabalho será constantemente pressionada para baixo daquele nível pela progressiva constituição de um relativamente amplo exército industrial de reserva. A pressão salarial força a entrada no mercado de trabalho das mulheres e das crianças de ambos os sexos em idade extremamente prematura, o que funciona também como mecanismo de reforço ao rebaixamento salarial. É comum a existência de crianças operárias de até cinco anos e dos castigos corporais infligidos a aprendizes. Warren Deans calcula, já para 1920, que da força de trabalho industrial de São Paulo uma terça parte é constituída de mulheres, metade aproximadamente são operários e operárias menores de 18 anos, e 89 menores de 14 anos.

Além disso, podemos destacar a exploração intensa do trabalhador através de extenuantes jornadas de trabalho de onde se extrai a mais-valia absoluta²⁰ e a submissão dos trabalhadores a diversas formas de autoritarismo dos capitalistas - entre elas a falta de qualquer tipo de direito

¹⁹ Acerca do exército industrial de reserva Marx (2011, p. 735) explica que “uma população excedente é produto necessário da acumulação ou do desenvolvimento da riqueza no sistema capitalista, ele se torna, por sua vez, a alavanca da acumulação capitalista e, mesmo, condição de existência do modo de produção capitalista. Ela constitui um exército industrial de reserva disponível, que pertence ao capital de maneira tão absoluta como se fosse criado e mantido por ele. Ela proporciona o material humano a serviço das necessidades variáveis de expansão do capital e sempre pronto para ser explorado, independentemente dos limites do verdadeiro incremento da população”.

²⁰ “A produção da mais-valia absoluta se realiza com o prolongamento da jornada de trabalho além do ponto em que o trabalhador produz apenas um equivalente ao valor da sua força de trabalho [além do trabalho necessário] e com a apropriação pelo capital desse trabalho excedente” (MARX, 2011b, p. 578). Para melhor entender a relação entre trabalho necessário, trabalho excedente e mais-valia conferir Marx (2011b).

trabalhista.

A jornada normal de trabalho – apesar de diferir por ramos industriais – é, no início do século, de 14 horas. Em 1911 será em média 11 horas e, por volta de 1920, de 10 horas. Até o início da década de 20, no entanto, dependerá na maioria das vezes das necessidades das empresas. Mulheres e crianças estarão sujeitas à mesma jornada e ritmo de trabalho, inclusive noturno, com salários bastante inferiores. O operário contará para sobreviver apenas com a venda diária da força de trabalho, sua e de sua mulher e filhos. Não terá direito a férias, descanso semanal remunerado, licença para tratamento de saúde ou de qualquer espécie de seguro regulado por lei. Dentro da fábrica estará sujeito à autoridade absoluta – muitas vezes paternalista – de patrões e mestres. Não possuirá também garantia empregatícia ou contrato coletivo [...]. As freqüentes crises do setor industrial, ainda emergente, são marcadas por dispensas maciças e rebaixamentos salariais, que tornam mais sombria a vida do proletariado industrial atirado ao pauperismo. Para as suas necessidades de ensino e cultura ficarão, basicamente, na dependência de iniciativas próprias ou da caridade e filantropia. Numa sociedade civil marcada pelo patrimonialismo, onde apenas contam fortuna e linhagem, serão considerados – quando muito – cidadãos de segunda linha, com direito apenas à resignação. (*Id. Ibid.*, p. 129-130)

Isso só é possível porque estes trabalhadores se encontram desprovidos de qualquer tipo de propriedade, tendo apenas a sua força de trabalho para ser vendida no mercado de trabalho devido a sua inserção determinada dentro da sociedade capitalista. Desta maneira, as condições de trabalho e existência explicitadas acima vão levar a organização dos trabalhadores para a sua defesa, instalando-se o conflito entre classes abertamente. “Defesa que se centrará na luta contra a dilapidação, pelo trabalho excessivo e mutilador, de seu único patrimônio, cuja venda diária permite a sua sobrevivência e reprodução” (IAMAMOTO; CARVALHO, 2009, p.130).

A luta reivindicatória estará centrada na defesa do poder aquisitivo dos salários [...], na duração da jornada normal de trabalho, na proibição do trabalho infantil e regulamentação do trabalho de mulheres e menores, no direito a férias, seguro contra acidente e doença, contrato coletivo de trabalho e reconhecimento de suas entidades [...]. As duas primeiras décadas [...] serão marcadas pela ocorrência intermitente de greves e manifestações operárias [...]. No período que se estende de 1917 a 1920, a densidade e combatividade das manifestações de inconformismo marcarão para a sociedade burguesa a presença ameaçadora de um proletariado à beira do pauperismo (*Id. Ibid.*, p. 131).

É devido a estas formas de resistência organizada dos trabalhadores que o Estado a fim de manter as bases da ordem vigente inalteradas buscará intervir nas expressões da questão social via políticas sociais. Acerca da conformação das políticas sociais, Netto (2009, p. 32) explica que

“enquanto intervenção do Estado burguês no capitalismo monopolista, a política social deve constituir-se necessariamente em *políticas sociais*: as sequelas da “questão social” são recortadas como problemáticas *particulares* (o desemprego, a fome, a carência habitacional, o acidente de trabalho, a falta de escolas, a incapacidade física etc) e assim enfrentadas. [...] Assim, a “questão social” é atacada nas suas *refrações* nas suas sequelas apreendidas como problemáticas cuja natureza totalizante, se assumida conseqüentemente, impediria a intervenção”.

Em síntese, o que apontamos até aqui é que com o desenvolvimento capitalista industrial e a expansão urbana no país tem-se a formação e desenvolvimento da classe operária e a sua inserção na cena política em que se exige o seu reconhecimento como classe pelo Estado e pela burguesia. Com a crescente organização da classe trabalhadora na luta pela defesa de seus interesses e satisfação de suas necessidades, devido ao crescimento da miséria relativa de contingentes importantes da classe trabalhadora urbana sob a crescente exploração da força de trabalho, a política social aparece como uma das alternativas do Estado no enfrentamento da questão social.

A classe dominante a fim de manter sua hegemonia e a acumulação de capital buscou uma maior “eficiência” para o tratamento da questão social investindo em mecanismos de integração e controle. Acerca disto, Carvalho (IAMAMOTO; CARVALHO, 2009, p.132) explica:

A dominação burguesa implica a organização do proletariado, ao mesmo tempo em que implica sua desorganização enquanto classe. A tentativa de controle da organização do proletariado implica que este seja reconhecido pelo Estado enquanto classe, e enquanto classe social espoliada. Implica leis de exceção que rompem a ortodoxia liberal, intervindo abertamente no mercado de trabalho. A hegemonia burguesa não pode basear-se apenas na coerção, necessitando estabelecer mecanismos de integração e controle.

Para tanto foi necessário a criação de departamentos e serviços vinculados ao Estado e as empresas que atuassem na área social, onde a execução das políticas sociais dará materialidade a novas legislações criadas em resposta a luta da classe trabalhadora. Neste contexto, o Serviço Social será institucionalizado como uma das profissões que participará da execução das políticas sociais atuando em prol do consenso entre as classes. Acerca da constituição do espaço sócio-ocupacional para o assistente social, Ortiz (2007, p. 175) aponta que

Observa-se que a constituição de um determinado espaço sócio-ocupacional para o assistente social vincula-se a uma das estratégias utilizadas pelo capitalismo monopolista para minimizar a tendência de crises cíclicas, as quais tiveram no Estado, principal aliado. É, portanto, no interior das políticas sociais públicas – uma das modalidades privilegiadas de enfrentamento das seqüelas da “questão social” – que se requisita tecnicamente esse tipo de profissional.

No contexto desta conjuntura, a institucionalização do Serviço Social se originará a partir das relações estabelecidas entre os movimentos da Igreja Católica e o Estado, onde este último passou a absorver a mão-de-obra que vinha sendo formada pelos movimentos da Igreja Católica para as ações sociais²¹ desde a década de 1920 e, mais acentuadamente, na década de 1930. Assim,

²¹ Vale destacar que neste período a Igreja Católica buscou restabelecer os seus privilégios abalados pelo advento da República reorganizando o movimento católico – Ação Católica, atuando na recristinização da humanidade, onde ampliou as ações e obras voltadas para a população.

haverá um estreitamento dos laços entre o Estado e a Igreja Católica, em que esta foi chamada a intervir na dinâmica social de forma mais ampla devido aos movimentos reivindicatórios dos operários. Considerando o exposto, podemos afirmar que a Igreja Católica encontrou nas demandas do Estado a possibilidade de recuperação da sua influência.

Pode-se depreender, então, que dois processos geraram as condições necessárias para a constituição da profissão: o processo de reordenamento do Estado situado no movimento do capital em sua fase monopólica e as iniciativas da Igreja Católica, tal como a Ação Católica²². Desta forma, as iniciativas da Igreja Católica não se chocam com as ações estatais que proporciona a institucionalização do Serviço Social. Na verdade, como aponta Netto (2009), entre as formas filantrópicas e assistenciais exercidas pelo movimento da igreja católica e a institucionalização do Serviço Social, na década de 30, coexiste uma relação de continuidade e uma relação de ruptura.

A relação de continuidade se dá pela influência da Igreja Católica através da permanência de referências ídeo-culturais instituídas pela formação que era promovida pelos Centros de Estudos ligados a Igreja, bem como, pela conservação de práticas a elas conectadas durante o processo de institucionalização do Serviço Social e mesmo quando de sua consolidação. Vale destacar que as primeiras escolas de Serviço Social ligadas a Igreja Católica irão capacitar as assistentes sociais para uma intervenção calcada na intuição e compaixão, sendo vistas ainda como ação meramente de caridade, já que o projeto de formação profissional dessas primeiras escolas desconsideravam as condições históricas que determinaram a necessidade de emergência da profissão e sua inserção na divisão social e técnica do trabalho.

Ortiz (2007, p. 163) afirma que “o que moveu os pioneiros a buscarem o Serviço Social não foi a necessidade da incorporação imediata ao mercado de trabalho, mas a vocação e o interesse pessoal em aperfeiçoar o apostolado”. Desta maneira, vai ser predominante que os primeiros assistentes sociais sejam recrutados devido ao seu militantismo católico, o que vai levar a uma tendência combinada de voluntarismo e messianismo na constituição do perfil profissional e na constituição da imagem social da profissão. Assim, a vocação será o requisito prioritário para o ingresso na profissão. “Vocação de servir ao próximo e, atitude não despida de romantismo, de despojar-se de si mesmo para servir à humanidade, que podem ser confundidas com o sentido e

²² A Ação Católica é um movimento laico que tem como missão a divulgação da doutrina da Igreja Católica em vista à reforma social. A igreja acredita que, neste momento, a sociedade foi assolada pela decadência da moral e dos costumes, devido ao liberalismo e ao socialismo, portanto, são necessárias ações por parte da Igreja e do laicato que conduzam a restauração da sociedade cristã. Assim, este movimento tinha como discurso minimizar os excessos capitalistas e investiu em promover ações de “soerguimento moral” da família operária, tratando a “questão social” como “problemas sociais”, sendo estes considerados como questão moral e religiosa (IAMAMOTO, 2008). Para enfrentar estes “problemas sociais”, procurou-se mobilizar o corpo católico em ações sociais embasadas na doutrina social do catolicismo, criando instituições assistenciais que visavam “atender e atenuar determinadas sequelas do desenvolvimento capitalista” (IAMAMOTO; CARVALHO, 2009, p. 166).

conteúdo de classe do Serviço Social” (IAMAMOTO; CARVALHO, 2009, p. 233).

Já a relação de ruptura está na profissionalização das funções que eram executadas pelos membros do movimento católico que foram recrutados pelo Estado e, posteriormente, pelo empresariado para atuar na execução dos serviços sociais. Desta maneira, eles “passam a desempenhar papéis que lhe são alocados por organismos e instâncias alheios às matrizes originais das protoformas do Serviço Social” (*Id. Ibid.*, p. 72), sendo, portanto, um rompimento com as protoformas. No entanto, como o pensamento da Igreja Católica perpassa a institucionalização do Serviço Social através da absorção dos seus agentes e da doutrina humanista-cristã, tem-se a impressão que estes agentes recrutados do apostolado católico estão realizando as mesmas atividades, porém, agora existe uma condição radicalmente nova – o assalariamento. Ou melhor, estes membros do movimento católico passam a ser agentes profissionais do Serviço Social, inserindo-se no mercado de trabalho, tendo seu espaço agora definido pela divisão social e técnica do trabalho que é determinada pelo conjunto das relações capitalistas de produção e reprodução social, como bem aponta Ortiz (2007, p. 174):

Embora continuem com a mesma visão de homem e de mundo e agindo cotidianamente com as mesmas ferramentas, o sujeito profissional passou a se inscrever em uma condição objetiva radicalmente nova: tornou-se assalariado e submetido às normas e regras institucionais, que exigem dele, não uma mudança na sua forma de pensar e agir [até porque são absolutamente compatíveis com os propósitos da ordem burguesa], mas que esta esteja adaptada às metas e resultados que a instituição pretende alcançar, os quais estão, por conseguinte, conectados a uma determinada programática, que depende da inserção do país no conjunto das relações capitalistas internacionais na fase monopolista.

Importante se faz entender essas relações na gênese da profissão para que possamos ultrapassar uma visão endógena do Serviço Social, ou seja, uma visão que não considera a historicidade do contexto social. Em síntese, podemos afirmar que o Serviço Social não surge como mero desenvolvimento das práticas filantrópicas anteriores à profissão, pois caso o contrário podesse criar a ideia ilusória de que não existe diferença entre a intervenção profissional do assistente social de qualquer outra intervenção nas expressões da questão social, eliminando-se a relação entre a origem da profissão, as relações de produção e reprodução na ordem do capital, o Estado e as atividades filantrópicas que antecedem à profissão. Isto é, ao considerar que existe apenas continuidade entre a filantropia exercida pela Igreja e a origem do Serviço Social cai-se no equívoco de pensar a profissão através de uma perspectiva que reafirma o ideário da ajuda na intervenção profissional e que descola a origem da profissão da dinâmica conjuntural e estrutural da sociedade capitalista.

Assim, reafirmo aqui que a institucionalização do Serviço Social diz respeito a uma

conjuntura histórica específica – a ordem monopólica²³ - geradora da intensificação do conflito de classes em que há a refuncionalização do papel do Estado para responder e enfrentar as refrações da questão social através de ações de integração e controle enquanto promotoras de consenso e isso se dará por alguns mecanismos em que o Serviço Social tem papel significativo nestas ações.

Posto isso, podemos depreender que o Serviço Social será um dos mecanismos da classe dominante para exercer o seu poder na sociedade, sendo “um dos elementos que participa da reprodução das relações de classes e do relacionamento contraditório entre elas” (IAMAMOTO, 2009, p. 71).

Para a Igreja Católica o Serviço Social vai aparecer como uma alternativa para fortalecer as suas atividades de apostolado social em um contexto de transformações sociais e políticas em que a igreja vinha perdendo poder, deixando de ser uma força ideológica mundial para ser uma força subalterna (IAMAMOTO, 2008). Importante ressaltar aqui que a busca da Igreja Católica por maior influência na sociedade brasileira implicou na retomada de ideias que remontam ao passado, onde os valores e a organização da Idade Média são recuperados. Ou seja, serão propagadas as ideias do cristianismo e os valores medievais, buscando recuperar a ligação do homem com Deus a fim de restaurar os interesses e privilégios da Igreja Católica.

Guedes e Lacerda (2006) explica que a retomada de preceitos ligados ao período medieval, em que Deus é o principal condutor da vida em sociedade, pode ser identificada como expressões do conservadorismo romântico ou tradicional. Ainda define que as ideias conservadoras românticas ou tradicionais podem ser entendidas como um contramovimento a revolução burguesa e ao pensamento moderno veiculado pela racionalidade iluminista. Isto significa que o pensamento conservador tradicional vai contra a razão individual, pois, no entendimento dos conservadores, esta coloca o ‘eu’ como absoluto e se afasta de Deus.

Na verdade, os conservadores tradicionais partem de uma perspectiva restauradora onde desejam recuperar os privilégios perdidos com a ascensão da burguesia e por isso se posicionam contra a revolução burguesa. Conforme aponta Machado (1997), esta perspectiva aceita o desenvolvimento capitalista desde que se mantenham as instituições pré-capitalistas, ou seja, que se mantenha “o privilégio da família, as corporações, o protagonismo público-temporal da Igreja, a hierarquia social cristalizada, etc” (Idem, p. 50), sendo, por isto, denominados de anticapitalistas

²³ Acerca deste contexto histórico específico, Netto (2009, p. 73-74) explica: “É somente na ordem societária comandada pelo monopólio que se gestam as condições histórico-sociais para que, na divisão social (e técnica) do trabalho, constitua-se espaço em que se possam mover práticas profissionais como as do assistente social. A profissionalização do Serviço Social não se relaciona decisivamente à ‘evolução da ajuda’, à ‘racionalização da filantropia’ nem à ‘organização da caridade’; vincula-se à dinâmica da ordem monopólica. [...] A emergência profissional do Serviço Social é, em termos histórico-universais, uma variável da idade do monopólio; enquanto profissão, o Serviço Social é indivorciável da ordem monopólica – ela cria e funda a profissionalização do Serviço Social”.

românticos.

Considerando suas devidas particularidades, podemos afirmar que este caráter anticapitalista romântico vai comparecer na tendência conservadora católica brasileira. Esta irá seguir as orientações gerais do Papa e reagirá, por razões diferenciadas, as perspectivas positivista, liberal e socialista. Coloca-se contra a qualquer movimento de rebeldia às autoridades constituídas²⁴ e a favor de uma sociedade hierarquizada pela igreja, família, Estado e associações, onde o fortalecimento da família é colocado como primordial. Importante se faz observar que no período em questão, onde as relações capitalistas estão cada vez mais desenvolvidas, a família deixou de ser o núcleo básico da sociedade, “visto que a sociedade não se estrutura mais em função de famílias, mas em função da troca mercantil e da propriedade privada capitalista, do trabalho assalariado e do capital – em uma palavra, das relações de classe” (CRESS, 2004, p. 49). No entanto, a perspectiva conservadora romântica da Igreja vai resgatar e idealizar a família e a comunidade a partir das relações que ordenaram o conjunto da vida social no passado, sem levar em consideração que historicamente estas relações foram redimensionadas pela sociedade capitalista. Desta maneira, as relações do passado é que são as lentes usadas para se ler o presente pela perspectiva conservadora da Igreja Católica.

No que tange a profissão, podemos afirmar que é na órbita desse universo teórico que nasce e desenvolve o Serviço Social onde a Igreja Católica responsável pela formação dos primeiros assistentes sociais recuperou o conservadorismo tradicional, principalmente expressos nas obras neotomistas, adotando nas primeiras escolas de Serviço Social uma matriz filosófica referenciada nas produções franco-belga neotomista e nas Encíclicas papais, principalmente, a *Rerum Novarum* e *Quadragesimo Anno*. As obras neotomistas de cunho conservador tradicional irão fazer parte da formação profissional, principalmente, até a década de 1960, mas atravessará o Serviço Social ao longo das décadas e se conjugará com outras correntes de cunho conservador, tais como, as vertentes do positivismo e a fenomenologia, marcando a imagem profissional até os dias atuais²⁵.

No que concerne a denominação neotomismo cabe aqui esclarecer que este foi um movimento empreendido pela Igreja em que se buscou recuperar a filosofia expressada no século XII por Santo Tomás de Aquino²⁶. Apesar da heterogeneidade presente neste movimento, o

²⁴ Na verdade, as ações doutrinárias e organizativas do movimento católico tinham como objetivo frear as manifestações do movimento operário e afastá-lo das influências comunistas que apareceram como ameaça a ordem neste período, sendo, portanto, compatíveis com o projeto reformista-conservador do Estado brasileiro.

²⁵ Neste estudo trataremos como as marcas conservadoras vão se reatualizando na profissão, em meio aos projetos societários conservadores, apresentando desafios para o Projeto Profissional Crítico do Serviço Social na atualidade.

²⁶ Sobre a origem do Tomismo e seu renascimento – neotomismo, Aguiar (1995, p. 39-40) destaca: “O neotomismo consiste numa retomada da filosofia expressa por Santo Tomás de Aquino, no século XII. A filosofia de Santo Tomás, a partir deste século, marcará por muito tempo a história da filosofia e do homem. Terá o seu apogeu e irradiará a sua luz por um longo período. No século XVIII, a filosofia tomista – apesar de uns poucos filósofos continuarem a ensinar a doutrina do filósofo dominicano – podemos dizer, está esquecida. Ela começa a ser retomada com toda força no final do

neotomismo vai questionar a prioridade do uso da razão moderna para explicar e conduzir a sociedade, bem como, defender que os indivíduos possuem uma tendência a “perfectibilidade” e a bondade, pois é a imagem e semelhança de Deus. Assim, o neotomismo é um pensamento filosófico de base teológica e seus fundamentos e valores só encontram sentido dentro de uma lógica que supõe a aceitação de alguns princípios absolutos: “a existência de Deus, de uma essência humana predeterminada à história e de uma ordem universal eterna e imutável, cuja ordenação e hierarquia se reproduzem socialmente nas diferentes funções exercidas por cada ser, em relação à natureza e as suas potencialidades” (BARROCO, 2012, p. 44).

Desta forma, os princípios e valores afirmados pelo pensamento neotomista parte de princípios metafísicos a partir de fundamentos a-históricos, donde o homem, a ética e os valores são subordinados às leis divinas levando a uma concepção essencialista, que concebe a existência de uma essência humana transcendente à história, que fornece valores a todos os seres humanos. Neste sentido, os valores vão adquirir um conteúdo universal abstrato, pois são pertencentes à natureza humana que emana de Deus. Acerca disto Barroco (2012) explica que os valores da “autodeterminação da pessoa humana”, do “bem comum”, da “perfectibilidade” e da “justiça social” são separados de suas particularidades e das determinações históricas, assim, estes valores se referem a uma concepção de humano genérico que não se vincula com o indivíduo social em sua história concreta. Considerando isto, os valores aparecem em uma sociedade em que as contradições, a luta de classes e os conflitos não são entendidos como parte integrante dela. Isto significa que a idealização desta sociedade harmônica somente pode conviver com a idealização de valores que fazem referência a todos os homens como se não existissem diferenças na objetivação do “bem comum”, da “justiça social”, e nos outros valores neotomistas.

Um dos principais expoentes do neotomismo no mundo e no Brasil - que influenciou o Serviço Social brasileiro - foi Jacques Maritain²⁷. Este, como conservador tradicional, se opôs ao pensamento moderno, pois acreditava que as ideias modernas eram responsáveis pelo rompimento da ligação do homem com a “ordem superior”, o que levaria ao distanciamento do cristianismo e rompia com o modelo de comunhão medieval (GUEDES; LACERDA, 2006). É importante destacar que existe um elemento utópico neste pensamento anti-capitalista romântico, já que devemos considerar que há uma irreversibilidade das transformações que o desenvolvimento capitalista moderno impõe às instituições sociais, onde os papéis sócio-históricos da burguesia, da Igreja e do Estado se alteraram.

Partindo da linha argumentativa de Ortiz (2007), Maritain retomou fortemente em suas

século XIX, tendo a sua presença atuante nas primeiras décadas do século XX”.

²⁷ Cf. Aguiar (1995).

obras os princípios neotomistas referentes à “perfectibilidade humana”, a “dignidade humana” e o “bem comum”. Princípios estes que irão direcionar o projeto profissional dos primeiros assistentes sociais e servirá durante muito tempo como suporte doutrinário dentro da profissão que justifica intervenções profissionais de cunho moralizador. Acerca destes princípios do pensamento neotomista veiculados por Maritain, Ortiz (2007, p.132) esclarece:

O pensamento neotomista reconhece que o homem é um ser dotado de razão, o que lhe permite refletir sobre seus atos e superar suas limitações. Assim, deverá o homem dominar seus instintos e paixões para viver em sociedade com os outros homens, colaborando para a construção do bem comum; caso contrário, deverá este homem se submeter a um tratamento capaz de devolvê-lo a serenidade e a tendência de progresso e perfectibilidade.

Ortiz (2007) analisa que esta perspectiva defende que o homem enquanto ser dotado de razão é o único responsável por suas escolhas e atos. E justifica de forma complementar que este homem é concebido como possuidor de qualidades que lhe são inatas, ou seja, os homens tendem a perfectibilidade, possui na sua natureza a necessidade de progredir. Essa tendência à bondade guiará o homem para a integridade da vida nas dimensões materiais e espirituais. Isto quer dizer que o homem tem consciência²⁸ e responsabilidade por seus atos e devido as suas qualidades naturais ele buscará o progresso.

Desta forma, os assistentes sociais formados e orientados essencialmente por esta perspectiva irá responsabilizar os homens por suas condições de vida, descolando-os da sua inserção histórica e, ao mesmo tempo, culpabilizando-os por seus fracassos ao defender a sua perfectibilidade. Isto é, o homem, segundo os princípios neotomistas, está sempre em rumo à perfeição e ao progresso, sendo estes traços da natureza humana; aqueles homens que não alcançam o progresso e a perfeição devem se submeter a um tratamento que seja capaz de fazê-lo. Assim, “a reforma moral, portanto, comportamental, faz parte do processo de adequação e ajustamento do homem à sua verdadeira naturalidade e destino” (Ortiz, p. 132).

A reforma moral e comportamental será preconizada ao homem que necessita de ajuda quando está exposto a condições desfavoráveis que impedem que ele chegue ao processo de perfectibilidade. É neste ponto que entra a filantropia e o bem comum, onde se prega a proteção e a moralização destes sujeitos. Para o cumprimento destas funções será necessária a intervenção do Estado, sendo esta autoridade derivada de Deus, já que será estabelecida para o alcance do “bem comum”, conforme aponta Aguiar (1995, p. 43):

Santo Tomás mostra que existem três espécies de leis que dirigem a comunidade ao bem-

²⁸ A consciência referida nesta teoria está relacionada ao recebimento de uma inspiração de Deus, ignorando-se o potencial do homem de alcançar a consciência de si e de classe.

comum: a lei natural, a lei humana e a lei divina. Por decorrência da natureza humana, o homem, por ser um animal social é um “animal político”, logo, para que haja o bem-comum é necessário o Estado. Estado supõe autoridade. E toda forma de autoridade deriva de Deus, respeitá-la é respeitar a Deus; toda forma de governo, desde que garanta os direitos da pessoa e o bem-estar da comunidade é boa...

A partir da assertiva acima, podemos afirmar que a teoria neotomista tenta eliminar qualquer conflito entre a Igreja e o Estado. Ou seja, a ideologia do bem comum vai naturalizar²⁹ as diferenças entre as classes ao considerá-las como de origem divina, servindo como justificativas para o projeto social reformista-conservador do Estado que busca manter o consenso entre as classes. Assim, o papel do Estado e da Igreja é o de buscar uma harmonia entre as classes. Pode-se dizer, portanto, que o conservadorismo doutrinário da Igreja surgirá em contraposição ao pensamento liberal, mas terá como elemento comum a este a afirmação da sociedade burguesa. Desta forma, haverá um compartilhamento entre Igreja Católica e Estado na atuação diante da questão social, conforme explicita Iamamoto (2008):

Para a Igreja, “questão social”, antes de ser econômica-política, é uma questão moral e religiosa. A sociedade é tida como um todo unificado, através de conexões orgânicas existente entre seus elementos, que se sedimentam pelas suas tradições, dogmas e princípios morais, de que a Igreja é depositária. Deus é a fonte de toda a justiça, e apenas uma sociedade baseada nos princípios cristãos pode realizar a justiça social. A intervenção do Estado na “questão social” é legítima, já que este deve servir ao bem comum. O Estado deve assim preservar e regular a propriedade privada, impor limites legais aos excessos da exploração da força de trabalho e, ainda, tutelar os direitos de cada um, especialmente do que necessitam de amparo. Mas o Estado não pode negar a independência da sociedade civil. Entre ele e os indivíduos existem os grupos sociais “naturais” (a família, a corporação, a nação etc), organismos autônomos, mais que mera soma de indivíduos que limitam a ação dominante do Estado. A Igreja deve compartilhar com este a atuação diante da “questão social”, na tarefa de recristianização da sociedade através de grupos sociais básicos, especialmente a família. Impõe-se uma ação doutrinária e organizativa com o objetivo de livrar o proletariado das influências da vanguarda socialista do movimento operário e harmonizar as classes em conflito a partir do comunitarismo cristão. A partir deste suporte analítico e dessa estratégia de ação, a Igreja deixa de se contrapor ao capitalismo, e passa a concebê-lo através da “terceira via”, que combate veementemente o socialismo e substitui o liberalismo pelo comunitarismo cristão.

É neste sentido que podemos identificar no projeto profissional do Serviço Social justificativas ideológicas que se fundem em compromissos sócio-políticos com o conservadorismo tradicional e que vão ser capturados pelo projeto reformista-conservador do Estado. Vale destacar que os valores conservadores são encontrados nos pressupostos da Igreja Católica e repassados aos assistentes sociais, mas também estão contidos no projeto societário e na cultura brasileira.

A condução política do país desde as primeiras décadas do século XX são perpassadas por

²⁹ Dentro desta perspectiva, as desigualdades sociais e as contradições do capitalismo vão aparecer de forma naturalizadas e impossíveis de serem modificadas. Nesse sentido, a “questão social” é desvinculada de qualquer problematização da ordem econômico-social.

correntes conservadoras positivistas, conformando, assim, um projeto social de caráter reformista-conservador. Este projeto de Estado de cunho conservador pode ser identificado com os elementos que compõe o chamado conservadorismo moderno³⁰, pois este vai se expressar a fim de manter instituições e formas de pensar presas ao passado e refuncionalizadas no presente como formas de sustentar o sistema de ideias do capital.

Como bem analisa Yamamoto (2008, p. 22), os “conservadores são assim profetas do passado” que buscam noções e ideias do passado, de forma intencional e racional, que sejam “ideologicamente válidas para responder às necessidades de explicação da própria sociedade capitalista” (*Id. Ibid.*, p. 23), servindo, portanto, como articuladores do projeto da burguesia. Isto é, a ideia conservadora pode ser entendida como “uma forma de agir e de pensar a sociedade a partir da perspectiva dessa classe” (*Ibid.*). Isto quer dizer que este projeto se fundamenta a partir de um ideário que visa garantir a manutenção da ordem capitalista e o poderio das classes dominantes. Para isso se utiliza de uma perspectiva positivista que justifica as ideias de ordem, harmonia e a integração das classes. Assim, podemos depreender que estas correntes vão influenciar nos rumos que os governos darão ao país ao longo das décadas, inclusive na entrada do país no circuito capitalista internacional e nos redimensionamentos acerca da questão social, conforme aponta Ortiz (2007, p. 141):

a influência dos ideais e das perspectivas positivistas deve ser levada em consideração como solo teórico, político e cultural para a análise dos rumos nacionais nas primeiras décadas do século XX – o redimensionamento do Estado, principalmente em face das expressões da “questão social”, bem como a entrada do país no circuito capitalista internacional, pautou-se e inspirou-se nas formulações positivistas: seu modo de entender e agir sobre a vida social.

Posto isto, retomo aqui que o Estado tentará conciliar os diversos interesses de classes, convergindo-os as finalidades do projeto reformista-conservador de orientação positivista e mesclando com os pressupostos das doutrinas da Igreja Católica, principalmente, no que concerne aos enfrentamentos da “questão social”. Em virtude disto, a justificativa da Igreja de entender o Estado como um provedor do bem comum – onde a sua autoridade é considerada como divina - e as necessidades deste Estado em atuar nas expressões da “questão social” - no intuito de conter a

³⁰ Acerca disto, Yamamoto (2008) situa o conservadorismo moderno dentro de tempo e espaço sócio-históricos muito precisos – o tempo e espaço da configuração e consolidação da sociedade burguesa capitalista -, diferindo, portanto, do tradicionalismo, este último sendo considerado como um *contramovimento* oponente histórico das tendências da ilustração. Além disso, Yamamoto (2008) aponta que o pensamento conservador moderno vai se sustentar de idéias constitutivas da herança intelectual européia do século XIX e reinterpretá-las ao longo do tempo a fim de criar explicações e fortalecer projetos de ação que favoreçam a ordem capitalista. É uma corrente contrária aos pensamentos universalizantes, e, por conseguinte, não chegam à riqueza de mediações que são inerentes aos fenômenos da realidade. Essa perspectiva busca uma forma de manter os ideais já instituídos através de uma roupagem que escamoteia as contradições. Para saber mais sobre o conservadorismo, conferir MACHADO (1997).

classe trabalhadora - serão conciliadas.

Em suma, a ideologia da Igreja Católica será capturada e instrumentalizada pelo projeto conservador do Estado, sendo dinamizada para o tratamento das expressões da “questão social”, onde as bases de fundamentação católicas de valores morais e religiosos são compatíveis com as finalidades do Estado de manutenção da ordem capitalista. Dentro deste contexto, o assistente social proveniente de uma perspectiva conservadora visará mudanças nas relações sociais e no comportamento individual, mas no sentido de *conservar* a ordem social burguesa e não de tensioná-la. Ou seja, suas ações são de cunho *reformista*, não contribuindo para a transformação social. Assim, em conformidade com Iamamoto (IAMAMOTO; CARVALHO, 2009) podemos afirmar que a profissão se origina e se desenvolve em meio às ideias conservadoras³¹, incorporando as ambiguidades do reformismo conservador.

Em síntese, podemos observar que o projeto profissional dos assistentes sociais será absorvido pelo discurso doutrinário neotomista, aparentemente neutro e humanista, mas que será facilmente direcionado por sua inserção objetiva nos contratos estabelecidos com o Estado e com o empresariado. Assim, estes profissionais serão requisitados, em um determinado momento histórico do capitalismo, para a viabilização de ações de cunho material, mas, principalmente, terá um importante papel em atividades de cunho educativo para a difusão das ideologias das classes dominantes e ao enquadramento dos sujeitos à sociedade capitalista vigente.

À guisa de compreensão acerca da dimensão educativa que os assistentes sociais assumem nas intervenções profissionais a partir da constituição do Serviço Social até os dias de hoje, vale nos determos nos posicionamentos de Abreu (2008), advindos de sua tese de doutorado. Para esta autora a prática do assistente social pode ser dividida em três perfis pedagógicos³² – da “ajuda”, da “participação” e da construção de uma “pedagogia emancipatória pelas classes subalternizadas” –, os quais ela considera, reportando a Gramsci, como formas de inserção profissional nos processos de organização da cultura, sendo esta dimensão parte de todos os projetos profissionais dos assistentes sociais.

Para Abreu (2008), os assistentes sociais - ao terem a sua intervenção demandada pelo Estado e pelas classes dominantes no enfrentamento das expressões da questão social - passarão a exercer uma função pedagógica que irá se materializar “por meio dos efeitos da ação profissional na maneira de pensar e agir dos sujeitos envolvidos nos processos da prática (*Id. Ibid.*, p.17)”. Sendo

³¹ O Serviço Social receberá as influências do conservadorismo, onde a moralização “não é dada como possibilidade, apenas na formação profissional, mas, também, na socialização primária, em que ocorre a internalização de valores, normas de conduta e deveres, ou seja, na formação moral dos indivíduos sociais” (BARROCO, 2008, p. 75).

³² Estes três aspectos pedagógicos levantados pela autora serão trabalhados ao longo deste estudo de acordo com o desenvolvimento dos projetos profissionais do Serviço Social e seus determinantes sócio-históricos.

assim, além de ações materiais, os assistentes sociais assumem uma forma de ação ideológica que vai incidir sobre a organização da cultura, sendo, portanto, elemento constitutivo da dimensão político-ideológica das relações de hegemonia.

Considerando o exposto, Abreu (2008) vai demarcar algumas tendências na conformação sócio-histórica da profissão, que como bem aponta a autora, não “expressam modelos ou recortes acabados que se sucedem na história da profissão, mas indicam tendências em construção/reconstrução permanente, revelando os vínculos profissionais com processos contraditórios da organização da cultura” (*Id. Ibid.*, p. 38). Neste sentido, citarei a autora neste estudo para identificar esta função pedagógica dos assistentes sociais, podendo situá-la nos diferentes projetos profissionais do Serviço Social.

No período de institucionalização do Serviço Social até a década de 1950, podemos afirmar que a forma pedagógica que prevaleceu no Serviço Social, nos termos de Abreu (2008), foi a “pedagogia da ajuda”. Esta “pedagogia da ajuda” se caracteriza por oferecer um atendimento que se desenvolve com o processo de ajuda individualizada, onde as manifestações da questão social são reduzidas a um problema moral.

Como já vinha apontando neste estudo, o Serviço Social ao ser institucionalizado terá como base de formação as doutrinas da Igreja Católica e as obras neotomistas, assim, os assistentes sociais serão direcionados por um projeto profissional pautado no conservadorismo moral, ou seja, serão orientados no sentido dos interesses dominantes, sendo denominados por Carvalho (IAMAMOTO; CARVALHO, 2009) de “os modernos agentes da caridade e da justiça social”:

O controle da quase totalidade das Escolas de Serviço Social pela Igreja e a convivência no interior do bloco católico com aquelas entidades e movimentos confessionais facilitam a atração e cooptação dessas vocações. Nesse sentido aparece com destaque, e sob outro ângulo de observação, a mística que se procura criar entorno da profissão: os modernos agentes da caridade e da justiça social. Essa caracterização contribui para obscurecer e dar aparência de qualidade profissionais, neutras e caridosas, a um projeto de classe. A adesão dos agentes a esse projeto, à visão de mundo das classes dominantes, é naturalizada e espiritualizada, assume a representação de utilidade social, do servir ao próximo e à humanidade, da ação desinteressada. (*Idem*, p. 233)

É neste sentido que os assistentes sociais irão tutelar os sujeitos atendidos, entendendo esta ação como um ato de humanismo, “despido de cidadania histórica e social, como necessidade natural e cristã sem ligação com a correlação de forças sociais e o confronto de classes” (*Id. Ibid.*, p. 234). Os assistentes sociais irão propagar que atuam em uma atmosfera de neutralidade profissional, afirmando que atendem todos de forma igualitária. No entanto, a sua atuação será tuteladora, baseada no ideário do desenvolvimento harmônico da sociedade, atuando na prevenção dos

“problemas sociais”³³, principalmente, através da mudança de comportamento em ações educativas morais, ou conforme Abreu (2008), exercerá o controle social através de uma “pedagogia da ajuda”, onde os sujeitos serão responsabilizados pela suas condições de vida, promovendo uma moralização das expressões da questão social.

Convém destacar que esta moralização será internalizada a partir de uma valorização seletiva de valores morais que não encontram uma realidade política concreta, onde o julgamento moral tem por base o esquecimento das bases materiais das relações sociais, conforme aponta Carvalho (IAMAMOTO; CARVALHO, 2009, p. 230-231):

Assim, as práticas sociais desenvolvidas pelos Assistentes Sociais se orientarão por uma lógica particular. Ao pretender atuar sobre a “questão social”, negarão as transformações econômicas e sociais, isto é, a ação sobre os efeitos. No entanto, essa lógica será particular também no sentido inverso. Os efeitos não conduzem a agir sobre as causas, mas sobre as percepções. A ação *educativa*, de *levantamento moral* do proletariado, a que se propõe o Serviço Social, aparece claramente como uma ação ideológica de *ajustamento* às relações sociais vigentes. Negadas as bases materiais da situação social considerada patológica, restará ao Serviço Social procurar modificar as representações que o proletariado faz de sua própria situação, levá-lo a aderir à ordem social considerada essencialmente justa, malgrado alguns excessos. A formação religiosa do Assistente Social, a experiência pessoal subjetiva da *salvação* como resolução dos problemas existenciais aparecem como elemento dinâmico do apostolado doutrinário. A ação ideológica de ajustamento às relações sociais vigentes é encoberta e englobada num projeto de recristinização, de formação moral e religiosa da população cliente.

Neste sentido, as expressões da questão social tiveram um enfrentamento moral que despolitizou os fundamentos do seu significado sócio-econômico e ídeo-político. As seqüelas da “questão social”, consideradas desajustes, receberão uma análise moralista da realidade social, onde as relações capitalistas de trabalho não serão avaliadas pelas suas contradições fundantes e sim pelas consequências morais. (BARROCO, 2008). “Nesse perspectiva, a moralização da realidade revela sua face político-ideológica e sua identidade com o projeto social conservador. Trata-se de evitar o ‘desequilíbrio’ da ‘ordem’[...]” (Id. *Ibid.*, p. 75). E, evitar o “desequilíbrio” da ordem significa combater os movimentos operários, onde “as greves, as manifestações por melhores salários, por uma legislação de proteção de trabalho, por melhores condições de vida, são vistas pelos conservadores como possibilidade de ruptura com a ordem social dada” (Id. *Ibid.*, p. 82).

Assim, o projeto profissional do Serviço Social deste período até meados da década de 1960 não contestará as bases da sociedade capitalista, contribuindo desta forma com justificativas que fortalecem a sua manutenção. Em síntese, os assistentes sociais serão requisitados pelas instituições

³³ Historicamente, as refrações da questão social foi identificada de forma simplista como “problemas sociais”, criando uma explicação sobre a pobreza, a violência, entre outras sequelas, afastada da relação de exploração do capital sobre os trabalhadores. Desta maneira, utilizo-me neste estudo o termo “problemas sociais” entre aspas, entendendo que existem outras relações e significados atrelados a este termo.

do Estado e, posteriormente, do empresariado, tendo como objetivo criar condições favoráveis para a reprodução da força de trabalho, difundir a ideologia dominante e exercer o controle social sobre o operariado, atuando de forma educativa e disciplinadora a fim de diminuir as reivindicações e instalar um consenso entre as classes. Assim, a forma de enfrentar o conflito de classes, conforme explica Barroco (2008) tem em suas determinações ético-políticas uma forma de moralismo, sustentada ideologicamente pelo conservadorismo moral.

Considerando o exposto até aqui, depreende-se que os assistentes sociais concentraram as suas intervenções em reformar o homem por dentro, onde a solução dos chamados “problemas sociais” serão considerados como problemas individuais que devem ser enfrentados por cada pessoa. Nesta medida, a questão social é despolitizada.

Importante ressaltar este aspecto porque ainda hoje encontramos movimentos dentro do Serviço Social que buscam soluções internas nos indivíduos para resolver os “problemas sociais”, instaurando uma “pedagogia da ajuda”, tais como, aqueles que defendem hoje o Serviço Social Clínico ou terapêutico³⁴, onde o assistente social tem como foco de sua intervenção atuar nos determinantes subjetivos dos indivíduos, grupos e famílias atendidas, perdendo a dimensão de totalidade da questão social.

Em suma, pode-se depreender que a teoria neotomista e as Doutrinas da Igreja Católica adotadas pelo Serviço Social brasileiro irão nutrir um posicionamento dos assistentes sociais de não questionamento da ordem vigente e ações que gerem apaziguamento dos conflitos entre os trabalhadores e os patrões através de ações educativas que perfilam uma “pedagogia da ajuda”. Assim, pode-se concluir que a Doutrina Social da Igreja e o neotomismo darão sustentação sócio-cultural e filosófica a moralização das expressões da questão social, incidindo sobre os valores e comportamentos da população atendida na perspectiva de sua integração nas relações capitalistas vigentes.

No entanto, vale destacar que estas bases de fundamentação serão importantes, mas insuficientes para acentuar os mecanismos de disciplinamento e de controle social em um contexto histórico de expansão industrial a partir da década de 40, acompanhada pela intensificação da taxa de exploração da força de trabalho e do agravamento da questão social. Desta maneira, surgirão novas demandas e uma ampliação dos espaços sócio-ocupacionais que exigirão do assistente social um redimensionamento profissional, logo, haverá modificações no perfil profissional e no projeto profissional para atender as essas novas exigências. No próximo subitem abordarei os aspectos principais deste redimensionamento profissional.

³⁴ Este assunto será abordado no item 2.6.3 do próximo capítulo.

1.2.2. A entrada das influências positivistas no Serviço Social brasileiro a partir da década de 1940

No Brasil, apesar da institucionalização do Serviço Social ter se dado na década de 1930 onde os primeiros quadros profissionais foram sendo formados, apenas na década de 1940 é que foram criadas as primeiras grandes instituições sócio-assistenciais que se conformaram em legítimos espaços de intervenção profissional. A ampliação destas instituições no Brasil e o alargamento da base de recrutamento de assistentes sociais está relacionada, como mencionado anteriormente, ao aumento da industrialização³⁵ no país e o conseqüente efeito de aprofundamento das contradições da ordem capitalista, gerando a agudização das expressões da “questão social”. Considerando o exposto, o Estado verá a necessidade de ampliar a sua atuação no enfrentamento de tais sequelas de forma institucional e particular a fim de garantir a sua legitimidade e conter os movimentos reivindicatórios da população. Acerca desta questão, Yazbek (2009a, p.9) explica que:

As exigências da reprodução social da vida de crescentes parcelas de trabalhadores empobrecidos explicitam-se em demandas por bens e serviços, pressionam, neste momento, o Estado por uma ação assistencial. Ação que emerge na sociedade brasileira como parte de um conjunto de estratégias de regulação dos processos econômicos e sociais, justificada pela necessidade de compatibilizar politicamente as questões relativas ao favorecimento da industrialização e da acumulação, ao controle social e à legitimação do sistema, com as necessidades dos que vivem do trabalho. Assim, pela criação e desenvolvimento de instituições assistenciais estatais particularmente na década de 1940, o Estado passa a intervir no processo de reprodução das relações sociais, assumindo o papel de regulador e fiador dessas relações, tanto na viabilização do processo de acumulação capitalista, como no atendimento das necessidades sociais das classes subalternas.

Nesta fase de desenvolvimento do capital serão exigidas modalidades de intervenção dos assistentes sociais mais elaboradas, pois novas demandas institucionais são colocadas à recente profissão. Desta maneira, foi necessária a reorientação da profissão, exigindo a qualificação e sistematização de seu espaço sócio-ocupacional para atender às novas configurações do desenvolvimento capitalista e, conseqüentemente, às requisições de um Estado que passou a expandir as políticas sociais (YAZBEK, 2009a). Sobre isto, Yazbek (2009b, p. 10) aponta:

A profissão amplia sua área de ação, alarga as bases sociais de seu processo de formação, assume um lugar na execução das políticas sociais emanadas do Estado e, a partir desse momento, tem seu desenvolvimento relacionado com a complexidade dos aparelhos estatais na operacionalização de Políticas Sociais. Dessa forma, gradativamente, o Estado vai impulsionando a profissionalização do assistente social e ampliando seu campo de trabalho em função das novas formas de enfrentamento da questão social.

Vale destacar que na medida em que houve a necessidade histórica da racionalização dos

³⁵ Com o contexto sócio-histórico do pós-guerra a partir de 1945, vê-se a necessidade de ampliação da industrialização brasileira devido à “privação do abastecimento, pelo mercado externo, de manufaturas, ampliando, dessa forma, o mercado interno e propiciando, conseqüentemente, a emergência de uma nova burguesia industrial” (ANDRADE, 2008, p. 273).

serviços sociais com bases técnico-científicas haverá uma demanda por novas competências dos assistentes sociais, onde o referencial doutrinário da Igreja Católica se torna insuficiente para responder a essas novas demandas postas à profissão.

Dentro do contexto abordado acima e com o desenvolvimento das escolas de Serviço Social³⁶, principalmente, a partir da década de 1940, a profissão será influenciada por um fato novo: o intercâmbio com o Serviço Social norte-americano de cunho positivista, sendo este o primeiro arsenal teórico-metodológico³⁷ que o Serviço Social se aproximou. Esta aproximação à teoria positivista foi possível em um contexto em que as instituições norte-americanas ofereceram bolsas de estudos aos assistentes sociais do Brasil³⁸. Isto se deu dentro de uma dinâmica em que há a entrada maciça do capital norte-americano nos países da América Latina em um esforço de expansão daquele país³⁹ de aumentar a sua hegemonia econômica, cultural e política sobre os países latino-americanos, mais marcadamente no período pós-guerra (ABREU, 2008). Acerca disto, Ortiz (2007, p. 93) destaca:

O intercâmbio sociocultural e técnico-científico entre os Estados Unidos e demais países “subdesenvolvidos” passou a fazer parte da agenda política destes países, materializado na concessão de bolsas de estudo e programas de qualificação da mão-de-obra, sobretudo aquela mais especializada. É nesse contexto, inclusive, que se ratifica a influência norte-americana no Serviço Social e a participação de muitos profissionais brasileiros em tais programas de aprimoramento.

³⁶ Em 1936 é fundada pelo CEAS (Centro de Estudos e Ação Social) de São Paulo a primeira escola de Serviço Social do Brasil. Esta escola foi formada a partir da necessidade de uma formação técnica especializada para a prestação de assistência. E, ainda, surgem no Rio de Janeiro em 1937 “o Instituto de Educação Familiar e Social – composto das Escolas de Serviço Social (Instituto Social) e Educação familiar – por iniciativa do Grupo de Ação Social (GAS), em 1938 a Escola Técnica de Serviço Social, por iniciativa do Juízo de Menores e, em 1940, é introduzido o curso de Preparação em Trabalho Social na Escola de Enfermagem Ana Nery (escola federal). Em 1944, a Escola de Serviço Social, como desdobramento masculino do Instituto Social” (IAMAMOTO; CARVALHO., p. 181).

³⁷ Yazbek (2009a, p.5) explica que o doutrinário e o conservadorismo não constituem teorias sociais e, em seguida, faz essa diferenciação: “a doutrina caracteriza-se por ser uma visão de mundo abrangente fundada na fé em dogmas. Constitui-se de um conjunto de princípios e crenças que servem como suporte a um sistema religioso, filosófico, político, entre outros. O conservadorismo como forma de pensamento e experiência prática é resultado de um contramovimento aos avanços da modernidade, e nesse sentido, suas reações são restauradoras e preservadoras, particularmente da ordem capitalista. A teoria social por sua vez constitui conjunto explicativo totalizante, ontológico, e, portanto organicamente vinculado ao pensamento filosófico, acerca do ser social na sociedade burguesa, e a seu processo de constituição e de reprodução. A teoria reproduz conceitualmente o real, é, portanto, construção intelectual que proporciona explicações aproximadas da realidade e, assim sendo, supõe uma forma de autoconstituição, um padrão de elaboração: o método. Neste sentido, cada teoria social é um método de abordar o real. O método é, pois a trajetória teórica, o movimento teórico que se observa na explicação sobre o ser social”.

³⁸ “O marco dessa relação está situado no Congresso Interamericano de Serviço Social, realizado em 1941, em Atlantic City (USA), evento que estabeleceu laços estreitos entre as principais escolas de Serviço Social brasileiras e as grandes instituições, escolas e programas continentais de bem-estar social norte-americanos” (ANDRADE, 2008, p. 8).

³⁹ Sobre o movimento expansionista desencadeado pelos Estados Unidos junto aos países latino-americanos a fim de organização da sua hegemonia, Abreu (2008) destaca que foram criados diversos organismos internacionais, dentre os quais o Tratado Inter-Americano de Assistência Recíproca, em 1947, que instaura as bases militares do referido movimento e confere o suporte estratégico para a criação da Organização dos Estados Americanos (OEA). Estes organismos “são as principais instâncias de mediação dos nexos e compromissos da crescente dependência latino-americana ao domínio econômico e político da potência norte-americana” (CASTRO, 1984 apud ABREU, 2008, p. 85).

Assim, foram articulados ao discurso doutrinário humanista-cristão os princípios da teoria positivista das Ciências Sociais, que contribuíram para o projeto reformista-conservador do Estado e conformou um novo projeto profissional para o Serviço Social. Partindo da linha argumentativa de Yamamoto (IAMAMOTO, 2008, p. 21), “esse arranjo teórico-doutrinário oferece ao profissional um suporte técnico-científico, ao mesmo tempo em que preserva o caráter de uma profissão ‘especial’, voltada para os elevados ideais de *serviço ao Homem*”. Sobre esta nova articulação aponta Aguiar (1995, p. 58):

Na segunda metade da década de 40 e no início da de 50, constatamos a presença da filosofia tomista aliada às técnicas norte-americanas. Nesse período não haverá ruptura radical da ideologia católica, pelo contrário haverá uma convivência das duas posições: o Serviço Social permanece na base dos princípios católicos e neotomistas, inclusive via Estados Unidos e ao mesmo tempo incorpora as técnicas norte-americanas.

Yazbek (2009a, p.7) explica que a corrente de pensamento positivista⁴⁰ não ultrapassa a aparência dos fenômenos que compõe a totalidade social, ficando restrita ao plano do imediato, das relações imediatas e na fragmentação da totalidade. O positivismo se “restringe a visão de teoria ao âmbito do verificável, da experimentação e da fragmentação. Não aponta para mudanças, senão dentro da ordem estabelecida, voltando-se antes para ajustes e conservação” (*Id. Ibid.*, p. 6). Em outras palavras, o positivismo se vincula ao desenvolvimento do capitalismo, sendo uma teoria que visa à manutenção da ordem e aponta a realidade como uma fatalidade, supondo que aquela é independente das ações do homem e tem seu desenvolvimento próprio. Nesta perspectiva teórica os fatores econômicos são eliminados da análise da realidade e há uma naturalização dos fatos sociais e a sua fragmentação, eliminando-se a relação entre eles. Conforme explica Yazbek (2009, p. 6):

Este horizonte analítico aborda as relações sociais dos indivíduos no plano de suas vivências imediatas, como fatos, como dados, que se apresentam em sua objetividade e imediaticidade. O método positivista trabalha com as relações aparentes dos fatos, evolui dentro do já contido e busca a regularidade, as abstrações e as relações invariáveis.

Os preceitos positivistas, tais como, a imediaticidade, a análise presa a aparência dos fatos e a apreensão manipuladora e instrumental do ser social vão perpassar a forma como os assistentes sociais vão entender as relações estabelecidas com as classes dominadas. Acerca desta questão, Yazbek (2009a) explicita que esta perspectiva absorvida pelo Serviço Social em sua orientação funcionalista irá configurar para a profissão

⁴⁰ O positivismo foi elaborado por August Comte, mas é a partir de Émile Durkheim que esta corrente de pensamento se torna a base da sociologia e adentra as ciências sociais.

propostas de trabalho ajustadoras e um perfil manipulatório, voltado para o aperfeiçoamento dos instrumentos e técnicas para a intervenção, com as metodologias de ação, com a ‘busca de padrões de eficiência, sofisticação de modelos de análise, diagnóstico e planejamento; enfim, uma tecnificação da ação profissional que é acompanhada de uma crescente burocratização das atividades institucionais’ (YAZBEK, 1984 apud Yazbek, 2009a, p. 7).

Da assertiva acima, extrai-se que serão adotados na intervenção profissional do assistente social métodos compostos por fases de estudo, diagnóstico e tratamento que irão alterar as intervenções profissionais dos assistentes sociais. Posto isto, podemos identificar que nas determinações sócio-históricas e teórico-políticas da institucionalização do Serviço Social na década de 1930 e, mais profundamente, a partir da década de 1940 com as influências norte-americanas e a necessidade de reformular respostas aos conflitos de classes, haverá o desenvolvimento de ações educativas de cunho psicossocial, aprofundando a função educativa do assistente social que Abreu (2008) denominou de “pedagogia da ajuda”.

O desenvolvimento do processo de “ajuda” psicossocial individualizada no Serviço Social reduzirá a “questão social” as suas manifestações à esfera individual. Isto significa que o indivíduo será colocado como o problema e a realidade vivida por ele será problematizada conforme a sua personalidade, constituindo-se, desta forma, um problema moral. Estas ideias justificarão uma atuação profissional de cunho moralizador voltada para atender aos fins de reforma moral e da reintegração social (ABREU, 2008).

Dentro deste contexto, vale destacar que os assistentes sociais através das influências norte-americanas buscaram uma base tecnicista para a sua formação e isso se deu através da aplicação dos métodos de Serviço Social de caso, de grupo e de organização de comunidade. Uma importante referência norte-americana que influenciou o projeto profissional do Serviço Social brasileiro no período em questão foi a obra *Diagnóstico Social* de Mary Richmond de 1917. Este referencial aparece também marcado por referências da psicologia. Richmond compôs a primeira obra teórica da profissão que buscou sistematizar e racionalizar as tarefas inerentes aos processos de diagnóstico e de tratamento, contribuindo decisivamente para a “função pedagógica” do assistente social de “ajuda” psicossocial individualizada, conforme aponta Abreu (2008, p. 87):

As formulações de Mary Richmond em *Diagnóstico Social* (1950), revelam elementos substanciais da função pedagógica do assistente social vinculada às estratégias de reforma moral e reintegração social, na medida em que o referido estudo centra-se no aperfeiçoamento de procedimentos e instrumentos pedagógicos – inquérito, observação, entrevista, visita domiciliar e as fontes de informação – utilizados no processo de elaboração do diagnóstico sobre a situação social e a personalidade do indivíduo considerado necessitado, condição básica para a intervenção – desenvolvimento do processo de “ajuda” psicossocial individualizada, em sentido estrito.

É neste sentido que pode-se afirmar que os assistentes sociais irão priorizar os componentes individuais e subjetivos da “questão social” em prejuízo das suas expressões materiais e coletivas. Com isso, desloca para o âmbito do psicológico aquilo que é expressão da contradição entre as classes, bem como, reforça as ideias colaboracionistas entre capitalistas e trabalhadores.

No desenvolvimento do Serviço Social de Caso foram ligadas as técnicas aos princípios cristãos, onde o assistente social possui uma competência técnica e poder institucional para decodificar e selecionar situações e indivíduos que se habilitam para acessar os serviços ou auxílios. Assim, neste contato com os “clientes” o assistente social viabiliza o auxílio material e estabelece uma relação de “ajuda” ao “cliente”, enquadrando-os nos padrões morais de sociabilidade determinados pela ordem do capital.

No que tange ao método de Serviço Social de Grupo podemos observar que este tinha o mesmo objetivo do método de caso, ou seja, visava fortalecer a personalidade individual através da ênfase dada à capacidade de liderança, à tomada de decisão e ao aspecto psicossocial, conformando também uma perspectiva educativa de “ajuda”, conforme Abreu (2008). As bases desse método de grupo é ligada aos movimentos de auto-ajuda, tendo um enfoque terapêutico e disciplinador, o que facilitava o processo de integração e adaptação dos indivíduos. A estruturação científica do Serviço Social de grupo se fundamentava nas teorias sociológicas positivistas (Durkheim, Weber, Simmel), nas de Psicologia Social, mas também, nos estudos da Pedagogia em função do seu caráter formativo (ANDRADE, 2008, p. 283).

O Serviço Social de Comunidade apresenta características semelhantes aos dois processos anteriores descritos, onde a influência do Serviço Social norte-americano de ajustamento social é marcante. Este método se volta para a comunidade e estará vinculado a ideologia desenvolvimentista no país, desdobrando-se no método denominado de Desenvolvimento de Comunidade (DC)⁴¹ na década de 1950.

É nesse sentido que nos moldes conservadores do positivismo, do neotomismo e da psicologia que o projeto profissional do Serviço Social se volta para um tratamento moral dos conflitos e das contradições sociais, onde a educação moral é vista como ação superadora da “desordem” e promotora de uma coesão social. A educação moral, fundada em princípios e valores tradicionais em que se recupera a defesa da família nos moldes tradicionais, volta-se, principalmente, para a formação de uma moralidade feminina, onde a mulher é considerada como o esteio moral da família. Considerando o exposto, o projeto profissional dos assistentes sociais, que se pauta pelos valores e teorias conservadoras aliadas ao tecnicismo mencionadas neste subitem, intervirá, principalmente, sobre as mulheres e as crianças. Isto é, este projeto profissional ao ser

⁴¹ Este assunto será melhor desenvolvido no próximo item.

permeado pelo pensamento conservador dará ênfase à família e a mulher. A mulher será considerada como responsável por manter o núcleo familiar “ajustado”, devido as suas qualidades “natas”, onde é considerada possuidora de “virtudes” que lhes conferem o papel de cuidadoras, caridosas e responsáveis pela educação moral dos filhos, sendo, portanto, peça chave para receber a educação moral e manter a família em “harmonia” (BARROCO, 2008).

Em suma, como assinalado nos subitem anterior, no pensamento conservador a família é colocada como preocupação central para se conseguir a “harmonia social”, sendo considerada como a base moral da sociedade, onde os valores dos indivíduos são formados. Assim, a família é uma instituição que será usada para a reprodução da ideologia capitalista, pois transmite valores que são legitimados culturalmente. Neste sentido, Ortiz (2007, p. 55) analisa que a atuação profissional dos assistentes sociais se voltará para as famílias consideradas “desestruturadas”, ou seja, aquelas famílias em que a educação moral havia falhado e por isso se encontravam “desajustadas”.

Tomando como referência a família católica e burguesa, cabe à família zelar pela educação e pela sedimentação do caráter de seus entes; uma vez não conseguindo cumprir tais funções, considera-se a família como “desestruturada” e diretamente responsável pela existência dos “problemas sociais”. Assim, se de um lado, os assistentes sociais tendiam a considerar uma família “desestruturada” – esta entendida como objeto da intervenção profissional – quando esta se configurava diferentemente do conhecido núcleo familiar burguês [composto por pai, mãe e filhos], como por exemplo: famílias em que os pais eram separados; ou as mães eram solteiras ou trabalhadoras; ou os pais eram desconhecidos; ou supostamente irresponsáveis quanto à educação moral de seus descendentes.

Assim, podemos afirmar que neste projeto profissional conservador, a ação profissional terá como direção social eliminar os “desajustes sociais” por meio de intervenções moralizadoras de cunho individualizado, onde se privilegia a mudança de comportamentos dos indivíduos atendidos. Isto é, as expressões da questão social serão tratadas como “problemas sociais” transfigurados em problemas pessoais de ordem moral, eliminando-se a contradição da sociedade capitalista como já foi exposto ao longo deste estudo.

À guisa de ilustração, podemos nos reter nas descrições de Carvalho (IAMAMOTO; CARVALHO, 2009) sobre a intervenção do assistente social nas primeiras grandes instituições de assistência em São Paulo e no Rio de Janeiro que tinham como finalidades profissionais prevenir a “desorganização” e “decadência” das famílias, como expresso na passagem a seguir em que o autor explica a intervenção profissional dos assistentes sociais dos Centros Familiares organizados pelo Centro de Estudos e Assistência Social de São Paulo - CEAS⁴², considerada como modelo para

⁴² O Centro de Estudo e Ação Social de São Paulo (CEAS) foi criado em 1932 com o objetivo de promover as obras de filantropia vinculadas às classes dominantes. Tinha como objetivo promover cursos para a formação de seus membros acerca da doutrina social da igreja e "fundamentar sua ação nessa formação doutrinária e no conhecimento aprofundado dos problemas sociais, visando tornar mais eficiente a atuação das trabalhadoras sociais e adotar uma orientação definida em relação aos problemas a resolver, favorecendo a coordenação de esforços dispersos nas diferentes

outras instituições:

Os Centros Familiares organizados pelo CEAS a partir de convênio com o Departamento de Serviço Social do Estado, que funcionam a partir de 1940 em bairros operários e que se deveriam constituir em modelo de prática de Serviço Social, não fugiram a essa caracterização. Sua finalidade seria a de “separar as famílias das classes proletárias, prevenindo sua desorganização e decadência e procurando elevar seu nível econômico e cultural por meio de serviços de assistência e educação”. Nesses Centros manterão serviços diversos, como plantão para atendimento de interessados, visitas domiciliares, bibliotecas infantis, reuniões educativas para adultos, curso primário “para proteger as crianças cujas mães são obrigadas a trabalhar fora”, cursos de formação familiar (moral e formação doméstica para o lar), restaurante para operários etc. O tratamento de casos será basicamente feito através de encaminhamentos, colocação de empregos, abrigo provisório para necessitados, regularização da situação legal da família (casamento) etc, e fichário dos assistidos.

De forma geral, as atividades dos assistentes sociais serão semelhantes nas demais instituições que formavam o campo profissional, podendo destacar a inserção em creches, abrigos, maternidades, escolas primárias e nas vilas operárias. Nestes espaços sócio-ocupacionais, os assistentes sociais atuavam na ações de cunho educativo como a “formação moral para o lar”, nos cursos de formação profissional, na organização de lazeres educativos, nos serviços médicos e serviços de casos individuais, nos restaurantes populares. Além de uma atuação significativa em São Paulo como comissário de “menores” no setor de abrigo e triagem; no campo da assistência judiciária com a finalidade de “reajustar” os indivíduos ou famílias; nos serviços de pesquisa social e de plantão.

Pode-se observar que nestes espaços de trabalho as demandas por direitos sociais são transformadas em “patologias”, a moral é transformada em moralismo, o que leva a uma ação profissional preconceituosa que nega todo o seu discurso humanitário. Isto é, as intervenções profissionais contribuem para a reprodução de mecanismos de dominação ideológica⁴³ e para a alienação moral (BARROCO, 2008), inserindo-se de forma fragmentada nas esferas que constituem o ser social, psicologizando as demandas e colaborando para aumentar o domínio sobre a vida cotidiana dos trabalhadores.

Assim, a intervenção profissional é conectada com estratégias e mecanismos sociopolíticos, culturais e institucionais, que são necessários para enquadrar a reprodução social aos padrões atividades e obras de caráter social (IAMAMOTO; CARVALHO, 2009, p. 169). Para tanto, o CEAS promoveu o “Curso Intensivo de Formação Social para Moças” ministrado pela Mlle. Adèle Loneaux da Escola de Serviço Social de Bruxelas. Vale destacar que o CEAS criou a primeira Escola de Serviço Social em 1936 em São Paulo.

⁴³ “Cabe notar, assim, que o *esclarecimento dos direitos* se faz acompanhar da explicitação dos *deveres* da população-cliente em relação às instituições ou programas, e das normas e canais que deverão ser utilizados. A ação do esmorecimento constitui um primeiro passo na integração daquela *clientela* aos aparatos institucionais através dos quais se exerce um controle social. A ação esclarecedora e integrativa se acopla uma ação ideológica e normativa relativa à maneira de a clientela encarar o mundo, na medida em que se deixa de ver o conjunto de problemas de que a população-cliente é portadora enquanto fenômeno social, para enxergá-los, essencialmente, sob a ótica do histórico individual e familiar de cada ‘paciente’” (IAMAMOTO; CARVALHO, 2009, p. 316).

morais de sociabilidade e do controle político sobre a classe dominada. O princípio educativo fundador destas funções podem ser traduzidas na necessidade de estabelecer um conformismo social na sociedade brasileira, buscando neutralizar as manifestações da classe dominada em defesa de seus interesses. O resultado disso tudo é a produção de uma sociabilidade em que se fortalece um modo de vida em sociedade apropriado ao capital de acordo com as suas exigências de reprodução.

Carvalho (*Id. Ibid*) destaca também que serão desempenhadas outras atividades de controle do “fator humano de produção”, tais como, seleção profissional, prevenção de acidentes, vigilância sobre a saúde dos trabalhadores, vigilância sanitária e assistência às gestantes e nutrizes. Todas as atividades serão de cunho policialesco e educativo, ou seja, terão como objetivo fiscalizar se os trabalhadores estão cometendo alguma infração, criar ações que diminuam o absenteísmo, verificar estado de conservação das casas e padrões de higiene, criar ações que minimizem as doenças, preservando assim a saúde das operárias para melhor rendimento no processo produtivo, bem como diminuir o tempo gasto com as amamentações, e atuar sobre a formação moral através dos cursos, incidindo sobre os comportamentos e condutas dos indivíduos e das famílias.

Os instrumentos e técnicas prevalentes são as visitas domiciliares, as entrevistas (seleção, triagem e aconselhamento moral), os encaminhamentos para os serviços da comunidade e para as reuniões de formação moral, com base no Serviço Social de casos individuais, de grupo e de comunidade. Atuando também na concessão dos benefícios⁴⁴ da recente legislação trabalhista que vinha se firmando, tais como licença-maternidade, acidente de trabalho, aposentadoria, seguro de vida, entre outros (IAMAMOTO; CARVALHO, 2009). Assim, acerca das atividades desenvolvidas pelos assistentes sociais, Carvalho (*Id. Ibid.*, p. 196-197) sintetiza que

A atuação prática desenvolvida pelos primeiros Assistentes Sociais estará, assim, voltada essencialmente para a *organização da assistência*, para a *educação popular*, e para a *pesquisa social*. Seu público preferencial – e quase exclusivo – se constituirá de famílias operárias, especialmente as mulheres e crianças. As visitas domiciliares, os encaminhamentos – de muito pequeno efeito prático, devido à carência de obras que sustentassem semelhante *técnica* – a distribuição de *auxílios materiais* e a *formação moral e doméstica* através dos círculos e cursos, serão as atividades mais frequentemente desenvolvidas pelos primeiros assistentes sociais.

Cabe aqui analisar que estes profissionais davam uma ênfase muito grande a manipulação dos instrumentos e técnicas e mostrava uma preocupação muito grande em estabelecer um perfil sócio-econômico para o acesso as políticas sociais, conformando uma intervenção de cunho

⁴⁴ Vale destacar aqui que a criação de benefícios e serviços empregados para atender a classe trabalhadora sempre apareceram com uma imagem paternalista e benemerente, tendo uma função ideológica, mas também constituindo uma atividade racionalizada, que buscou aliar o controle social ao incremento da produtividade, ou seja, as ajudas materiais e serviços ofertados tiveram a pretensão de auxiliar na sobrevivência do trabalhador a fim de garantir a manutenção da força de trabalho, servindo assim para a produção e reprodução social da sociedade capitalista.

tecnicista. Conforme assinala Iamamoto (2008), existia uma tendência empiricista e pragmatista na prática profissional, onde as atividades tinham como objetivo identificar elementos que compunham a vida dos sujeitos a fim de criar uma hierarquização dos riscos sociais que obedeciam a uma classificação baseada em escalas de tipos de desajustamentos biopsicossociais que estigmatizava e rotulava a população atendida.

Acerca do exposto acima, conforme aponta Abreu (2008), no desenvolvimento histórico da pedagogia da “ajuda” vai sendo atualizada/reatualizada a perspectiva de subalternização e controle das classes dominadas através de atitudes, mecanismos, instrumentos e rituais que são compatíveis com os interesses dominantes em que são estabelecidos critérios de elegibilidade e seletividade que qualificam/desqualificam os sujeitos submetidos aos processos de “ajuda”.

Assim, a seletividade é, pois um instrumento pedagógico do processo de “ajuda” desenvolvido pelo assistente social, constituindo uma das principais atribuições historicamente consolidadas deste profissional, mediante a qual interfere na qualificação/desqualificação dos usuários dos serviços assistenciais, considerando as contradições presentes nas relações entre o volume elevado da demanda das classes subalternas pelos serviços assistenciais e os limites dos recursos impostos pelas demandas da reprodução do capital (ABREU, 2008, p. 103).

Podemos observar que estas práticas conservadoras prestadas à classe dominada serão reatualizadas nas intervenções contemporâneas dos assistentes sociais, assumindo uma nova roupagem, mas que cumprem o mesmo objetivo de antes: a reprodução social material e subjetiva da força de trabalho a partir dos limites e condições que são impostas pelo capital, tal como a seletividade, em que transforma a distribuição de parte da renda extraída da própria exploração do trabalhador em uma ação humanitária desenvolvida pelo Estado, empresariado, Igreja e outras organizações da sociedade civil (ABREU, 2008). Abreu (2008) ainda destaca que as posturas individualistas e moralizadoras vão encontrar espaços no discurso da “promoção social” das políticas sociais atuais em que os indivíduos são mobilizados para o envolvimento participativo no processo de atendimento às suas necessidades, onde se visa uma busca pela redução dos custos com bens e serviços prestados.

Em síntese, o perfil profissional que se forma neste período e o projeto profissional conservador que o conforma vão incidir sobre intervenções profissionais realizadas ainda hoje no Serviço Social, onde pode-se observar que mesmo com todos os avanços teórico-metodológicos dentro da profissão e mesmo com as mudanças sócio-históricas em que as políticas sociais vão aparecer como direitos, ainda assim existem profissionais que reforçam o caráter de profissional da “ajuda” no seu atendimento as demandas dos usuários. Estas condutas reforçam a naturalização das desigualdades sociais e contribuem para formar identidades subalternas.

Para concluir este subitem, o que se pôde observar até aqui é que o projeto profissional deste período - embasado pelas doutrinas conservadoras e tecnicistas – direcionava os assistentes sociais para intervenções pautadas na psicologização das demandas sociais, gerando sentimentos de cuidado⁴⁵ e de conforto aos sujeitos atendidos por estes profissionais o que esvaziava o significado sócio-histórico destas demandas. Isto significa que os conflitos gerados na relação de produção e reprodução social eram revertidos em problemas pessoais, onde os assistentes sociais através de ações educativas tinham como objetivo buscar uma relação de harmonia entre trabalhadores e capitalistas em prol da produtividade. Desta maneira, o Serviço Social buscava contribuir com os empregadores no sentido de amenizar os conflitos sociais, considerando as bases da organização social como dada e não passível de questionamentos, limitando-se, portanto, a reforma do homem dentro da sociedade. Em síntese, a atuação profissional era marcadamente de cunho educativo moralizador e higienista.

A seguir trataremos dos elementos que compõe o projeto profissional dos assistentes sociais na década de 1950 em um contexto de expansão da ideologia desenvolvimentista no país.

1.2.3. O projeto profissional conservador do Serviço Social e a ideologia desenvolvimentista modernizadora nas décadas de 1950 e 1960.

Seguindo a linha temporal e que compõem os projetos profissionais do Serviço Social, faz-se necessário apontar neste momento como se desenvolveram os projetos profissionais nas décadas de 1950 e início da década de 1960. Primeiramente, vale destacar que neste período foram intensificadas as estratégias expansionistas do capitalismo monopolista, liderada pelo imperialismo econômico dos Estados Unidos que contou com a participação e submissão dos governos nacionais de muitos países da América Latina. Este processo político-econômico e cultural foi denominado de desenvolvimentismo e foi fundando na teoria da modernização⁴⁶, sendo esta uma perspectiva que vem reeditar o modelo autoritário de desenvolvimento do capitalismo tardio (NETTO, 2005; ABREU, 2008).

A ideologia desenvolvimentista pode ser definida como a busca pela expansão econômica

⁴⁵ Atualmente, é possível encontrar na literatura corrente autores que qualificam o assistente social como um dos profissionais do “cuidado”, perspectiva esta que tende a reduzir a dimensão ético-política da ação profissional.

⁴⁶ Abreu (2008) assinala que a teoria da modernização “explica o subdesenvolvimento como um estágio de transição entre tempos históricos distintos, correspondentes a padrões sócio-culturais constitutivos de polos atrasados e modernos presentes em uma sociedade. Consubstancia-se numa visão de etapas em que ‘a história a percorre pelos países em desenvolvimento assemelha-se àquela trilhada pelas sociedades industrialmente avançadas’ (Kovarick, 1977:46), indo de uma sociedade tradicional a uma sociedade moderna, num *continuum* equilibrado. Esta explicação tem como modelo a ser atingido os países desenvolvidos da Europa ocidental e América do Norte” (id. *ibid*, p. 106). A autora ainda complementa que o discurso de modernização é sempre recorrente e recorrido diante das crises do capital, onde “toda reestruturação é colocada para a sociedade com a mediação do Estado como forma de modernização” (LOPES, 1998 apud ABREU, 2008, p. 106).

onde deve-se superar o atraso, para tanto, seria necessário que o Brasil se integrasse a expansão do próprio sistema capitalista global. “Neste sentido, o desenvolvimento visa a uma integração mais dinâmica no sistema capitalista” (IAMAMOTO; CARVALHO, 2009, p. 341). O subdesenvolvimento do país é atribuído ao modelo agrário-exportador e ao ainda fraco desenvolvimento industrial no país, principalmente no que se refere a indústria de transformação (Id. Ibid.). Desta maneira, buscou-se um desenvolvimento acelerado e auto-sustentado ligado a uma libertação econômica em que se dá a forte presença do capital estrangeiro.

Dentro deste contexto, a ideologia desenvolvimentista propagava que os resultados do progresso econômico seriam para o conjunto da sociedade. Logo, a ideologia desenvolvimentista se constituiria em objetivo de toda a população e esta teria que mobilizar-se para o desenvolvimento, sendo este, portanto, um ponto de convergência entre o Estado e a população (IAMAMOTO; CARVALHO, 2009). Assim, no plano do discurso ideológico desta perspectiva, o desenvolvimento significa a “valorização do homem brasileiro, e traz como consequência o fim do pauperismo, a elevação do nível de vida” (Idem, p. 342). É neste sentido que o fundamento das iniciativas de “ajuda” aos países periféricos pela estratégia expansionista do capitalismo sob a hegemonia do Estados Unidos, se dá através de uma retórica participacionista, conforme analisa Abreu (2008):

A estratégia desenvolvimentista modernizadora, embora integrada de fato aos esforços no sentido de assegurar os interesses dos Estados Unidos quanto à criação de ‘condições (políticas, administrativas e culturais) mais propícias para integrar e dinamizar o desenvolvimento do capitalismo e o mercado latino-americano sob sua hegemonia financeira’ (Castro, 1984: 129-30), utiliza-se de uma retórica participacionista como fundamento das iniciativas de “ajuda” aos países pobre, sobretudo nas áreas de Educação, Saúde e Agricultura, as quais são privilegiadas para a difusão e reorganização da cultura dominante no continente, em consonância com as mudanças estruturais necessárias ao propalado crescimento econômico. O desenvolvimento apresenta-se, pois, como promessa efetiva de melhoria nas condições de vida e de eliminação da pobreza.

Neste cenário, é importante destacar que a recém-criada Organização das Nações Unidas⁴⁷ (ONU) teve um papel importante na divulgação e justificação dos programas de assistência técnica aos países periféricos, tendo como estratégia de “ajuda” a estes países a retomada e atualizada proposta metodológica do Desenvolvimento de Comunidade (DC) como modalidade de intervenção. Neste sentido, as experiências de DC visavam à participação da população nos programas de governo que tinham como eixo central os processos de integração e promoção social. Esses programas são viabilizados como forma de “ajuda” frente à pobreza⁴⁸, objetivando,

⁴⁷ Andrade (2008) ainda destaca que a ONU, na década de 50, voltou suas atenções para o Serviço Social ao realizar três pesquisas de caráter internacional acerca da formação dos seus profissionais nos níveis de auxiliar, graduação e pós-graduação.

⁴⁸ Abreu (2008) explica que a proposta de DC será estendida à problemática rural, onde esta será vista “como ponto de vulnerabilidade das formações latino-americanas em relação à ameaça de expansão do comunismo no referido

principalmente, conter a ameaça comunista no continente latino-americano, onde a pobreza é entendida como facilitadora, já que as populações empobrecidas teriam maior receptividade ao comunismo (ABREU, 2008; ANDRADE, 2008).

Como vimos no subitem anterior a influência norte-americana já se fazia efeito desde o início da década de 1940, onde os assistentes sociais importaram os referenciais da sociologia e da psicologia que possibilitaram uma maior tecnificação da ação profissional, principalmente através dos métodos de caso, grupo e, em meados da década de 1940, o de comunidade. Nas décadas de 1950 e 1960, no contexto do aprofundamento da expansão capitalista, a teoria desenvolvimentista modernizadora assentada no positivismo vai repercutir e levar ao redimensionamento do projeto profissional do Serviço Social, onde o processo de intervenção sobre a comunidade ganhará força na atuação profissional, passando a atuar na área de Desenvolvimento de Comunidade.

Retomando aqui a linha argumentativa de Abreu (2008) acerca da função educativa do assistente social, neste período é possível observar novos arranjos que são criados conformando o que a autora denomina de uma pedagogia da “participação” que se dá a partir de experiências de Desenvolvimento de Comunidade (DC). Acerca da inclusão do assistente social no processo participacionista do desenvolvimentismo, Andrade (2008, p. 285) aponta que “ao assistente social, com a utilização de técnicas próprias, cabia o papel de líder indireto da comunidade, estimulador de mudança social, promovida com a participação popular”. Deste modo, os assistentes sociais, entre outros profissionais, passaram a ser requisitados como profissionais especializados para executar intervenções de cunho pedagógico e intelectual referentes à participação popular para integração nos programas de governo de promoção social – o que se convencionou chamar de ‘bem-estar social’, conforme analisa Andrade (2008):

Assim, a política participacionista, nesses marcos definida, reatualiza a “assistência educativa” como uma nova modalidade de manipulação das necessidades e recursos institucionais, superdimensionando os mecanismos de controle e de responsabilização dos sujeitos individuais quanto ao alcance do “bem-estar social”, mediante, a introdução de novos mecanismos de persuasão e coerção dos sujeitos envolvidos, bem como revitalizando processos já consolidados, sob o pretexto de superação do assistencialismo (*Id. Ibid.*, p. 108).

Dessa assertiva extrai-se que a política participacionista irá acentuar os processos de subalternização da classe trabalhadora e de controle sobre ela pelo capital, onde são reatualizados mecanismos e processos pedagógicos, que, nos termos de Abreu (2008), vão atuar na reorganização da cultura, adequados as transformações no campo econômico. Essa adequação se refletirá pela reorganização e objetivação do processo de “ajuda”, onde serão priorizadas as ideias de “auto-
continente, em que a fome e o analfabetismo eram tidos como os principais flancos” (*id. ibid.*, p. 108).

ajuda” e de “ajuda mútua” nos marcos da política participacionista induzidas nas comunidades para uma integração no processo de desenvolvimento, sendo consideradas maneiras privilegiadas de superar o assistencialismo e a dependência econômica.

Segundo Abreu (2008) a retórica participacionista tem como pressupostos básicos a ideia de que as reformas estruturais devem ser acompanhadas de mecanismos de controle e enquadramento das populações do campo e da cidade frente às mudanças implementadas pela modernização conservadora, ao mesmo tempo em que esta participação irá disfarçar o caráter impositivo destas mudanças. Neste sentido, os técnicos, entre eles os assistentes sociais, irão contribuir para que as classes subordinadas continuem fora dos processos decisórios da sociedade e por meio do acesso as decisões locais tenham a ilusão de estarem de fato participando. Sobre isto, ABREU (2008, p. 117) revela que

A participação é, assim, conduto para o estabelecimento de uma padronização quanto às normas e valores morais, bem como em relação as condutas e expectativas, a partir dos interesses dominantes [...]. Dentro desta mesma perspectiva, as experiências de DC constituíram processos de “mudança cultural dirigida”, tendendo a uma verdadeira manipulação ideológica sobre as necessidades (materiais e subjetivas) das classes subalternas. Essas experiências visam imprimir mudanças em determinada direção (programada), dando a impressão de que as mudanças são desejadas e provocadas pela própria comunidade.

O processo educativo do assistente social será focado em uma perspectiva estática de manutenção da ordem, onde se postula a solidariedade e a cooperação. Ou seja, busca-se resolver os chamados “problemas sociais” através da formação de laços comunitários. Haverá, portanto, uma despolitização da questão social e uma responsabilização do indivíduo, pregando-se que a comunidade deve participar na interpretação e execução dos programas e projetos de melhoria de vida. No entanto, conforme apontado anteriormente, o estímulo as participações não passam de retóricas, pois deixam os sujeitos fora do processo decisório.

Dentro deste contexto, podemos sintetizar que as referencias teóricas doutrinárias aliadas às correntes positivistas e da psicologia permanecem sendo as grandes referências do Serviço Social. Tem-se assim, as estratégias de ação voltadas para o indivíduo, à família e a comunidade⁴⁹. A diferença aqui é que além dos métodos de caso e grupo foram aprofundadas as intervenções na comunidade principalmente, nas zonas rurais, em que a pedagogia da participação, nos termos de Abreu (2008), ganha destaque.

Na ideologia desenvolvimentista, a comunidade é vista como um todo harmônico, onde a

⁴⁹ Uma obra que marcou o Serviço Social da década de 1950 foi o livro “Introdução a Organização Social de Comunidade” de Balbina Vieira. Aguiar (1995, p. 86) aponta que “a obra de Balbina está voltada para a análise da comunidade local. Não há perspectiva mais ampla, isto é, não insere a comunidade local dentro da região e da nação”.

visão de harmonia e equilíbrio pode levar a conquista do “bem-estar social”. “As pessoas que estão fora, portanto, são 'disfuncionais' ao sistema e devem a ele ser integrados. Trabalhar com as 'disfunções' é uma exigência uma vez que o equilíbrio das tensões é fundamental, pois cada um tem seu papel, sua função” (AGUIAR, 1995, p. 100). Nesta perspectiva o setor atrasado é disfuncional ao setor moderno e os conflitos devem ser controlados. Uma das partes considerada “disfuncional” neste período foi a zona rural, sendo esta representativa do atraso. Desta maneira, buscou-se a modernização através da estratégia de educação de adultos.

Assim, as primeiras experiências de Desenvolvimento de Comunidade realizadas pelo governo – inspiradas pelas agências internacionais - foram voltadas para a educação de adultos nas comunidades rurais. Estas experiências contaram com a participação dos assistentes sociais, os quais partiram da visão de “desajustamento” e da necessidade de integrar e adaptar os indivíduos à sociedade. Conforme aponta Aguiar (1995), nas escolas de Serviço Social vão aparecer conceitos de normalidade e anormalidade, ajustamento e desajustamento, recaindo em uma visão de integração que não levava em consideração as contradições e desigualdades de classes.

Assim, conforme apontei anteriormente, o que pode ser visto é um posicionamento teórico-metodológico pautado na corrente estrutural-funcionalista em que se reatualiza a “ajuda” psicossocial e o conformismo mecanicista, onde a categoria comunidade é um traço peculiar ao conservadorismo em que se sustentam ideias de compromisso moral e coesão social. Neste sentido, os sujeitos serão isolados do seu contexto de produção e de sua inserção de classe, da sociedade como totalidade e estrutura. Acerca da categoria comunidade e seu reforço ao conservadorismo, Abreu (2008) assinala que

Por um lado, identifico a noção de que a instância da comunidade como a tônica da intervenção não significou superação do enfoque individual psicologista e conservador da prática. A categoria comunidade constitui um dos elementos centrais do pensamento conservador, como sustenta Nisbet (1969, *apud* Yamamoto, 1992:25), referindo-se a “todas as formas de relações caracterizadas pelo alto grau de intimidade pessoal, profundidade emocional, compromisso moral, coesão social e continuidade no tempo”. Portanto, tradução de algo que, embora em termos espaciais ultrapassa a dimensão local, objetivamente circunscreve-se à esfera das relações interpessoais, solidárias e personalizadas, em que a família, do ponto de vista histórico, é o seu modelo.

Em síntese, podemos concluir que o projeto profissional deste período sofreu redefinições a partir do desencadeamento de um processo de intensificação e ampliação da capacitação profissional sustentados em uma visão funcionalista da sociedade em que o crescimento econômico é considerado o principal fator para o desenvolvimento e para o “bem-estar social”, colocando a participação social como mecanismo de adesão e consentimento da população. Deste modo, podemos afirmar que as novas requisições postas aos assistentes sociais, incitaram redefinições

profissionais para a adequação das intervenções profissionais às exigências da estratégia desenvolvimentista na América Latina.

No início da década de 1960, haverá uma intensificação da ideologia desenvolvimentista pelo Estado em que se destaca um novo acordo de cooperação entre os países da América Latina e os Estados Unidos através do programa “Aliança para o Progresso”. Este programa foi criado em 1961 enquanto estratégia expansionista da hegemonia dos Estados Unidos nos países periféricos. Abreu (2008) destaca que o objetivo do programa “Aliança para o Progresso” era colocado como o de desenvolver ações que atacassem os problemas sociais de forma a acelerar o desenvolvimento econômico e social dos países da América Latina participantes, visando o maior grau de “bem-estar” no menor prazo possível. Na verdade, o programa funcionou como um instrumento de controle político dentro da América Latina face à ameaça do comunismo que já havia sido materializada em 1959 em Cuba (ABREU, 2008).

Pode-se dizer, portanto, que a década de 1960 é um período de crise e grande efervescência política na América Latina, onde a luta popular é renovada pela revolução cubana. Assiste-se neste período um esgotamento do padrão de acumulação capitalista que vinha se operando desde a Segunda Guerra Mundial. Dentro deste contexto, agravam-se as contradições e as desigualdades sociais, acirrando-se a luta de classes. Desta maneira, as estratégias política para o seu enfrentamento estão vinculadas a política intervencionista dos EUA através dos acordos mencionados anteriormente.

No que tange ao projeto profissional do Serviço Social, podemos destacar que houve uma crescente demanda posta para os assistentes sociais em uma parcela significativa dos projetos desenvolvidos pelo programa “Aliança para o Progresso”, principalmente, nas áreas de capacitação profissional e da intervenção, com relevo para propostas de desenvolvimento de comunidade e de educação popular (ABREU, 2008). Assim, é na década de 1960 que os assistentes sociais vão assumir uma postura desenvolvimentista com maior clareza.

Foi neste sentido, que a categoria realizou em 1961 o II Congresso Brasileiro de Serviço Social, após um intervalo de quatorze anos em relação ao primeiro congresso. Este congresso teve como tema central “O Desenvolvimento Nacional para o Bem-Estar Social” e implicou em uma maior preocupação dos assistentes sociais em pensar a profissão a partir das demandas colocadas pelo Estado desenvolvimentista deste período, onde os principais eixos discutidos trouxeram a tônica do desenvolvimento (Aguiar, 1995).

Neste Congresso o assistente social foi colocado como um dos agentes necessários para o processo de desenvolvimento do país, destacando a importância dos assistentes sociais assumirem este compromisso e se capacitarem para estas novas demandas postas pelo Estado. Isto aparece no

discurso do então presidente do Brasil, Jânio Quadros, que foi o presidente de honra do mencionado Congresso, conforme aponta Carvalho (IAMAMOTO; CARVALHO, 2009, p. 348):

O processo de desenvolvimento a que almejamos enseja a participação do homem na solução de seus problemas, tornando-o agente de seu próprio bem-estar. É por aí que o Serviço Social se transforma num instrumento da democracia, ao permitir a verdadeira integração do Povo em todas as decisões da comunidade [...]. Os programas de desenvolvimento comunal, necessário remate desta concepção ampla de Assistência Social, constituem hoje meio eficaz à consecução dos objetivos nacionais, pois que despertam vocações adormecidas, estimulam as iniciativas individuais e asseguram a participação efetiva do homem no meio social que lhe está mais próximo, no estudo e na solução de seus próprios problemas.

Com isso, o que podemos observar é que as referências ideológicas que sustentam o projeto econômico desenvolvimentista brasileiro vão perpassar todo o conteúdo do projeto profissional do Serviço Social deste período. As intervenções dos assistentes sociais serão no sentido de fazer com que a população aceite o desenvolvimento proposto pelo Estado, atuando na diminuição dos conflitos sociais. Ou seja, o Serviço Social é colocado como um dos instrumentos para se chegar ao cumprimento dos objetivos nacionais e, para tanto, é indicado que os profissionais assistentes sociais se capacitem para atuar em Desenvolvimento de Comunidade. Diante desta realidade, o Serviço Social teve que redimensionar seu projeto profissional, “procurando sintonizar seu discurso e métodos com as preocupações das classes dominantes e do Estado em relação à *questão social* e sua evolução” (IAMAMOTO; CARVALHO, 2009, p. 349).

Assim, o II Congresso Brasileiro de Serviço Social refletiu o esforço dos assistentes sociais de se adequarem as novas demandas para os quais estavam sendo chamados a responder. Desta maneira, houve a preocupação pelos assistentes sociais em reexaminar o seu projeto profissional e isto significou repensar: o seu campo de atuação; seu lugar nas equipes interdisciplinares e a formação. Acerca deste último, viu-se a necessidade de avançar na criação de cursos de pós-graduação e aperfeiçoar os métodos de intervenção em face à realidade brasileira para poder integrar-se na perspectiva desenvolvimentista de forma mais efetiva. Assim, os assistentes sociais vão se posicionar a favor de uma maior aproximação das escolas de Serviço Social em relação à comunidade e às agências executoras dos programas de Desenvolvimento de Comunidade.

As declarações feitas pelos assistentes sociais neste Congresso apresentam o novo clima ideológico que emana do Estado, sendo este um momento importante para o desenvolvimento do projeto profissional do Serviço Social. Vale ainda destacar que dentro deste Congresso e, nos demais eventos que se sucedem⁵⁰, os assistentes sociais vão debater o crescimento das contradições

⁵⁰ Aguiar (1995) aponta que na década de 1960 foram realizados diversos eventos que trataram do processo de desenvolvimento, dando destaque ao Desenvolvimento de Comunidade. Entre estes eventos, pode-se destacar: em 1961, aconteceu o encontro da União Católica Internacional do Serviço Social, onde um dos temas foi “Teoria do

sociais e vislumbrar a necessidade de mudanças.

No entanto, a forma de superar os entraves ao desenvolvimento não são explicitados e as posições se orientam para uma perspectiva modernizadora, retida a um reformismo tímido ou se restringe a constatação de que há necessidade de reformas. Em conformidade com Carvalho (IAMAMOTO; CARVALHO, 2009, p. 355):

É fácil de se observar que toda esta série de proposições situa-se – muito timidamente – dentro dos limites do projeto governamental janista. As conclusões e recomendações das diversas Comissões e Grupos de Estudo, quando se aventuram a ir além dos estreitos limites de seu campo específico, apenas repisam aspectos daquele projeto. Permanecem, assim, no campo da modernização, da valorização do desenvolvimento com um mínimo de desestabilização, posição própria dos estratos médios ante seu horror à agitação reivindicatória. Não ultrapassa a ideias dos “obstáculos internos” ao desenvolvimento e, nesse nível, situam-se dentro das proposições da Aliança para o Progresso, da Conferência de Punta del Este, em 1961.

O que podemos observar até aqui é que o projeto profissional dos assistentes sociais vai sendo redimensionado conforme as necessidades do projeto societário capitalista. Mas, estes redimensionamentos não rompem com o modelo profissional tradicional, conforme afirma Abreu (2008, p. 111), na verdade, “a reafirmam, aperfeiçoando-a, refinando o cunho tecnicista positivista da intervenção profissional, consubstanciando na tendência à naturalização da vida social e no seu corolário, a psicologização das relações sociais [...]”.

Em conformidade com Iamamoto (2008), na década de 1960 há uma atualização da herança conservadora, onde o “discurso profissional se aproxima dos fundamentos da teoria da modernização presente nas Ciências Sociais” (Idem, p. 32). E, a autora ainda complementa:

Expressa-se na prática profissional, numa perspectiva voltada para mudanças de hábitos, atitudes e comportamentos do trabalhador, tendo em vista sua adequação aos novos ritmos de desenvolvimento. Este tipo de suporte científico mantém-se, porém, articulado à metafísica aristotélica-tomista que informa a base filosófica da visão de homem e da sociedade, o que permite à profissão atualizar seu caráter missionário, preservando o seu componente utópico (idem, p. 33).

Abreu (2008) explica que as intervenções dos assistentes sociais centrada na participação social através dos programas de Desenvolvimento de Comunidade redundaram no emprego de técnicas de abordagem individuais e grupais, bem como na capacitação de líderes, de formação de grupos, de utilizar as situações de tensão social, que de fato refletiram mais o modelo profissional

Desenvolvimento em face das exigências cristãs”; em 1962, foi realizada a XI Conferência Internacional de Serviço Social no Rio de Janeiro sob o tema “Desenvolvimento de Comunidades Urbanas e Rurais”; também em 1962, foi promovido em São Paulo o Encontro de Técnicos em Desenvolvimento e Organização de Comunidade; em 1965, em São Paulo, tem a realização do seminário A dimensão regional e o processo de Desenvolvimento e a presença do Serviço Social; em 1965, houve o Seminário Regional em Porto Alegre sob o tema “Serviço Social face às mudanças sociais na América Latina”.

tradicional do que indicação de ruptura com este modelo e de construção de uma nova prática. Acerca disto, Iamamoto (2008) explica que haverá o reforço da tecnificação ao mesmo tempo em que se tem um reforço do conservadorismo tradicional na profissão, conforme podemos ver na passagem que se segue:

os assistentes sociais refugiam-se, cada vez mais, em uma discussão do elementos que supostamente conferem um perfil peculiar à profissão: objeto, objetivos, métodos e procedimentos de intervenção, enfatizando a metodologia profissional. A tecnificação eufemiza o paternalismo autoritário presente na ação profissional e desenvolve métodos de imposição mais sutis que preconizam a “participação” do “cliente” nas decisões que lhe dizem respeito. Esta “participação” não prescinde do respeito à hierarquia e à delimitação precisa de campos entre o técnico e o “paciente”. Instaura-se, ao mesmo tempo, uma forte tendência [...] à psicologização das relações sociais, que privilegia problemas de desintegração e desadaptação social e funcional, isto é, problemas relacionais que devem ser tratados através do diálogo [...]. A psicologização das relações sociais permite preservar o julgamento moral da clientela, agora encoberto por uma aparência científica que tem por base rudimentos da psicanálise (Idem, p. 33-34).

Entretanto, importante se faz assinalar que o Desenvolvimento de Comunidade enquanto estratégia do desenvolvimentismo em uma perspectiva de modernização conservadora é contraditório e esbarra em limites que originam crises e conflitos pelos trabalhadores, bem como trará insatisfações no meio profissional dos assistentes sociais, principalmente no meio acadêmico, já que o modelo desenvolvimentista não proporcionou as mudanças efetivas esperadas.

Como havia apontado anteriormente, a década de 1960 é marcada por uma efervescência política na América Latina. Este é um período de crise cíclica, que conforme aponta Abreu (2008) é marcada pela aceleração do processo inflacionário, redução do crescimento econômico e o endividamento externo, alia-se a isso fatores externos, tais como, os primeiros sinais de esgotamento mundial do *Welfare State* e à crescente mobilização das forças populares no Brasil que lutavam pelas reformas de base.

Para concluir este subitem, pode-se afirmar que foi no início dos anos 1960 que se vislumbra o esgotamento das propostas democráticas-liberais, considerando que não havia ocorrido mudanças efetivas no padrão de vida da população nos limites da retórica desenvolvimentista, onde as reivindicações da classe dominada se mostraram incompatíveis com a ordem capitalista. Isto posto, pode-se identificar um crescente descontentamento da população e também em grupos de assistentes sociais, mais marcadamente no meio acadêmico, mas que foi suficiente para que a profissão começasse a repensar o seu projeto profissional, como veremos no próximo subitem.

1.2.4. Conflitos, avanços e retrocessos no Serviço Social a partir de meados da década de 1960 e década de 1970: construindo novas bases de legitimação

Considerando o exposto até aqui neste estudo, podemos afirmar que os projetos profissionais conformados pelo Serviço Social eram essencialmente conservadores e tradicionais, mas vão encontrar questionamentos significativos a partir do início da década de 1960. Neste período, afirmou-se pela primeira vez mesmo que de forma heterogênea e diversificada posicionamentos que questionavam às contradições presentes na dinâmica da sociedade capitalista e o significado social da profissão, aparecendo de forma clara um discurso contrário ao predominante até então.

Ortiz (2007) explica que a insatisfação dos assistentes sociais frente ao contexto social, político e econômico na década de 1960 se inicia a partir das intervenções com a comunidade, nas quais trouxeram componentes que auxiliaram a pensar a intervenção profissional e o significado dela. Acerca desta questão, Amman (1992) sinaliza que existiram três vertentes profissionais que introduziram posicionamentos diferenciados no Serviço Social de Desenvolvimento de Comunidade, algumas marcadas por representações tradicionais, enquanto outras trouxeram elementos críticos que auxiliaram para repensar a profissão. Assim, uma vertente se voltou para a intervenção nos programas de Desenvolvimento de Comunidade, mas manteve a base tradicional de suas representações e procedimentos; outra entendeu o Desenvolvimento de Comunidade a partir de uma perspectiva macrossocietária, supondo mudanças socioeconômicas, porém, estas ficavam restritas a ordem capitalista; e, por último, uma vertente que entendeu o Desenvolvimento de Comunidade como viabilizador de mudanças sociais substantivas, conectadas a libertação social da classe dominada. Esta última vertente forneceu elementos que rebateram na forma de se pensar o Serviço Social brasileiro.

Amman (1992) aponta que os elementos que contribuíram para que surgissem questionamentos acerca do significado profissional despertados pelo trabalho de Desenvolvimento de Comunidade nas décadas de 1950 e 1960 foram três: primeiro, explica que a intervenção junto à comunidade exigia do assistente social o trato e conhecimento de questões da natureza macrossocial, sendo necessário, portanto, a aproximação com novos aportes teóricos para o trabalho com comunidade; segundo, o assistente social passou a integrar equipes multidisciplinares e a assumir posição privilegiada em face da sua experiência anterior com grupos e/ou com demandas sociais de um modo geral; e, terceiro, o trabalho com comunidades trazia certo reconhecimento e valorização profissional, ao mesmo tempo em que acenava com a possibilidade de reformas sociais.

Assim, podemos constatar que as redefinições no perfil profissional impostas pela ideologia desenvolvimentista modernizadora contribuíram, contraditoriamente, para a constituição de espaços de confronto entre projetos diferenciados, na medida em que, estes espaços viabilizaram “processos participativos críticos e de busca de articulação entre forças sociais, na luta por melhorias de condições de vida e ampliação dos espaços políticos de expressão dos interesses das classes

subalternas” (ABREU, 2008, p. 127).

Deste modo, na década de 1960 se fortalece um grupo de assistentes sociais que partem de análise crítica da sociedade e estes, conforme Aguiar (1995), irão se aliar aos movimentos populares, aos partidos políticos de esquerda, as ligas camponesas do Movimento de Educação de Base e a uma vertente progressista cristã⁵¹, oriunda da corrente da Teologia da Libertação. Pode-se observar que a posição da Juventude Universitária Católica – JUC e os movimentos de promoção da cultura popular irão exercer uma influência marcante nos estudantes de Serviço Social. Estes movimentos foram influenciados pela Revolução Cubana e por diversas referências teóricas e políticas apoiadas, especialmente, na tradição marxista que instauraram uma dinâmica sociopolítica que dinamizou as lutas anticapitalistas e de libertação nacional. Importa ressaltar que mundialmente a década de 1960 é marcada por inúmeros protestos que instituíram um clima cultural favorável ao questionamento dos valores tradicionais. No entanto, essa perspectiva mais progressiva assumida por parte dos profissionais em Serviço Social será abafada com o golpe de 1964, sendo retomada apenas na década de 1970 e, principalmente, na década de 1980 com a retomada significativa dos movimentos sociais neste período, conforme veremos mais adiante.

Na dimensão em tela, destaca-se o surgimento das inquietações e críticas de um grupo de profissionais ao projeto profissional vigente face à realidade social que culminou com um amplo processo de redimensionamento do Serviço Social na América Latina denominado de “Movimento de Reconceituação”. Acerca deste movimento importa enfatizar que ele ocorreu no período que vai de 1965 até 1975 e foi tipicamente latino-americano. Constituiu-se como o marco decisivo para o desencadeamento do processo de revisão crítica do Serviço Social na América Latina⁵². Foi gestado em um contexto histórico de profundas mudanças, demarcado pelo ciclo expansionista do capitalismo e foi presidida por uma forte efervescência das lutas sociais. Assim, este foi um movimento saturado de historicidade que buscou construir críticas e propostas para um “novo” Serviço Social, fundamentado por uma perspectiva marxista. No entanto, este movimento foi muito heterogêneo nos países da América Latina e permeado por inúmeros equívocos, pois não recorreu, a princípio, à fonte marxiana, estabelecendo uma articulação com o pensamento marxista⁵³, fundamentalmente, mediante manuais (NETTO, 2005).

⁵¹ A crise social iniciada na década de 1950 propiciou mudanças internas da Igreja Católica no Brasil e na América Latina levando a constituição de diversos movimentos de ação política da juventude estudantil católica junto às lutas populares que ganham visibilidade na década de 60, mas são reprimidos com o golpe de 1964.

⁵² Pode-se destacar aqui duas entidades que tiveram grande importância para o Movimento de Reconceituação: a Associação Latino-Americana de Escolas de Trabalho Social (ALAETS), criada em 1965 e o Centro Latino Americano de Trabalho Social (CELATS), criado em 1972. Estas entidades foram responsáveis pelo fortalecimento teórico e prático da profissão na América Latina para a conformação de um Serviço Social crítico. A ALAETS e o CELATS foram significativos no papel político-formativo do processo de contestação ao conservadorismo da profissão em vários países da América Latina.

⁵³ Para saber mais Cf. SANTOS (2007).

Assim, em um primeiro momento, na sociedade brasileira, o Movimento de Reconceituação se dará vinculado à perspectiva da modernização conservadora, em prejuízo de uma tendência emancipatória, já que as primeiras experiências que impulsionaram esta última tendência, como foi mencionado acima, foram sufocadas pelo golpe militar de 1964 no Brasil.

Neste momento, faz-se mister apontar os elementos que compõem a conjuntura sócio-histórica brasileira a partir do golpe militar de 1964 a fim de entendermos como se desenvolve os fundamentos teórico-metodológicos do projeto profissional dos assistentes sociais neste período e as novas requisições postas a ele. Conforme vimos no capítulo 1 deste estudo, os processos de construção dos projetos profissionais se fundam nas condições sócio-históricas, estas constituem o solo no qual se assenta e se movimenta o exercício profissional, desta maneira, este é um processo que apresenta elementos constitutivos da realidade social. Assim, existe uma relação de mediação entre os projetos profissionais e o projeto societário que devem ser analisadas.

O período de ditadura militar no Brasil, que vai de 1964 a 1985, é marcado por uma perspectiva de desenvolvimento com segurança em que se consolida e aprofunda a forma associada-dependente⁵⁴. O período militar implantou um rigoroso regime de controle sobre a sociedade que incluía medidas fortes de repressão caracterizada pelo término dos canais de participação política, desmonte das organizações e representações das classes dominadas, disseminação do medo, prisões, torturas e perseguições, atreladas a amplos programas de assistência e previdência social. Estas últimas vão se conformar como estratégias de integração social. Este quadro de repressão e controle engendrado pelo Estado será conformado sob a orientação da Doutrina de Segurança Nacional⁵⁵ e vai aliar o binômio repressão – assistência em resposta a questão social (ABREU, 2008).

Em meados da década de 1960, em conformidade com Netto (2005), haverá uma reorganização do Estado no intuito de torná-lo racionalizado para o gerenciamento do processo de desenvolvimento em serventia aos monopólios, atingindo as políticas setoriais, mas também toda a sua malha organizacional incumbida de planejá-las e executá-las. Segundo o autor (Idem, p.121) houve uma “reformulação em escala nacional e sob a ótica centralizadora do Estado de Segurança Nacional”. Acerca destas alterações, Carvalho (IAMAMOTO; CARVALHO, 2009, p. 362) aponta que

⁵⁴ A condução política-econômica que se dá no período da ditadura se mostra aliada aos interesses dos monopólios, em que é possível identificar um regime voltado a serviço do capital internacional e aos grandes grupos nacionais, onde se privilegia a concentração e centralização em todos os níveis. Para isso, buscou-se criar as condições internas necessárias para o crescimento do capital através da modernização da nossa estrutura, onde se tem um repertório operativo e normativo acionado por conselhos e coletivos ligados diretamente ao grande capital. Desta forma, a programática brasileira leva a ampliação e continuidade do desenvolvimento associado e dependente ao capital estrangeiro (AGUIAR, 1995; NETTO, 2005).

⁵⁵ Abreu (2008) explica que a Doutrina de Segurança Nacional tinha como pretexto desenvolver um amplo conjunto de programas sociais a fim de reduzir as tensões de classe e contribuir para a ordem social, servindo também para conter a ameaça comunista no país.

Com a liquidação da “coalizão nacionalista-populista” explicita-se uma nova correlação de forças mais favorável às necessidades decorrentes do processo de aprofundamento capitalista nacional e internacional. Ou seja, o modelo político que se impõe tem em vista a adequação do poder de Estado às novas necessidades do processo de acumulação, de modo a fortalecer a grande unidade de produção, pública ou privada, nacional ou estrangeira. Visto de outro ângulo, significa que a política de incorporação subordinada de interesses das classes populares, que havia se verificado durante o período populista, torna-se secundária em face da nova correlação de forças e base de apoio ao governo central. Mais ainda, tratava-se da necessidade prévia de desarticulação dos instrumentos de defesa das classes populares para impor a radicalização do modelo de acumulação, necessário a afirmação do novo patamar em que se situava internamente o aprofundamento do capitalismo e sua inserção na divisão internacional do trabalho. O conjunto dessas novas necessidades tem como suporte um poder de Estado que assume tanto funções repressivas no plano social, como modernizadoras no plano administrativo. Ganha relevo a política de apoio e subsídio ao grande capital (estatal, multinacional e privado nacional), ao mesmo tempo em que, progressivamente, tornam-se dominantes, dentro do aparelho de Estado, os representantes da aliança entre as forças armadas e a tecnoburocracia, expressando os interesses daqueles setores do capital (...). Em substituição à ideologia “nacional-desenvolvimentista” impõe-se uma perspectiva “pragmático-tecnocrática”, que, a partir de critérios de “racionalidade crescente”, justifica um processo de superconcentração do poder estatal e de acentuada burocratização.

No que concerne ao Serviço Social, podemos observar que os campos sócio-ocupacionais dos assistentes sociais foram reorganizados pelas reformas, que atingiram primeiramente o sistema previdenciário e depois as outras políticas sociais. Assim, o país assistiu a uma reformulação organizacional e funcional das instituições e dos aparatos governamentais, o que implicou uma complexificação destes e a ampliação do mercado de trabalho dos assistentes sociais devido à formação de um conjunto mais amplo de políticas sociais deste período, exigindo-se uma maior especialização das atividades.

Ainda faz-se relevante acrescentar que a consolidação do mercado de trabalho para os assistentes sociais se dará não só pela reorganização do Estado ditatorial, mas também pelo aumento no âmbito empresarial destes profissionais. Este aumento se dá por duas razões: o desenvolvimento da industrialização pesada e pela necessidade, marcada pelas condições sociopolíticas, de vigilância e controle da força de trabalho no território da produção. Assim, a ampliação do mercado de trabalho no âmbito do Estado, das empresas e também das organizações filantrópicas privadas, dentro do contexto sociopolítico supracitado, colocou para o Serviço Social um novo padrão de exigências para o seu desempenho profissional, isto é, exigiu-se um profissional mais “moderno”, compatível com as mudanças estratégicas colocadas no período em questão (NETTO, 2005). Assim, conforme aponta Netto (2005, p.123), pode-se observar que

a racionalidade burocrática-administrativa com que a “modernização conservadora” rebateu nos espaços institucionais do exercício profissional passou a requisitar do assistente social uma postura ela mesma “moderna”, no sentido da compatibilização do seu desempenho

com as normas, fluxos, rotinas e finalidades dimanantes daquela racionalidade.

Isto posto, Netto (2005) aponta que as novas exigências profissionais tiveram como efeito global a criação de um vetor de erosão do Serviço Social “tradicional”, pois

Implicou um dimensionamento técnico-racional – quer no nível de *legitimação* das práticas, quer no nível da sua *condução* – que derruía os comportamentos profissionais impressionistas, fundados conseqüentemente em supostos humanistas abstratos e posturas avessas ou alheias às lógicas da programação organizacional. Sinteticamente, o fato central é que, no curso deste processo, mudou o *perfil* do profissional demandado pelo mercado de trabalho que as condições novas postas pelo quadro macroscópico da autocracia burguesa faziam emergir: exige-se um assistente social ele mesmo “moderno” – com um desempenho onde traços “tradicionalistas” são deslocados e substituídos por procedimentos “racionais” (*Id. Ibid.*, p. 123).

Em suma, essas novas exigências de “modernização” do Serviço Social para o atendimento das demandas do Estado ditatorial burguês fez com que os profissionais revisassem seus elementos técnico-metodológicos, pois foram compelidos a integrar o conjunto de procedimentos burocrático-administrativos das instituições hierárquicas.

A expansão do mercado de trabalho para os assistentes sociais e a exigência de um novo perfil profissional implicou, entre outras questões, em uma refuncionalização das agências de formação dos assistentes sociais. Estes dois processos desencadearam um aumento considerável de cursos, inserindo o ensino de Serviço Social no âmbito universitário e nos cursos de pós-graduação, em que um novo elenco de problemáticas passou a fazer parte dos debates e foram submetidas a tratamentos teórico-metodológicos e prático-políticos que, em linhas gerais, resultou no questionamento das bases de legitimidade das demandas postas a profissão.

Em relação a isso, Netto (2005) destaca que até meados da década de 1960 o debate acerca da profissão se mostrava com uma relativa homogeneidade nas suas intervenções, compondo certa unidade nas propostas profissionais. O autor afirma que a ruptura com este cenário somente se deu com a laicização do Serviço Social conduzida ao ponto culminante pelo governo ditatorial burguês quando esse passou a colocar novas condições à formação e ao exercício profissional através da “modernização conservadora”. Podemos afirmar que foram criadas as condições necessárias para o surgimento de um padrão acadêmico problematizar a intervenção profissional, mesmo encontrando as limitações de uma universidade inserida em um contexto ditatorial.

Importa assinalar que a laicização do ensino configurou a abertura para diferentes perspectivas renovadoras, implicando a construção de um pluralismo profissional, “radicado nos procedimentos diferentes que embasam a legitimação prática e a validação teórica, bem como nas matrizes teóricas a que elas se prendem” (NETTO, 2005, p. 131). Para Netto (2005) a inserção no

âmbito acadêmico e a busca por uma validação teórico-metodológica somará um dado novo a história do Serviço Social: abre-se para a interlocução com os problemas e as disciplinas das ciências sociais, onde os assistentes sociais deixam de ser apenas receptores, mas agora passam a ser fornecedores de insumos teóricos a profissão, contribuindo para cortar com a subalternidade intelectual. É a partir dessa nova condição que o Serviço Social brasileiro foi marcado por um amplo debate submetido a tratamentos teórico-metodológicos e prático-políticos distintos, processo este denominado de *Renovação do Serviço Social*⁵⁶, em que se conformaram novos projetos profissionais. Netto (2005) aponta três tendências sobressalentes no processo de *Renovação do Serviço Social*: a perspectiva modernizadora, a reatualização do conservadorismo e a intenção de ruptura.

Assim, a primeira perspectiva que Netto (2005) aborda é a “perspectiva modernizadora”, esta se caracteriza pela integração das intervenções profissionais ao processo de modernização conservadora do Estado. Assim, podemos observar que o projeto profissional do Serviço Social no período que vai após o golpe de 1964 até 1967 existe o discurso predominante articulado ao processo de desenvolvimento, já que as experiências comprometidas com outro projeto de sociedade foram desarticuladas, como exposto anteriormente. Deu-se continuidade ao discurso da integração e das reformas não estruturais, onde o projeto profissional dos assistentes sociais permanece assumindo um compromisso com as classes dominantes. Conforme Netto (2005, p.154), nesta perspectiva houve

um esforço no sentido de adequar o Serviço Social, enquanto instrumento de intervenção inserido no arsenal de técnicas sociais a ser operacionalizado no marco de estratégias de desenvolvimento capitalista, às exigências postas pelos processos sócio-políticos emergentes pós-64.

Considerando o exposto, foi nesta perspectiva que os assistentes sociais passaram a se reunir em Seminários Nacionais de Teorização do Serviço Social, organizados pelo Centro Brasileiro de Cooperação e Intercâmbio de Serviços Sociais (CBCISS), para debater as novas tendências profissionais compatíveis com o processo de modernização conservadora que vinha sendo desenvolvido no país. Assim, foram elaborados dois importantes documentos que trazem as discussões e conclusões destes encontros – o documento de Araxá, no encontro de 1967, e o de Teresópolis, no encontro de 1970. Nestes encontros houve um esforço dos assistentes sociais

⁵⁶ Nos termos de Netto (2005, p.131), “entendemos por renovação o conjunto de características novas que, no marco das constrições da autocracia burguesa, o Serviço Social articulou, à base do rearranjo de suas tradições e da assunção do contributo de tendências do pensamento social contemporâneo, procurando investir-se como instituição de natureza profissional dotada de legitimação prática, através de respostas a demandas sociais e da sua sistematização, e de validação teórica, mediante a remissão às teorias e disciplinas sociais”.

presentes em condensar um projeto profissional para os assistentes sociais. Estes documentos, sem desconsiderar as suas particularidades, serão marcados pela influência ideológica da doutrina de Segurança Nacional e do Desenvolvimento, conforme Abreu (2008). Para justificar estas bases ideológicas aqueles documentos foram construídos se reportando a aportes teóricos pertinentes ao estrutural-funcionalismo norte-americano, mas ainda articuladas aos valores universais⁵⁷ e ao neotomismo, reiterando os traços tradicionais da profissão.

Aguiar (1995) explica que o Documento de Araxá traz uma visão de homem próprio da perspectiva neotomista, onde se recupera a metafísica, os pressupostos de perfectibilidade do homem, da sociabilidade essencial da pessoa humana e da dignidade humana. Mas, longe de se esgotar nestes pressupostos, já que estes são débeis em indicações instrumentais, foi adicionado aos preceitos neotomistas os conceitos da participação, da integração e a noção de globalidade do estrutural-funcionalismo.

Acerca desta questão Abreu (2008) aponta que o projeto profissional veiculado pela “perspectiva modernizadora” vai difundir uma visão harmônica e equilibrada da sociedade, defendendo a integração popular em prol do desenvolvimento do país na possibilidade de se chegar ao “bem-estar social”. Em outras palavras, o projeto profissional do Serviço Social será referenciado pelos documentos⁵⁸ de Araxá e Teresópolis que possuem um teor que contribui para a integração popular à ordem capitalista, onde as contradições e os conflitos de classes são ignorados, conforme explicita Abreu (2008, p. 119):

É importante considerar que o projeto profissional redimensiona-se frente às demandas da modernização conservadora a partir da aparência da realidade sem considerar as contradições e antagonismos de classes que perpassam a mesma, bem como os interesses de expansão imperialista no continente, em que esse padrão de desenvolvimento se situa. Deste modo, sem questionar a realidade, confunde o projeto profissional com o de modernização conservadora. Assim, o propósito profissional de contribuir para o “bem-estar social”, por si só sanciona a adesão desta categoria ao referido projeto [...]. Assim, as funções pedagógicas desempenhadas pelo assistente social no âmbito da mobilização e participação populares nutrem-se da pedagogia autoritária dominante difundida pelo projeto de modernização conservadora.

Assim, a participação social continuará sendo o instrumento usado pelos profissionais assistentes sociais para se obter a adesão e consentimento da população ao projeto de desenvolvimento do país, donde podemos depreender que neste período o projeto profissional será marcado também por uma “pedagogia da participação” e mobilização, seguindo as análises de

⁵⁷ Os valores universais referidos no Documento de Araxá dizem respeito aqueles impressos na Declaração Universal dos Direitos do Homem da ONU.

⁵⁸ Vale salientar que a “perspectiva modernizadora” não se restringiu a estes documentos, mas eles, sem dúvida, passaram a ser referências significativas que conformaram o projeto profissional deste período.

Abreu (2008).

Esta “pedagogia da participação” se nutre pela “pedagogia autoritária dominante difundida pelo projeto de modernização conservadora [...] face à necessidade de adequação do modo de vida à expansão da racionalidade fordista/taylorista no país viabilizada pelo referido projeto” (idem, p. 119-120). A autora explica que esta pedagogia da participação é importante nos diversos momentos de mudanças impostas pelo padrão de acumulação capitalista, pois constitui uma “mediação para a integração e consentimento por parte da população” (Idem, p. 118), conforme já explicitado neste estudo.

No Documento de Araxá distinguiu intervenções de níveis micro e macro. Assim, o documento registra que no nível da macroatuação, a intervenção do Serviço Social consistiria em: “a) participar de todas as fases de programação para o macroplano; b) formular a metodologia e estratégia de ação para elaborar a implementar a política social; c) planejar e implementar a infraestrutura social” (CBCISS, 1986 apud NETTO, 2005, p. 172). Para Netto (2005), o papel da profissão explícito neste documento foi superdimensionado, mas contribuiu para iniciar um processo que insere os assistentes sociais em funções que não só executora das políticas sociais. Convém ressaltar que esta não se trata apenas de uma proposição dos profissionais, mas também uma demanda que foi colocada ao Serviço Social pelo Estado e pelo empresariado dentro do contexto de modernização conservadora, conforme contextualizamos anteriormente.

Para Netto (2005,p. 173), haverá a “recuperação sem rupturas do tradicionalismo, mas sob novas bases”. Ainda complementa o autor: “o que é notável é a sistemática *recuperação* do Caso, do Grupo e do Desenvolvimento de Comunidade *desde que funcionais à mudança e ao desenvolvimento*” (idem, *grifos do autor*). Em linhas gerais, pode-se depreender que ao reafirmar propostas em que se eleva a participação dos indivíduos ao processo de mudança do país e recuperar as metodologias de caso, grupo, comunidade e Desenvolvimento de Comunidade, a “perspectiva modernizadora” reafirma a atualização do processo de “ajuda” psicossocial e fortalece o modelo tradicional ao invés de superá-lo.

No que concerne ao Documento de Teresópolis, extraído do seminário de 1970, viu-se também o aprofundamento de ideias que adequavam cada vez mais o Serviço Social a modernização conservadora conduzida pelo Estado ditatorial burguês em benefício do grande capital, onde são amadurecidas as concepções ideológicas de fundo estrutural-funcionalista e o reformismo conservador desenvolvimentista.

No entanto, podemos observar na década de 1970 um enfraquecimento da perspectiva modernizadora e o fortalecimento de duas outras perspectivas – uma que buscou reatualizar o conservadorismo e outra que teve a intenção de romper com ele. Acerca da primeira corrente foram

realizados dois colóquios pelos assistentes sociais no Rio de Janeiro: o de Sumaré em 1978 e o de Alto da Boa Vista em 1984. Estes dois seminários apresentam um caráter renovador ao propor um questionamento teórico. No entanto, conforme aponta Netto (2005), estes eventos tiveram um denominador comum: “a extrema pobreza teórica que exibiam, em comparação com a discussão simultaneamente operada nos foros acadêmicos, culturais e políticos da profissão e fora dela” (idem, p. 196).

Seguindo a linha argumentativa de Netto (2005), no marco dos eventos de Sumaré e do Alto da Boa Vista, evidenciou-se uma perspectiva que se ocupou de referências teóricas que deram uma nova roupagem ao conservadorismo tradicional – a “reatualização do conservadorismo”, nos termos do autor. Esta perspectiva vai reclamar uma elaboração teórica para o Serviço Social fenomenológica, fazendo críticas ao privilégio dado pelos assistentes sociais às manipulações técnicas na profissão fundamentadas pelas vertentes profissionais positivistas. Assim, haverá uma “recusa dos padrões teórico-metodológicos da tradição positivista” (idem, p. 204).

Netto (2005) destaca que a aproximação da perspectiva de “reatualização do conservadorismo” com a fenomenologia se deu de forma enviesada, já que os assistentes sociais desta perspectiva recorreram a fontes secundárias, donde foi selecionado aquilo que lhes interessava. Acerca disto, o autor explica que:

o recurso a matrizes teórico-metodológicas as apanha de segunda ou terceira mãos, dilui as suas especificidades e as combina, seletivamente, a componentes heteróclitos [...]. [da fenomenologia] se extraem as categorias que interessam a uma operação particular; não entram em linha de conta as mediações, extremamente complexas, entre a articulação sistemática de categorias na elaboração de uma compreensão filosófica da realidade (ou de aspectos seus) construída pelo sujeito sócio-humano e a sua instrumentação parametrada por exigências sociotécnicas e institucionais bem limitadas (idem, p. 215-216).

Netto (2005) problematiza que o método fenomenológico foi trazido para o Serviço Social sem nenhum debate acerca das diferenciações entre os autores desta perspectiva, assim, a fenomenologia apareceu ausente de confrontos, o que para o autor é pura ficção ou deformação. E, ainda adverte que os assistentes sociais incorporaram as posturas e procedimentos fenomenológicos com um ponderável empobrecimento teórico e crítico de categorias criadas por Husserl, tratando-se de um processo de simplificação de suas ideias, onde as concepções deste e outros autores são vulgarizadas.

As elaborações mais representativas da perspectiva de “reatualização do conservadorismo” estão expressas na tese de livre-docência de Anna Augusta de Almeida, em que a “nova proposta” teórico-metodológica é difundida para alunos da graduação, da pós-graduação e em cursos de reciclagem para profissionais (NETTO, 2005). Almeida apresenta o seu método baseado no

processo de ajuda psicossocial que se dá através do diálogo entre o assistente social e o “cliente”. A ajuda psicossocial veiculada por Almeida, demarcada pela intersubjetividade e pelo diálogo, objetiva a “transformação”. Esta última estaria relacionada com o crescimento pessoal que se inicia com atitudes reflexivas que levariam, supostamente, a uma consciência crítica.

Guedes et. al (2005) explica que para esta perspectiva o diálogo pode ser definido como um instrumento que possibilita ao assistente social e ao “cliente” realizar uma “experiência compartilhada” orientada pela “lógica da participação e da comunhão” que se firma na pesquisa e na descoberta. A autora ainda complementa que o diálogo vai aparecer como “um processo de abertura para o outro”, sendo “gerador de transformação social e, portanto, figura central na ajuda profissional” (idem, p. 5). Nesta perspectiva fica claro que o importante não é explicar os fatos, mas sim, compreendê-los, conforme os estudos fenomenológicos.

Assim, podemos depreender que o projeto profissional proposto por esta perspectiva pautou-se na busca por um novo recurso metodológico: a abordagem da compreensão ou metodologia dialógica de Anna Augusta de Almeida, fundamentada na fenomenologia e na filosofia existencial⁵⁹. Isto significa que a perspectiva em questão passou-se a requerer um projeto profissional pautado na abordagem da compreensão que tratou de recuperar a “ajuda psicossocial” no Serviço Social de forma mais acentuada, sendo, na verdade, um retrocesso ao conservadorismo inicial. Desta maneira, podemos afirmar que a perspectiva de “reatualização do conservadorismo” criticou os princípios da tradição conservadora da profissão, porém, na verdade, irá reposicionar os elementos tradicionais, reatualizando-os através de explicações fenomenológicas.

Em síntese, Abreu (2008) explica que a intervenção neste projeto profissional será firmada pela “ajuda” psicossocial que assume as dimensões delimitadas pela fenomenologia nos conceitos de “capacitação social, participação social, transformação social e projeto. Tais conceitos centram-se na compreensão e orientação dos processos de mudança macrossociais a partir das transformações operadas no âmbito interno dos sujeitos envolvidos” (idem, p. 127). A partir do exposto acima e retomando a função pedagógica trabalhada por Abreu (2008), podemos depreender que a função pedagógica do assistente social na perspectiva de “reatualização do conservadorismo” terá elementos que reelaboram uma “pedagogia da participação”, expressa pela perspectiva fenomenológica por “capacitação social”.

O que fica explícito é uma recuperação de propostas em que o indivíduo precisa passar por uma mudança interna para que assim seja possível a transformação social. Assim, esta é uma perspectiva que vai reforçar o projeto societário burguês, já que não se visa à superação de classes,

⁵⁹ A filosofia existencial foi criada por alguns filósofos, tal como Emmanuel Mounier, que tem como base os pressupostos fenomenológicos.

mas sim, uma mudança interna através da ação dos indivíduos a fim de superar “uma situação que coíbe e não permite a realização pessoal” (GUEDES et. al, 2005, p. 6).

A proposta de um projeto profissional forjado na vertente fenomenológica não permaneceu por muito tempo no centro dos debates e produção do Serviço Social, pois ao recolocar o tradicionalismo profissional não apresentou uma alternativa eficiente à prática institucional. Desta maneira, a própria dinâmica das relações sociais tornou favorável que outra perspectiva se fortalecesse no interior da profissão.

Assim, dentro do processo de renovação do Serviço Social surgiu um movimento mais crítico chamado por Netto (2005) de Intenção de Ruptura que se opôs ao projeto societário vigente e que possibilitou a construção de um Projeto Profissional Crítico ancorado em outras bases de legitimação. Podemos afirmar que as novas condições sócio-históricas postas a partir da década de 1960 possibilitaram o amadurecimento da categoria profissional. Dentro de um contexto sócio-histórico específico, inicia-se um processo de rupturas e continuidades na construção de uma nova imagem social da profissão em que a categoria passa a questionar a direção profissional assumida até então. Este processo de contestação e questionamento nas décadas de 1960, 1970 e 1980 se reverbera na possibilidade da criação de um novo projeto profissional que será apresentado no próximo subitem.

1.2.5. A construção do Projeto Profissional Crítico do Serviço Social: o movimento de Intenção de Ruptura

“O sonho é contraditório, ambíguo. Ao mesmo tempo que acalenta, perturba; ao aliviar tensão, inquieta; ao dar esperanças, engana, pode tornar-se uma falácia; ao nos levar visualizar as possibilidades do ideal, nos afasta do real. Por outro lado, a realidade desmascara, mostra as ilusões quando nos permitimos apreender e nos defrontar com o que ela pode, se desvelada, nos revelar. Ao permanecermos no sonho, corremos o risco de mais sonhar do que agir, persistindo na mera declaração de princípios”.

(Vasconcelos, 2007, p. 24)

Conforme o subitem anterior, desde a década de 1960 inicia-se um processo de erosão das bases de legitimação dos projetos profissionais tradicionais do Serviço Social, o que propiciou um pluralismo de ideias dentro da profissão e abriu-se a possibilidade de emergência de uma perspectiva crítica no Serviço Social. Considerando o exposto até aqui, podemos identificar que a partir do final da década de 1970 e ao longo dos anos de 1980, houve uma busca pelo redimensionamento profissional por uma parcela dos assistentes sociais que passou assumir compromissos democráticos, posicionando a favor da classe trabalhadora e contra as injustiças sociais.

Importante se faz retomar aqui que os primeiros questionamentos significantes acerca do projeto profissional tradicional se deram no Movimento de Reconceituação latino-americano, no qual houve a primeira aproximação do Serviço Social ao marxismo. Como já explicitado neste estudo, este movimento foi muito heterogêneo e permeado por inúmeros equívocos na interpretação da tradição marxista, onde não se recorreu à fonte marxiana. No entanto, devemos assinalar que foi um movimento significativo no questionamento das práticas profissionais que apostou na ruptura com as representações do Serviço Social tradicional e na superação da neutralidade técnica (NETTO, 2005).

Conforme analisamos anteriormente, o debate trazido pelo Movimento de Reconceituação sofreu um sufocamento no Brasil pelo golpe militar de 1964. Desta maneira, este debate só foi difundido no Brasil com o abrandamento da ditadura, em meados da década de 1970, dentro de um dos movimentos de renovação do Serviço Social denominado por Netto (2005) de Intenção de Ruptura. O debate do Movimento de Reconceituação foi resgatado por este movimento, mas em um estágio peculiar da profissão em que não era mais possível apenas reproduzir aquilo que foi construído pelo movimento latino-americano. Assim, a perspectiva de Intenção de Ruptura vai se constituir em um momento de continuidade e ruptura, que se desdobra na superação da reconceituação. Sobre a perspectiva de “intenção de ruptura”, Netto (2005, p. 248) explicita:

[a perspectiva de intenção de ruptura] colidia com a ordem autocrática no plano teórico-cultural (os referenciais de que se socorria negavam as legitimações da autocracia), no plano profissional (os objetivos que se propunha chocavam-se com o perfil do assistente social requisitado pela “modernização conservadora”) e no plano político (suas concepções de participação social e cidadania, bem como suas projeções societárias, batiam contra a institucionalidade da ditadura). O fato central é que a perspectiva da intenção de ruptura, em qualquer das suas formulações, possuiu sempre um ineliminável *caráter de oposição* em face da autocracia burguesa [...].

Netto (2005) explica que diferente das outras vertentes de renovação, analisadas anteriormente neste estudo, a “intenção de ruptura” emergiu-se a partir do quadro da estrutura universitária na primeira metade dos anos 1970, tendo suas formulações iniciais na Escola de Serviço Social da Universidade Católica de Minas Gerais. Assim, vale destacar o protagonismo desses assistentes sociais que estabeleceram a retomada das críticas ao tradicionalismo profissional, sendo as elaborações desenvolvidas por este grupo de Belo Horizonte um marco no Serviço Social. Estas elaborações configuraram a primeira produção cuidadosa no país, sob os liames da ditadura, de um novo projeto profissional alternativo ao tradicionalismo que preocupou-se, conforme Netto (idem, p. 275)

em atender a critérios teóricos, metodológicos e interventivos capazes de apontar ao Serviço Social uma fundamentação orgânica e sistemática, articulada a partir de uma angulação que pretendia expressar os interesses históricos das classes e camadas exploradas e subalternas. É absolutamente impossível abstrair a elaboração belo-horizontina da fundação do projeto de ruptura no Brasil.

Acerca desta produção que foi denominada de “Método Belo-Horizonte”, o autor destaca que para além de uma “crítica ideológica, da denúncia epistemológica e metodológica e da recusa das práticas próprias do tradicionalismo [...], ele corou a sua ultrapassagem no desenho de um inteiro *projeto profissional*” (NETTO, 2005, p. 276, *grifos do autor*). Este documento teve um caráter abrangente, incluindo suportes acadêmicos para a formação e para a intervenção profissional. Assim, este projeto profissional formulado pelo grupo de Belo Horizonte deixou clara a base ideopolítica de suas projeções, recusando posturas neutras ou transclassistas ao definirem o seu objeto e objetivos profissionais. Estes profissionais vão retomar as leituras marxistas e vão se colocar a serviço da classe subalternizadas. No entanto, os fundamentos deste projeto apresentam-se de forma simplista e vulgar, em que as dimensões ontológicas originais da fonte marxiana aparecem diluídas. Conforme assinala Yazbek (2009a):

Efetivamente, a apropriação da vertente marxista no Serviço Social (brasileiro e latino-americano) não se dá sem incontáveis problemas, que aqui não abordaremos, e que se caracterizam, quer pelas abordagens reducionistas dos marxismos de manual, quer pela influência do cientificismo e do formalismo metodológico (estruturalista) presente no "marxismo" althusseriano (referência a Louis Althusser, filósofo francês cuja leitura da obra de Marx vai influenciar a proposta marxista do Serviço Social nos anos 60/70 e particularmente o Método de B.H. Um marxismo equivocado que recusou a via institucional e às determinações sócio históricas da profissão.

Mas, vale ressaltar que mesmo com as limitações aparentes nestas formulações é inegável as contribuições deste trabalho para o redimensionamento profissional e questionamento do Serviço Social tradicional, ao passo que inaugura o movimento de “intenção de ruptura”, enfrentando questões teóricas, ideológicas e operativas tão fundamentais ao projeto profissional alternativo, bem como, aproxima o Serviço Social dos movimentos sociais.

Foi no início da década de 1980 que houve uma análise mais apurada e crítica do Serviço Social num empenho de articular a crítica do conhecimento, a história e a profissão através da apreensão da realidade ancorada na leitura de fontes originais de Marx. Cabe ressaltar que os cursos de pós-graduação tiveram um papel significativo no incentivo e na produção de conhecimento qualificado, onde várias temáticas foram revisitadas. Neste âmbito também foi possibilitado um diálogo com as outras profissões e com as ciências sociais, investindo significativamente na investigação.

Um marco teórico do desenvolvimento crítico no Serviço Social foi a obra de Marilda Vilela Yamamoto e de Raul de Carvalho⁶⁰, na qual a autora analisa o Serviço Social a partir de sua inserção na sociedade capitalista, à luz de um referencial teórico-metodológico ancorado nas obras de Marx. Com isso, houve um redirecionamento no debate do Serviço Social em que se deu um mergulho histórico e teórico rigoroso do ideário profissional. Este momento, como aponta Yamamoto (2009b), desdobrou-se em uma crítica marxista ao marxismo incorporado pela literatura especializada no movimento de reconceitualização latino-americana, “transformando-se em autocrítica da história das formulações teóricas oriundas das primeiras aproximações do Serviço Social ao marxismo” (*Id. Ibid.*, p. 205).

Insta destacar que a teoria social de Marx busca entender o ser social a partir de suas mediações, isto significa que as relações sociais não podem ser percebidas em sua imediatez, havendo a necessidade de ultrapassar a aparência da realidade para entendê-la dialeticamente no seu movimento contraditório. Assim, de forma sintética, é possível apreender que as relações sociais possuem mediações que “ao mesmo tempo revelam/ocultam as relações sociais imediatas. Por isto nesta matriz o ponto de partida é aceitar os fatos, dados como indicadores, como sinais, mas não como fundamentos últimos do horizonte analítico” (Yazbek, 2009a, p. 11).

Assim, a partir do amplo debate na década de 1980 – onde uma parcela do corpo profissional apontou para a preferência na adoção da teoria social crítica de Marx - abriu-se a possibilidade dos assistentes sociais desvelar os fundamentos da produção e reprodução da “questão social”, ou seja, perceber o conflito entre a classe dominada e a dominante, bem como, a função social do Estado e da profissão. Com isso, passou a ser debatida dentro da profissão a dinâmica contraditória da sociedade capitalista com ênfase na crítica da economia política. E, é neste contexto que o movimento de “intenção de ruptura” aprofunda a proposição de outro projeto profissional para o Serviço Social que visa romper com as amarras do projeto conservador.

Este caráter de oposição das vanguardas progressistas que deram corpo ao movimento de “intenção de ruptura” só pode transcender a fronteira do discurso acadêmico e polarizar atenções dos segmentos profissionais quando a crise da ditadura se evidenciou. Assim, foi necessário dois processos para a criação de um novo projeto profissional: o acúmulo político e teórico do Serviço Social e a conjuntura de transição democrática nos anos de 1980. Então, podemos afirmar que a

⁶⁰ Aqui me refiro ao livro “Relações sociais e serviço social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica”, um clássico para aqueles que estudam Serviço Social. Vale ressaltar que este livro é produto dos trabalhos de investigação de Yamamoto e Carvalho vinculados ao CELATS. Como apontei anteriormente, o CELATS foi uma organização que contribuiu decisivamente na trajetória dos processos que combatiam o conservadorismo na América Latina. No Brasil, contribuiu para o processo de renovação de Intenção de Ruptura, tendo auxiliado com recursos financeiros, capacitação profissional e através de pesquisas realizadas para reconstruir a história profissional no continente.

formulação do Projeto Profissional Crítico do Serviço Social não foi decorrente apenas de um movimento interno à profissão. Resulta da produção teórica, mas também, da organização política da profissão e da ascensão das forças democráticas-populares no cenário político brasileiro da década de 1980.

Os agentes profissionais participaram ativamente da efervescência política desse período aliando-se aos movimentos sociais e sindicais, se redefinindo para atender as demandas da classe dominada. Segundo Netto (1999), o processo de derrota da ditadura é a primeira condição – a condição política – para a constituição de um novo projeto profissional. Acerca disto, Abreu (2008) explica que:

[...] na sociedade brasileira, nos anos 80, criam-se condições concretas para o avanço do projeto profissional identificado com os interesses das classes subalternas, determinadas pelo referido movimento de democratização das relações sociais, em que avançam estratégias de politização dessas relações integradas às lutas sociais e organização das referidas classes e, contraditoriamente, pelas estratégias estatais no âmbito das políticas sociais à busca de legitimidade do sistema de poder em crise (ABREU, 2008, p. 151).

Assim, é no contexto histórico de transição democrática, quando se dá o revigoramento da sociedade civil, que emerge um novo perfil profissional e acadêmico. Cabe salientar que a categoria profissional não se comportou como um corpo homogêneo. Entretanto, as vanguardas se mobilizaram ativamente, nesse período de efervescência, na contestação política e romperam com a dominância conservadora, introduzindo na profissão o pluralismo político, que possibilitou redimensionar a organização profissional, bem como, amarrar seus compromissos a valores emancipadores universais.

As aspirações democráticas e populares, irradiadas a partir dos interesses dos trabalhadores, foram incorporadas e até intensificadas pelas vanguardas do Serviço Social. Pela primeira vez, no interior do corpo profissional, repercutiam projetos societários distintos daqueles que respondiam aos interesses das classes e setores dominantes. (NETTO, 1999, p.101).

Um marco histórico do momento relatado acima foi o III Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais que ocorreu em 1979, chamado de “Congresso da Virada”. Este congresso constitui de fato um giro no projeto profissional do Serviço Social, desdobrando-se em mudanças significativas no campo da formação, do exercício profissional e da organização política da categoria. Assim, foi no “Congresso da Virada” que se afirmou o compromisso do Serviço Social com a luta da classe trabalhadora e com a defesa da cidadania e da democracia. Isto exigiu uma reconfiguração na direção da profissão e, para tanto, também foi necessário que as entidades da categoria se renovassem, conforme explicita Guerra e Ortiz (2009, p. 128-129):

A destituição da Mesa de Honra prevista para o III CBAS, bem como as deliberações tiradas a partir daí, expressaram a clara opção política do Serviço Social pelo compromisso com os interesses da classe trabalhadora, e, por conseguinte, a decisão pela construção de um novo projeto para o Serviço Social brasileiro, e a adoção de um novo perfil profissional para os sujeitos profissionais [...]. Ou seja, o III Congresso deixava claro que era urgente a ruptura com a herança conservadora presente desde a emergência do Serviço Social no Brasil e a notória importância de um novo projeto de profissão. Era fundamental que o Serviço Social e seus profissionais estivessem articulados com a luta mais geral da classe trabalhadora, na defesa da cidadania e da democracia. E, neste sentido, tornava-se inconteste a necessidade de que as entidades do Serviço Social – seu sujeito profissional coletivo – **se reconfigurassem na direção do que a “Virada” politicamente apontava**. Foi imbuído desta “virada” progressista que o próprio, e então, conjunto CFAS/CRAS se renovou (Idem, *grifos da autora*).

O amadurecimento intelectual e político deste momento exigiu uma nova postura ética, novos valores e a reformulação das referências para a formação profissional e para a fiscalização da profissão. Assim, foi colocada em pauta de discussão a necessidade de criar novos aparatos jurídico-formais que fossem capazes de objetivar a ruptura com a herança conservadora e com as práticas reiterativas e burocratizadas que sempre permearam o universo profissional.

No âmbito da formação profissional, a categoria – em especial, a então Associação Brasileira de Ensino em Serviço Social (ABESS)⁶¹ – viu a necessidade de revisar o currículo mínimo do Serviço Social a fim de construir seus eixos norteadores a partir da nova perspectiva da profissão advinda da acumulação teórica e política do movimento de renovação de “intenção de ruptura” do Serviço Social.

A primeira revisão curricular ocorreu em 1979, sendo aprovada pelo Ministério da Educação em 1982. Este foi o primeiro instrumento legal a expressar o Projeto Profissional Crítico do Serviço Social, contribuindo para afirmar a nova tendência do profissional enfatizando, em conformidade com Guerra e Ortiz (2009), a dimensão política da intervenção profissional e o papel de “educador informal”⁶².

Assim, este currículo buscou afirmar uma nova tendência profissional em que o assistente social se coloca comprometido com a classe trabalhadora, buscando romper com o histórico conservadorismo presente na profissão. No entanto, este currículo ainda estava referenciado pelo chamado “marxismo vulgar” e trouxe alguns equívocos e lacunas, principalmente, por não revisar

⁶¹ “Um novo momento marcante na história da ABESS ocorreu na segunda metade da década de 1990, com a mudança do seu nome para Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS), justificada em função da defesa dos princípios da indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão e da articulação entre graduação e pós-graduação, aliada à necessidade da explicitação da natureza científica da entidade, bem como a urgência da organicidade da pesquisa no seu interior, hoje por meio dos Grupos Temáticos de Pesquisa e da Revista *Temporalis*” (PORTAL ABEPSS, 2011).

⁶² O assistente social como “educador informal” seria aquele que, “intentando romper com a prática da ajuda ou do cuidado, procurava socializar seu conhecimento com o outro, contribuindo dessa forma para sua autoconscientização diante da vida social” (PALMA, 1986 *apud* ORTIZ; GUERRA, 2009, p. 130).

as disciplinas que forneciam subsídios para a reflexão da filosofia e da ética.

Dentro deste contexto de redimensionamento profissional, a categoria profissional, em especial suas entidades organizativas - na época formada pelo Conselho Federal de Assistentes Sociais e pelos Conselhos Regionais de Assistentes Sociais (CFAS/CRAS)⁶³ – também passou a encaminhar as discussões acerca de uma nova lei de regulamentação profissional e um novo Código de Ética que constituísse e afirmasse um novo perfil profissional portador de um projeto profissional renovado (GUERRA; ORTIZ, 2009).

Assim, podemos observar que o primeiro Código de Ética profissional a romper com o histórico conservadorismo dos códigos de ética anteriores foi aprovado em 1986. Cabe apontar que antes deste Código de Ética profissional existiram os Códigos de 1947, 1965 e 1975. Estes eram fundamentados em éticas conservadoras de concepção neotomista, revelando uma perspectiva a-histórica, metafísica e idealista do mundo e da profissão. Seus valores, como vimos nos itens anteriores deste estudo, eram predominantemente abstratos e se pautavam no “bem comum”, na “harmonia”, na “perfectibilidade” e tinha uma pretensa defesa da neutralidade. Ainda, vale lembrar, que até meados da década de 1970, o debate sobre a ética foi inspirado em uma perspectiva moralizadora da questão social, partindo do entendimento de que as contradições sociais provenientes das desigualdades sociais e da luta de classes seriam “disfunções”, concebendo as expressões da questão social como “desvios” de conduta moral. Assim, o Serviço Social tradicional direcionava a sua ação para a “correção” destes “desvios”, guiando-se pela idealização do “bem comum” e da “justiça” de conteúdo abstrato (BARROCO, 2012).

A partir disto, pode-se observar que apesar dos Códigos anteriores ao de 1986 defenderem a neutralidade profissional e se apoiarem em uma concepção que genericamente se referia a todos humanos, na verdade, eles se encontravam carregados de valores e posicionamentos políticos que tinham seus significados desvelados no interior dos discursos e das elaborações teóricas que expressavam o conservadorismo da sociedade e da profissão, direcionando a intervenção profissional dos assistentes sociais daqueles períodos.

Já o Código de 1986 rompeu com essa pretensa neutralidade profissional se colocando como parte de um projeto profissional que se articula a um projeto de sociedade e, em conformidade com Barroco (2012, p. 47), “descaracterizou a tendência legalista do Código anterior, politizando a sua natureza de documento construído coletivamente pela categoria por meio de suas entidades representativas”. Desta maneira, a dimensão política da profissão foi explicitada de forma objetiva exigindo uma nova ética que se comprometeu com as necessidades e interesses da classe

⁶³ Com a aprovação da lei 8662/93, que revogou a 3252/57, as designações passaram a ser Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) e Conselhos Regionais de Serviço Social (CRESS).

trabalhadora. Considerando o exposto, Barroco (2012) resume que as seguintes conquistas podem ser vistas com o Código de Ética de 1986:

o rompimento com a pretensa perspectiva “imparcial” dos Códigos anteriores; o desvelamento do caráter político da intervenção ética; a explicitação do caráter de classe dos usuários, antes dissolvidos no conceito abstrato de “pessoa humana”; a negação de valores a-históricos; a recusa do compromisso velado ou explícito com o poder instituído. A partir de 1986, o CE passa a se dirigir explicitamente ao compromisso profissional com a realização dos direitos e das necessidades dos usuários, entendidos em sua inserção de classe. (Idem, p. 48).

Assim, o Código de Ética dos assistentes sociais ao explicitar claramente o seu compromisso com a realização dos direitos e das necessidades dos usuários, compreendidos em sua inserção de classe, contribuiu significativamente para as conquistas políticas do Projeto Profissional Crítico dos assistentes sociais, possibilitando o seu amadurecimento nos anos 1990.

Contudo, assim como as primeiras Diretrizes Curriculares de 1982, o Código de 1986 pareceu insuficiente em sua parte operacional e nos seus pressupostos teóricos baseados em referenciais marxistas. No Código de 1986 há uma ausência de reflexão ética sistemática, donde o compromisso político-ideológico aparece como o imperativo ético, ao passo que não contempla as contradições e peculiaridades das escolhas éticas, conforme explica Barroco (2008, p. 177):

O Código expressa uma concepção ética mecanicista; ao derivar, imediatamente, a moral da produção econômica e dos interesses de classe, não apreende as mediações, peculiaridades e dinâmicas da ética. Ao vincular, mecanicamente, o compromisso profissional com a classe trabalhador, sem estabelecer a mediação dos valores próprios à ética, reproduz uma visão tão abstrata quanto a que pretende negar [...]. Na medida em que o compromisso e as classes não são tratados em suas mediações em face da ética profissional, o Código não expressa uma apreensão da especificidade da ética, em vez de se comprometer com valores, se compromete com um classe, o que é o mesmo que afirmar que tal classe é, a *priori*, detentora dos valores positivos, o que configura uma visão idealista e desvinculada da questão da alienação.

Da assertiva acima extrai-se que o Código de 1986 não conseguiu superar a visão do marxismo vulgar e reduziu a ética aos interesses de classes, apoiando uma falsa percepção de que a opção pela classe trabalhadora leva invariavelmente a uma moralidade positiva. Acerca da ética marxista vale destacar o seguinte trecho explicado por Barroco (2008, p. 190):

A ética marxista é apoiada na teoria da emancipação proletária marxiana [...]. Ontologicamente considerada, a superação do capitalismo é um processo desencadeado pelo proletariado, no sentido de sua auto-supressão, ou seja, de superação da existência de classes sociais, da criação de condições para uma (re) apropriação universalizante da riqueza humana construída historicamente. Libertar a humanidade, para Marx, não é transferir a função ideológica da moral burguesa para a moral proletária, pois esses parâmetros, sendo históricos, estão invariavelmente sujeitos à manifestações alienadas.

Considerando a ontologia do ser social em Marx (2011a), cuja abordagem defende a centralização do trabalho para a análise da existência humana e da vida social, pode-se afirmar que a ética e os valores se inscrevem no âmbito da práxis em que o trabalho tem uma centralidade, pois a objetivação do trabalho propicia o desenvolvimento de certas capacidades que instituem o ser social, sendo capaz de agir conscientemente, de forma livre e universal. Assim, apesar do ser social não se esgotar no trabalho, este é a base de sua constituição, pois ele é necessário para a formação das sociedades e determina as organizações que as fundamentam, respondendo as necessidades sócio-históricas e produzindo as formas de interação humana.

O trabalho, conforme Barroco (2008), é a atividade fundamental para a libertação dos sujeitos, pois somente através da liberdade prática e criativa do trabalho seremos capazes de usufruir a riqueza humana. Em suma, o ser social é um ser da práxis que através do trabalho transforma a natureza e a si próprio, e, conforme a mesma autora (2012, p. 54), “responde a necessidades, cria alternativas, institui a possibilidade de escolher entre elas e produz socialmente um resultado objetivo que amplia suas capacidades criando novas alternativas, gestando, com isso, condições objetivas para o exercício da liberdade”.

No entanto, cabe ressaltar que na sociedade capitalista a força de trabalho se mistifica em mercadoria, e o trabalho, categoria ontológica do ser social, perde o seu caráter de atividade livre e criativa, tornando-se fonte de exploração e meio de reprodução do *ethos* capitalista. Desta forma, pode-se afirmar que somente através da ética é possível ultrapassar as noções mistificadoras da liberdade, pois através da reflexão ética podemos ter a compreensão do caráter livre e criativo do trabalho e das suas possibilidades emancipatórias. Portanto, pensar na liberdade e no trabalho como capacidade livre e criativa, é pensar a ética.

A partir destas considerações, podemos sintetizar que a ação ética exalta a existência genérica dos sujeitos, seus aspecto universalizantes e tem a liberdade como base fundamental. A ética, enquanto capacidade livre e revolucionária deve ser crítica e reflexiva, questionadora dos valores impostos e direcionada as potencialidades humano-genéricas emancipatórias. Assim, os valores éticos têm função de mediação na ação transformadora e se colocam como necessários para a organização dos sujeitos. A partir disto, pode-se afirmar que a ética é parte constitutiva da ação prática e social do ser social, pois esta é mediada por projetos que são derivados de escolhas de valor que buscam interferir de forma consciente na vida social em direção de sua objetivação.

Considerando o exposto, retomo aqui que é somente em 1993, com a abertura de espaços de discussão sobre a ética no interior dos eventos nacionais da categoria, que os profissionais conseguiram impulsionar a pesquisa no campo da ética e criar um novo Código de Ética

Profissional em que os princípios, direitos e deveres inscritos nele carregam uma concepção ética fundamentada na ontologia do ser social (BARROCO, 2008), onde o trabalho ganha centralidade e a liberdade é valor ético central.

É na década de 1990 com a sistematização teórica de uma ética profissional fundamentada na teoria social de Marx que as bases de sustentação ético-políticas do Projeto Profissional Crítico avançaram. Com isso, foram formulados e aprovados o novo Código de Ética e a Lei de Regulamentação Profissional dos Assistentes Sociais em 1993 e as novas Diretrizes Curriculares da ABEPSS em 1996.

Cabe destacar que a revisão das Diretrizes Curriculares se deu através de um amplo debate coletivo e democrático entre a categoria profissional⁶⁴. As novas diretrizes superaram os equívocos do currículo anterior, ao mesmo tempo em que garantiu os seus ganhos, afirmando a nova direção social crítica para o exercício e formação profissional. Assim, à formação profissional foi redirecionada para a criação de um perfil profissional munido de competência teórico-crítica, com uma aproximação consistente a matriz marxiana e marxista do pensamento social, articuladas as competências ético-política e técnica- operativa.

As Diretrizes Curriculares tratou de superar as defasagens teórico-metodológicas e as fragilidades operativas na formação, buscando garantir uma relação de organicidade entre a formação e a realidade brasileira. Ou seja, as Diretrizes Curriculares (ABEPSS, 1996, p. 7) implicou em uma capacitação no sentido da:

- 1- Apreensão crítica do processo histórico como totalidade;
- 2- A investigação sobre a formação histórica e os processos sociais contemporâneos que conformam a sociedade brasileira, no sentido de apreender as particularidades da constituição e desenvolvimento do capitalismo e do Serviço Social no país;
- 3- Apreensão do significado social da profissão desvelando as possibilidades de ação contidas na realidade;
- 4- Apreensão das demandas – consolidadas e emergentes – postas ao Serviço Social via mercado de trabalho, visando formular respostas profissionais que potenciem o enfrentamento da questão social, considerando as novas articulações entre público e privado;
- 5- Exercício profissional cumprindo as competências e atribuições previstas na Legislação Profissional em vigor.

Considerando o exposto, pode-se afirmar que a formação profissional passou a expressar uma concepção de ensino e aprendizagem calcada na dinâmica da vida social e isso estabeleceu os parâmetros para a inserção profissional na realidade sócio-institucional. Nesta proposta foi reafirmado o trabalho como atividade central na constituição do ser social; a necessidade de um

⁶⁴ “Entre 1994 e 1996 foram realizadas aproximadamente 200 (duzentas) oficinas locais nas 67 Unidades Acadêmicas filiadas à ABESS, 25 (vinte e cinco) oficinas regionais e duas nacionais” (ABEPSS, 1996, p. 3).

redimensionamento nas formas de pensar/agir dos profissionais diante das novas demandas colocadas pelas mudanças nos padrões de acumulação e regulação social; e afirmou-se a centralidade da questão social na elaboração deste currículo, visto que o objeto de intervenção do assistente social encontra-se situado aí.

O projeto de formação remete-se a um conjunto de conhecimentos indissociáveis que se expressam em três núcleos de fundamentação: 1- Núcleo de fundamentos teórico-metodológicos da vida social; 2- Núcleo de fundamentos da particularidade da formação sócio-histórica da sociedade brasileira; e, 3- Núcleo de fundamentos do trabalho profissional. Este núcleo se articula de forma a favorecer uma nova forma de realização de mediações que deve ser transversal a toda a formação profissional, articulando-se ensino-pesquisa-extensão (ABEPSS, 1996).

Em síntese, as novas Diretrizes Curriculares (idem) se organizou de forma a não permitir a fragmentação e segmentação das disciplinas, recusando a divisão entre ensino teórico e ensino prático, entre investigação e intervenção, entre ética e política. Conforme podemos verificar, as Diretrizes Curriculares apontam caminhos para a formação de um profissional dotado de capacidade crítica para a realidade social numa perspectiva de totalidade, propiciando condições objetivas de construção de ações profissionais que estejam comprometidas com o Projeto Profissional Crítico do Serviço Social⁶⁵.

No que concerne ao Código de Ética de 1993, este se revela comprometido com valores emancipadores universais, vinculado a um projeto de transformação da sociedade, em que propõe a construção de uma nova ordem societária, onde não haja dominação e/ou exploração de classe, etnia e gênero. Portanto, seus fundamentos éticos se pautam por valores radicalmente humanos e democráticos, atravessados por um compromisso com a autonomia, a emancipação e a plena expansão dos indivíduos sociais (CFESS, 1993a).

Estes princípios e valores devem contribuir para o fortalecimento do Projeto Profissional Crítico dos assistentes sociais nas intervenções profissionais, tendo-se a compreensão que a ética não pode ser reduzida a dimensão normativa do Código, mas exige reflexões e ações críticas no cotidiano profissional à luz da liberdade, da democracia, da justiça social, da equidade e da emancipação humana, criando um campo de possibilidades que afirmam os direitos e deveres nele presente, mas também os superam. Acerca desta questão, Barroco (2012) esclarece que o Código de

⁶⁵ No entanto, cabe ressaltar aqui que dentro do contexto neoliberal de reformas, iniciou-se um processo de adequação curricular, entre elas a de Serviço Social que viesse atender às exigências da Lei de Diretrizes e Bases da Educação exigida pelo MEC. Assim, “as normativas da Secretaria de Ensino Superior (SESu/MEC) exigiram mudanças nas diretrizes curriculares do curso de Serviço Social que haviam sido elaboradas pelo conjunto da categoria profissional em 1996. As adequações necessárias, incluindo as competências e habilidades, foram elaboradas pela comissão de especialistas, apoiada pela ABEPSSS, entretanto os pareceristas da SESu/MEC realizaram cortes e modificações” (WERNER, 2011). Isto pode ser visto na Resolução CNE/CES 15/2002.

Ética profissional se remete a dois projetos:

o projeto profissional e a projeção de uma nova sociedade, que supõe a superação radical da sociedade burguesa [...]. Assim, quando se referiu a emancipação, o CE não pretendeu afirmar que seria possível realizar a emancipação humana nos limites do trabalho profissional, pois supõe que existem níveis diferentes de emancipação; que a emancipação sociopolítica não se confunde com a emancipação humana (Marx, 1991), mas que isso não a torna menos importante, como realização relativa de conquistas emancipatórias. (idem, p. 59-60).

Assim, o Código de Ética coloca a emancipação política como realizável em níveis diversos nos limites da sociabilidade burguesa, mas sem desconectar do horizonte da emancipação humana, enquanto devir mediado pelo exercício profissional na perspectiva do seu alargamento e no horizonte da superação da sociedade capitalista. Desta maneira, o Código de Ética apresentou como avanço frente ao Código de 1986 o estabelecimento de mediações entre os projetos societários e profissionais. Assim, ofereceu respostas objetivas as intervenções profissionais e as suas possibilidades de objetivação nos campos sócio-ocupacionais, considerando os limites da sociedade capitalista, já que estas respostas não se esgotam em si mesma, mas sofrem as determinações sócio-históricas nas quais estão inseridas. Com isso, reafirmou os compromissos da profissão “com a luta geral dos trabalhadores” e com a “opção por um projeto profissional vinculado ao processo de construção de uma nova ordem societária, sem dominação, exploração de classe, etnia e gênero” (CFESS, 1993a, p. 3), levando em consideração a questão da ética em seus fundamentos ontológicos, como podemos observar anteriormente.

Posto isto, pode-se afirmar que os compromissos com a emancipação política e humana ficaram expressamente indicados nos princípios fundamentais deste novo Código, a saber:

- Reconhecimento da liberdade como valor ético central e das demandas políticas a ela inerentes - autonomia, emancipação e plena expansão dos indivíduos sociais;
- Defesa intransigente dos direitos humanos e recusa do arbítrio e do autoritarismo;
- Ampliação e consolidação da cidadania, considerada tarefa primordial de toda sociedade, com vistas à garantia dos direitos civis sociais e políticos das classes trabalhadoras;
- 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;
- Defesa do aprofundamento da democracia, enquanto socialização da participação política e da riqueza socialmente produzida;
- 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;
- Garantia do pluralismo, através do respeito às correntes profissionais democráticas existentes e suas expressões teóricas, e compromisso com o constante aprimoramento intelectual;
- Opção por um projeto profissional vinculado ao processo de construção de uma

nova ordem societária, sem dominação e exploração de classe, etnia e gênero;

- Articulação com os movimentos de outras categorias profissionais que partilhem dos princípios deste Código e com a luta geral dos trabalhadores;
- Compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população e com o aprimoramento intelectual, na perspectiva da competência profissional;
- 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. (CFESS, 1993a, p. 3).

Desses princípios, extrai-se que o Código de Ética dos assistentes sociais traça um perfil profissional comprometido com valores ético-humanistas de liberdade, equidade e justiça social, articulando-os à democracia e à cidadania, como intenção e condição para autoconstrução de sujeitos individuais e coletivos criadores da história. Partindo da linha argumentativa de Barroco (2012) estes valores são essenciais, pois são fundantes de outros valores presentes no Código de Ética. A autora ainda explica que eles são simultaneamente valores e formas de viabilização da emancipação humana e esta, por sua vez, “é o valor de caráter humano-genérico mais central do CE, indicando a sua finalidade ético-política mais genérica” (idem, p. 58).

Convém abordar aqui a que tipo de liberdade, democracia, equidade e justiça social que este Código se refere. A liberdade, colocada como valor ético central no Código, é uma das noções mais mistificada na nossa sociedade, conforme sinalizei anteriormente ao abordar a ontologia do ser social em Marx. Retomo aqui que a noção de liberdade que vem sendo reproduzida pela sociabilidade burguesa se funda nas necessidades do modo de produção capitalista. Isto é, a liberdade adotada pela sociedade burguesa faz referência a livre iniciativa do mercado, a defesa da propriedade privada e ao individualismo. Já a liberdade defendida pelo Código de Ética se refere à liberdade como capacidade humana, criativa e transformadora. Isto é, uma liberdade constituída como prática social e não a partir de um indivíduo isolado. Liberdade, que enquanto mediação ética, eleva o sujeito à sua ascensão como ser humano-genérico e ultrapassa os limites da propriedade privada e de tudo que ela funda, tornando possível a cooperação entre os sujeitos para o pleno desenvolvimento de cada um. Acerca da importância do valor ético de liberdade no Código de Ética, Barroco (2012, p. 62-63) assinala:

Vê-se porque a reflexão e a práxis motivada pela liberdade são sempre de caráter genérico; remete ao gênero humano, nos leva a sair da nossa singularidade para pensar e agir em função dos outros, da sociedade e da humanidade. Eis porque no CE valores humanos-genéricos como liberdade e emancipação fornecem uma direção aos demais valores.

Assim, objetivar relações mais livres é intervir de maneira que a autonomia de nossas ações sejam ampliadas, levando em consideração a relação com os outros; e, também, buscar intervir de maneira que haja a liberação das formas de opressão que barram a livre manifestação das

capacidades e potencialidades humanas (idem). A partir destas considerações, pode-se depreender que a liberdade apregoada pelo Código de Ética corresponde à existência de alternativas concretas, “à possibilidade de escolhas, à existência de condições sociais para vivência e a ampliação das capacidades, a liberação dos impedimentos à manifestação das forças humanas etc [...]” (idem, p. 56).

Cabe agora situar qual a concepção de democracia que o Código de Ética faz referência. Primeiramente, vale apontar que a democracia foi tomada no Código como valor-político central, entendendo que este é o único padrão de organização político-social capaz de viabilizar os valores essenciais (CFESS, 1993a, BARROCO, 2012). Assim, a concepção de democracia exposta aqui supõe a ultrapassagem da ordem capitalista, diferindo da concepção liberal burguesa, visto que se refere à socialização da participação política e da riqueza socialmente produzida.

No que concerne aos demais valores ético-políticos do Código de 1993, pode-se afirmar que eles foram incluídos também na perspectiva da emancipação. Destaco aqui a defesa da autonomia, da diversidade, da participação, do pluralismo e da competência; bem como o repúdio ao autoritarismo, ao preconceito, a dominação, a exploração e a discriminação.

Em suma, pode-se afirmar que no Código de Ética profissional de 1993 serão defendidos direitos que carregam as prescrições ético-políticas mencionadas que visam objetivar os valores essenciais de liberdade, equidade, justiça social ou de realizar formas políticas que viabilizam esses valores, como a democracia. A partir das mediações históricas esses valores orientarão as intervenções profissionais e darão especificidade ao trabalho do assistente social enquanto trabalhador inserido na divisão sócio-técnica do trabalho. Com isso, a viabilização dos direitos sociais, por meio das políticas e programas institucionais aparecerão como formas de dar objetivação aos valores prescritos no âmbito da emancipação política.

Porém, como afirmei anteriormente, estes não constituem a finalidade última da intervenção profissional, nem podem se limitar à forma restrita e fragmentada como aparecem e são reproduzidos na sociedade capitalista. É neste sentido que o Código de Ética se posiciona “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*” (CFESS, 1993a, p. 3, *grifos meus*). Isto significa que o assistente social deve atuar em direção a ampliação de direitos que sejam universais e pela gestão compartilhada, colocando-se contra aos direitos restritos e fragmentados.

Vale destacar que para os assistentes sociais atingirem os princípios de emancipação, será necessária a viabilização de outros princípios como aqueles que se referem a “articulação com os movimentos de outras categorias profissionais” e “com a luta geral dos trabalhadores”, bem como, “o compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população” e com o “aprimoramento

intelectual”, pois é através da luta coletiva e do compromisso com uma competência teórico-metodológica é que se abre o caminho para a efetivação na práticas dos demais princípios ético-políticos tratados aqui.

Ainda dentro do quadro de viabilização de direitos, o Código de Ética também coloca a “defesa intransigente dos direitos humanos” e inclui a “ampliação e consolidação da cidadania, considerada tarefa primordial de toda sociedade, com vistas à garantia dos direitos civis, sociais e políticos das classes trabalhadoras” (CFESS, 1993a, p. 3). A concepção de cidadania aparece como a forma sociopolítica que possibilita garantir os direitos sociais e políticos. Considerando isto, o Código apresenta uma visão em prol do desenvolvimento pleno desta cidadania que supõe a superação da sociedade burguesa. Diante disto, a cidadania aparece articulada à democracia, enquanto forma política capaz de favorecer “a ultrapassagem das limitações reais que a ordem burguesa impõe ao desenvolvimento pleno da cidadania, dos direitos e garantias individuais, sociais e das tendências à autonomia e à autogestão social (CFESS, 1993a; Barroco, 2012).

Acerca dos Direitos Humanos (DH), vale destacar que as demandas por eles revelam que os direitos não vêm sendo assegurados por outros meios, assim, ganham seu significado na sociedade capitalista que se fundamenta pela propriedade privada dos meios de produção, pela exploração do trabalho e pela dominação de classe. Ao mesmo tempo, os Direitos Humanos se configuram como resultado do enfrentamento das diversas maneiras de degradação da vida humana em que os sujeitos são desapropriados de suas condições sociais de existência e expostos a variadas situações de violação de sua humanidade em processos de discriminação, opressão, dominação e exploração (BARROCO, 2012). Desta maneira, quanto mais crescem as violações e degradações do ser humano, maiores são as reivindicações pelos Direitos Humanos por aqueles que estão sendo violados e pelas forças progressistas que os apoiam. Posto isto, pode-se afirmar que esta demanda rebate nas profissões que atuam diretamente com os sujeitos afetados por estes processos, tal como, o Serviço Social. Conforme Barroco (2012, p. 65), as “questões envolvidas nas violações de DH aproxima os DH do debate ético e político profissional”.

Logo, a defesa dos Direitos Humanos foram incluídos como um dos princípios do Código de Ética, sendo abordados historicamente e apreendidos no contexto da sociedade burguesa, levando-se em consideração as suas contradições e determinações. Em outras palavras, a concepção dos Direitos Humanos adotada no Código consiste em abordar o conjunto de direitos e seus portadores através da perspectiva da universalidade que requer compreender o homem como um ser universal concreto, cujas condições sociais, econômicas e políticas são determinadas por sua inserção sócio-histórica e suas determinações de classe.

Vale apontar que a inclusão dos Direitos Humanos no Código como princípio fundamental

tem a sua importância enquanto processo de viabilização das necessidades e interesses dos sujeitos. Acerca disto, Barroco (2012, p. 66), explica que

Os DH são simultaneamente: objeto da ação profissional, valor ético-político e forma histórica de realização de valores e de necessidades. Localizados em níveis diversos de emancipação social e política, os DH foram conquistados por meio de manifestações, protestos, greves, lutas contra a opressão, pertencendo à totalidade das lutas da classe trabalhadora e dos grupos subalternos.

No entanto, necessário se faz compreender que os Direitos Humanos estão inscritos nos limites da sociedade burguesa, tendo um caráter contraditório. Assim, estes direitos podem servir à legitimação de ideologias dominantes e à apologia do capitalismo, sendo tratados de forma abstrata e a-histórica. Para Barroco (2012), reconhecer estas limitações dos Direitos Humanos não deve levar à sua negação absoluta, pois estes direitos, conforme a citação acima, também são conquistas dos trabalhadores e dos grupos sociais discriminados, e, portanto, podem ser tratados como “estratégia de resistência” (idem, p.66).

Complementar a isto, pode-se depreender que o Código de Ética revela uma ética democrática que se pauta pela defesa da liberdade, da justiça, da equidade e dos Direitos Humanos que traz ainda como princípios fundamentais “o respeito à diversidade, à participação de grupos socialmente discriminados e à discussão das diferenças” (CFESS, 1993a, p. 3). Ou seja, se posiciona na luta pela garantia da autonomia dos sujeitos em suas decisões e preservação de seus valores e costumes. Desta maneira, o Código se posiciona contrário a qualquer tipo de exclusão, desigualdade, discriminação e preconceito.

Conforme Barroco (2012), a diversidade faz parte das diferentes culturas, sendo “elemento constitutivo do gênero humano e afirmação de suas peculiaridades naturais e socioculturais” (idem, p.69). Partindo desta linha argumentativa, pode-se afirmar que quando as diferenças se tornam espaços para as discriminações e desigualdades, estamos diante de questões ético-políticas e no âmbito da discussão dos Direitos Humanos, com isso, abre-se um campo de luta pelo reconhecimento do direito à diversidade. É neste contexto que o Código afirma uma posição que tem por orientação os valores e princípios da ética profissional em prol da eliminação de todas as formas de preconceito e de discriminação “por questões de inserção de classe social, gênero, etnia, religião, nacionalidade, orientação sexual, idade e condição física” (CFESS, 1993, p. 3-4).

Ainda vale destacar que, conforme Barroco (2012) a ética profissional pode se configurar como uma ética consciente que interage com a sociedade e com a humanidade, conectada a exigências ético-políticas emancipatórias e objetivadoras de tais motivações, como também pode produzir resultados que neguem estas exigências.

Considerando isto, podemos analisar que a reprodução da prática profissional do assistente social se dá no âmbito da vida cotidiana⁶⁶, onde as demandas postas ao Serviço Social surgem através da dinâmica desta cotidianidade que é terreno fértil para a heterogeneidade, a imediatividade e superficialidade⁶⁷. Estes são repetidos de forma automática em face da burocracia institucional e, portanto, favorecem a dinâmica de uma ação profissional alienada em que o cotidiano não é refletido e as exigências ético-políticas não são incorporadas à sua individualidade. No entanto, conforme Netto (1989), é possível ultrapassar esta dinâmica através da “suspensão” da cotidianidade em que se eleva o indivíduo ao gênero. Vale explicar que esta suspensão não se trata de fugir do cotidiano, e sim, de um circuito em que se sai da vida cotidiana e se retorna a ela de forma modificada, onde a percepção do cotidiano fica mais enriquecido, pois supõe o alcance da consciência humano-genérica. Esse ganho de consciência no processo de suspensão possibilita a transformação do cotidiano singular e coletivo.

Assim, para se ter a possibilidade de alcançar uma consciência crítica que desvele a realidade cotidiana, faz-se necessário um preparo técnico, teórico, ético e político do assistente social, exigindo-se desses profissionais certo grau de consciência e de comprometimento com as motivações éticas de caráter genérico. Para tanto, a capacitação profissional, aliada aos conhecimentos da formação, aparece como um dos mecanismos que podem levar a este preparo, pois através dela surge a possibilidade de indagarmos de forma crítica os valores que estão nos orientando nas intervenções profissionais e levantar questões sobre a realidade social, ultrapassando as leituras simplistas, o senso comum, os preconceitos e a alienação moral, auxiliando no processo de construção das intervenções dos assistentes sociais em prol da ampliação e garantia de direitos, bem como da qualidade dos serviços prestados.

É neste sentido que o aprimoramento intelectual profissional foi previsto no Código de Ética como um dos princípios profissionais. Ou seja, o aprimoramento intelectual é um compromisso dos assistentes sociais firmado nos seu Código de Ética que exige “um profissional crítico, teoricamente qualificado e politicamente articulado a valores progressistas” (BARROCO, 2012, p. 77).

A partir do exposto até aqui, pode-se afirmar que o Código de Ética possui uma dimensão prático-operativa, tendo por eixo a defesa e a universalização dos direitos e de mecanismos de

⁶⁶ A vida cotidiana é definida como um conjunto de atividades rotineiras dirigidas mais por gestos mecânicos e automatizados do que pela consciência. “Não existe vida humana sem o cotidiano [...]. O cotidiano está presente em todas as esferas de vida do indivíduo, seja no trabalho, na vida familiar, nas suas relações sociais, lazer etc...” (FALCÃO, 1989, p. 25). Em suma, a vida cotidiana aqui é compreendida como conjunto de atividades fundamentais que marcam a (re) produção dos sujeitos.

⁶⁷ Acerca disto, Netto (1989) traz as determinações fundamentais da cotidianidade em Lukács: a heterogeneidade, entendida como a interseção das atividades que compõem o conjunto de objetivações do ser social; a imediatividade que pode ser definida como uma conduta específica da cotidianidade em que há uma relação direta entre pensamento e ação; e, a superficialidade extensiva que faz das ações cotidianas meras reproduzoras da vida de cada indivíduo, onde a prioridade da vida está em responder aos fenômenos na sua extensividade, e não na sua intensividade.

regulação social democráticos. Acerca do compromisso profissional este documento aponta para as determinações da competência ético-política profissional que vão para além da vontade dos profissionais e da adesão a valores. Isto significa que é necessário colocar estes compromissos em prática, donde advém a sua identificação entre as dimensões ético-políticas, teórico-metodológicas e técnica-operativa na direção da prestação de serviços sociais, na luta pela ampliação de direitos e no reforço aos valores emancipatórios. Logo, o Código de Ética passou a ser referência para os encaminhamentos práticos e de posicionamentos políticos que se colocam frente à política neoliberal e de seus desdobramentos que atingem ao conjunto da população.

Em suma, o Código de Ética contém em seus princípios e valores uma direção social anticapitalista e anticonservadora que foi assumida pela categoria profissional. Sendo assim, este Código pode e deve ser materializado através das intervenções profissionais, interferindo na realidade social e produzindo um resultado concreto, mesmo que sob certas condições limitadas historicamente, conforme explica Barroco (2012, p. 35, *grifos da autora*):

O CE é um instrumento educativo orientador do comportamento ético profissional do assistente social: representa a autoconsciência ético-política da categoria profissional em um dado momento histórico. Assim, é mais do que um conjunto de normas, deveres e proibições; é parte da ética profissional: *ação prática mediada por valores que visa interferir na realidade, na direção da sua realização objetiva, produzindo um resultado concreto.*

Enfim, o Código de Ética (1993) é um dos instrumentos normativos mais significativos que expressa o Projeto Profissional Crítico, pois deixa evidenciar a autoimagem da profissão, tratando dos seus compromissos, de seus valores, de sua direção. Assim, deixa claro o seu posicionamento político ao definir a sua intencionalidade e seu direcionamento, rompendo com a suposta neutralidade do exercício profissional apregoada pelas vertentes conservadoras.

No que se refere a Lei de Regulamentação Profissional esta foi sancionada em 1993 – lei nº 8.662 –, substituindo uma lei que vigorava desde 1957. Esta lei visa regulamentar a profissão definindo competências e atribuições privativas do assistente social, tendo como objetivo disciplinar e defender o exercício profissional do assistente social, possibilitando a efetivação da construção autônoma da identidade coletiva da profissão de Serviço Social, bem como se direciona para a defesa da garantia e ampliação dos direitos. Assim, foram atribuídos ao Serviço Social competências relacionadas a gestão de políticas sociais, as orientações sociais, a análise da realidade social, as ações de assessoria a entidades, assim como aos movimentos sociais, entre outras, conforme podemos ver nos artigos 4º e 5º desta lei:

Art. 4º Constituem competências do Assistente Social:

- I - elaborar, implementar, executar e avaliar políticas sociais junto a órgãos da administração pública, direta ou indireta, empresas, entidades e organizações populares;
- II - elaborar, coordenar, executar e avaliar planos, programas e projetos que sejam do âmbito de atuação do Serviço Social com participação da sociedade civil;
- III - encaminhar providências, e prestar orientação social a indivíduos, grupos e à população;
- IV - (Vetado);
- V - orientar indivíduos e grupos de diferentes segmentos sociais no sentido de identificar recursos e de fazer uso dos mesmos no atendimento e na defesa de seus direitos;
- VI - planejar, organizar e administrar benefícios e Serviços Sociais;
- VII - planejar, executar e avaliar pesquisas que possam contribuir para a análise da realidade social e para subsidiar ações profissionais;
- VIII - prestar assessoria e consultoria a órgãos da administração pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades, com relação às matérias relacionadas no inciso II deste artigo;
- IX - prestar assessoria e apoio aos movimentos sociais em matéria relacionada às políticas sociais, no exercício e na defesa dos direitos civis, políticos e sociais da coletividade;
- X - planejamento, organização e administração de Serviços Sociais e de Unidade de Serviço Social;
- XI - realizar estudos sócio-econômicos com os usuários para fins de benefícios e serviços sociais junto a órgãos da administração pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades.

Art. 5º Constituem atribuições privativas do Assistente Social:

- I - coordenar, elaborar, executar, supervisionar e avaliar estudos, pesquisas, planos, programas e projetos na área de Serviço Social;
- II - planejar, organizar e administrar programas e projetos em Unidade de Serviço Social;
- III - assessoria e consultoria a órgãos da Administração Pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades, em matéria de Serviço Social;
- IV - realizar vistorias, perícias técnicas, laudos periciais, informações e pareceres sobre a matéria de Serviço Social;
- V - assumir, no magistério de Serviço Social tanto a nível de graduação como pós-graduação, disciplinas e funções que exijam conhecimentos próprios e adquiridos em curso de formação regular;
- VI - treinamento, avaliação e supervisão direta de estagiários de Serviço Social;
- VII - dirigir e coordenar Unidades de Ensino e Cursos de Serviço Social, de graduação e pós-graduação;
- VIII - dirigir e coordenar associações, núcleos, centros de estudo e de pesquisa em Serviço Social;
- IX - elaborar provas, presidir e compor bancas de exames e comissões julgadoras de concursos ou outras formas de seleção para Assistentes Sociais, ou onde sejam aferidos conhecimentos inerentes ao Serviço Social;
- X - coordenar seminários, encontros, congressos e eventos assemelhados sobre assuntos de Serviço Social;
- XI - fiscalizar o exercício profissional através dos Conselhos Federal e Regionais;
- XII - dirigir serviços técnicos de Serviço Social em entidades públicas ou privadas;
- XIII - ocupar cargos e funções de direção e fiscalização da gestão financeira em órgãos e entidades representativas da categoria profissional. (CFESS, 1993b, p. 2-3)

Pode-se dizer, portanto, que a lei de regulamentação da profissão é um instrumento normativo importante para a superação de uma concepção conservadora na profissão, pois ao definir as competências e atribuições privativas dos assistentes sociais esta lei se direciona para a defesa do espaço de atuação profissional e dos direitos sociais, sendo delineado a partir da perspectiva do Projeto Profissional Crítico de compromisso com a qualidade dos serviços prestados

aos usuários, da cidadania e da democracia.

Em síntese, a partir da década de 1990, foram concretizados avanços no campo da ética, da fiscalização do exercício profissional e da formação profissional, em que estes documentos vão expressar um novo projeto profissional para o Serviço Social. Desta forma, o projeto profissional será fundamentado por bases críticas, tendo uma clara direção social e política, donde a categoria profissional rompe com o conservadorismo das intervenções profissionais e contrapõe-se a ordem capitalista. Os valores e princípios deste novo projeto estão comprometidos com o enfrentamento da exploração que sustenta a sociedade de classes, sendo, portanto, um projeto que tem o compromisso com valores ético-políticos emancipatórios, na luta pela defesa da democracia e da justiça social, e foi denominado no interior da categoria como Projeto Ético-Político ou Projeto Profissional Crítico.

Ainda vale lembrar que o Projeto Profissional Crítico possui uma valoração ética que o atravessa como um todo, mas que não se limita as normas e prescrições de direitos e deveres do Código de Ética Profissional. Com efeito, este projeto não está escrito em um único documento, nem se restringe as leis internas da profissão. Assim, conforme Braz (2001), os elementos constitutivos do Projeto Profissional Crítico podem ser encontrados em três dimensões articuladas entre si: a) a dimensão da produção de conhecimentos no interior do Serviço Social⁶⁸; b) a dimensão político-organizativa da categoria⁶⁹; c) dimensão jurídico-política da profissão⁷⁰:

Essas dimensões articuladas entre elas compõem o corpo material do projeto ético político profissional que, como foi dito, deve ser compreendido como uma construção coletiva que, como tal, tem uma determinada direção social que envolve, valores, compromissos sociais e princípios que estão em permanente discussão exatamente porque participante que é do movimento vivo e contraditório das classes na sociedade. O sucesso do projeto depende de análises precisas das condições subjetivas e objetivas da realidade para sua realização bem como de ações políticas coerentes com seus compromissos e iluminadas pelas mesmas análises. (*Id. Ibid.*, p.7).

⁶⁸ A dimensão da produção de conhecimentos no interior do Serviço Social se constitui na “esfera de sistematização das modalidades práticas da profissão, onde se apresentam os processos reflexivos do fazer profissional e especulativos e prospectivos em relação a ele” (BRAZ, 2001, p. 5). Tem como parâmetro a afinidade com as tendências teórico-críticas do pensamento social. Assim, o Projeto Profissional Crítico recusa posturas teóricas conservadoras, pois estas estão presas a manutenção da ordem, contrariando os princípios fundamentais deste projeto.

⁶⁹ A dimensão político-organizativa da profissão é formada pelos fóruns de deliberação e pelas entidades representativas da profissão e do movimento estudantil: o conjunto CFESS/CRESS (Conselho Federal e Regionais de Serviço Social) e a ABEPSS (Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social); os CA's (Centros Acadêmicos das escolas de Serviço Social), os DA's (Diretórios Acadêmicos das escolas de Serviço Social e a ENESSO (Executiva Nacional de Estudantes de Serviço Social). As linhas gerais do projeto são gestadas através dos fóruns consultivos e deliberativos quando “são reafirmados (ou não) determinados compromissos e princípios. Assim, subentende-se que o projeto ético político (como uma projeção) pressupõe, em si mesmo, um espaço democrático, aberto, em construção e em permanente tensão e conflito” (*Id.*, *Ibid.*: p. 6).

⁷⁰ A dimensão jurídico-política da profissão envolve “um conjunto de leis e resoluções, documentos e textos políticos consagrados no seio profissional” (*Id.*, *Ibid.*: p.6). Nesta dimensão há duas esferas articuladas: um aparato político-jurídico de caráter estritamente profissional – o Código de Ética Profissional (1993), a Lei de Regulamentação Profissional (Lei 8862/1993) e as novas Diretrizes Curriculares -, e um aparato jurídico-político de caráter mais abrangente – leis advindas da Constituição Federal de 1988.

É no conjunto dessas dimensões que estão conformados os valores que contornam o Projeto Profissional Crítico hegemônico do Serviço Social, não ficando este restrito a legislações. Como podemos observar na assertiva acima a sua materialidade e sistematização se conjugam em diversos mecanismos que envolvem desde o efetivo reconhecimento dos referenciais teóricos-metodológicos embasados na teoria social crítica marxiana até a organização política da categoria e o conjunto de instrumentos/documentos legais que emprestam legitimidade, operacionalidade prático-político e prático-normativo ao projeto.

Vale reter aqui que dentro deste contexto a função educativa do assistente social aparece neste período de forma renovada criticamente, acompanhando as mudanças que vão ocorrendo no campo profissional do assistente social devido ao período de renovação profissional, principalmente, na década de 1980 e 1990 quando se percebe alterações significativas na formação e na direção ídeo-política profissional, bem como nas condições objetivas dos processos de politização das relações sociais. Assim, no que tange as intervenções que compõem o projeto profissional renovado, insta retomar aqui a discussão de Abreu (2008) acerca da função pedagógica do assistente social a fim de situar como o processo de renovação profissional que rebateu o conservadorismo irá conformar um novo perfil pedagógico do assistente social, que a autora identifica como um movimento de construção de uma “pedagogia emancipatória pelas classes subalternas”. Este movimento de construção de uma nova pedagogia de perspectiva emancipatória apareceu ao longo do processo de renovação do Serviço Social e apresentou as seguintes estratégias/táticas profissionais, conforme Abreu (2008):

- a) A educação popular como instrumento da prática do assistente social nos diferentes espaços de atuação profissional. (idem, p. 155).
- b) Formação de alianças políticas visando a alteração da correlação de forças políticas nos espaços de intervenção profissional e na sociedade, a partir dos interesses das classes subalternas. (idem, p. 159).
- c) Inserção profissional nos processos de luta pela conquista e garantia com ampliação de direitos sociais fundados em princípios de democratização da gestão pública, universalização dos atendimentos e justiça social (idem, p. 161).

A proposta de educação popular apontada por Abreu (2008) se refere a uma alternativa pedagógica do trabalho social junto à classe dominada. Esta proposta de educação popular se identificou com as lutas dessa classe, sendo, portanto, um instrumento para a organização popular. Esta tendência no Serviço Social contribuiu para redimensionar a relação entre os assistentes sociais e os setores dominados, em que se fortaleceu uma postura profissional com base em princípios democráticos, dando ênfase à troca de saberes entre profissionais e as classes subalternizadas.

Essa perspectiva passa a representar uma alternativa real de redimensionamento da prática profissional nos espaços institucionais de implementação das políticas sociais, mediante revalorização e reconstrução da função pedagógica do assistente social em programas oficiais, assentada, principalmente no debate político e desvendamento das contradições sociais presentes nas situações de vida e trabalho dos grupos subalternizados e nas propostas e práticas institucionais (ABREU, 2008, p. 157).

Todavia, vale destacar que o desenvolvimento dessa alternativa metodológica foi submersa de polêmicas e equívocos que, conforme assinala Abreu (2008, p. 159), podem ser “traduzidos principalmente: na tendência de negar as formas tradicionais de pesquisa social; no superdimensionamento da participação popular; e na confusão entre os movimentos de intervenção e investigação”.

Em relação à segunda “estratégia” apontada por Abreu (2008), podemos destacar que com a busca da alteração da correlação de forças, em que os assistentes sociais passam a formar alianças com os usuários das políticas sociais, bem como, com os movimentos sociais, organizações dos trabalhadores e com outros profissionais, tem-se um significativo processo de politização das relações profissionais no campo institucional. Neste sentido, abre-se espaço para as análises das relações de força, deslocando a atuação profissional da dimensão individual para a dimensão política, dando ênfase ao reconhecimento público dos interesses da classe dominada. Ainda vale ressaltar que a formação de alianças vai auxiliar na formação de processos profissionais coletivos que vão ao encontro das melhorias dos serviços institucionais, “vinculadas a organização e formação de consciência da citada classe” (idem, p. 160).

No que concerne a última estratégia citada por Abreu (2008), podemos destacar que esta se deve à acumulação da massa crítica e do redirecionamento da formação, mas também, à conquista de direitos cívicos e sociais que acompanhou a restauração democrática na sociedade brasileira. Ou seja, com a promulgação da Constituição Federal de 1988 foram assegurados legalmente direitos sociais não experimentados em outro momento na história da sociedade brasileira. Esta ampliação de direitos sociais, advindos das lutas populares da década de 1980, auxiliou no desencadeamento da ampliação dos campos de atuação dos assistentes sociais nas políticas públicas e isto implicou um avanço para o campo do exercício profissional e a inserção dos assistentes sociais na defesa da cidadania e dos direitos estimulada por este período, legitimando a intervenção profissional. Neste contexto, o assistente social, enquanto viabilizador de uma pedagogia de cunho emancipatório irá atuar em direção ao reposicionamento dos usuários dos serviços como sujeitos de direitos, bem como atuará na luta pela gestão pública democrática e pela universalização das políticas sociais.

Em linhas gerais, o que ressaltamos até aqui é que com o processo de ruptura com o Serviço Social tradicional, iniciado na década de 1960, foi possível que nas décadas posteriores fosse

engendradora um novo projeto profissional. Este está em construção e seus fundamentos se encontram na razão histórico-crítica, aparecendo hoje como hegemônico no meio profissional, legitimado pelo seu aparato jurídico-legal, quais sejam: o Código de Ética (1993a), Lei de Regulamentação Profissional (1993b) e Diretrizes Curriculares de 1996, bem como, pelo corpo político-organizativo do Serviço Social – conjunto CRESS/CFESS, ENESSO, ABPESS, CA's e DA's – e por uma parcela significativa do corpo docente, dos estudantes e dos usuários.

Assim, o exercício profissional vai sendo reorganizado, orientado por um projeto renovado e crítico que veicula o aprofundamento do processo de ruptura ao criar novas bases de legitimação da ação profissional, reconhecendo as contradições sociais existentes na intervenção profissional e na sociedade capitalista. O significado da profissão passa a ser apreendido na complexidade das relações sociais que o corpo profissional estabelece na realidade. Destarte, ao apreender a dinâmica da sociedade capitalista à luz do referencial marxista, os assistentes sociais passaram a compreender o significado social do seu exercício profissional, onde a profissão se revela detentora de uma dimensão política⁷¹ que até então era negada em nome da neutralidade.

[...] o significado social da prática profissional não se revela de imediato, não se revela no próprio relato do fazer profissional, das dificuldades que vivenciamos cotidianamente. A prática profissional não tem o poder miraculoso de revelar-se a si própria. Adquire seu sentido, descobre as suas alternativas na história da sociedade da qual é parte. Assim sendo, é lançando o olhar para mais longe, para o horizonte das classes sociais e de suas relações nos quadros do Estado e da sociedade nacional, que se torna possível desvelar a prática do Serviço Social, apreender os fios que a articulam às estratégias políticas das classes, desvendar a sua necessidade, os seus efeitos na vida social, assim como os seus limites e suas possibilidades. (IAMAMOTO, 2008, p. 120-121).

A profissão passa a ser concebida enquanto especialização do trabalho coletivo, sendo desvelada a sua função social na divisão sócio-técnica do trabalho coletivo, situada no processo de reprodução das relações sociais em que o assistente social se torna capaz de compreender as implicações políticas de seu exercício profissional, reconhecendo-o como polarizada pela luta de classes. Com esta concepção histórico-crítica da profissão passou-se a apreender as determinações, mediações e as contradições que se interpõem ao exercício profissional. Nesta perspectiva, ultrapassa-se a imediatividade da realidade, pois são captadas as mediações que permeiam a intervenção profissional.

Como já salientado neste estudo, os projetos profissionais se vinculam a um projeto societário, e, no nosso caso, o Projeto Profissional Crítico é antagônico ao projeto societário vigente. Com isso, o projeto profissional hegemônico hoje no Serviço Social sofre grandes obstáculos da realidade conjuntural e da dinâmica capitalista. Isto favorece que outros projetos

⁷¹ Para melhor compreender a dimensão política do exercício profissional conferir IAMAMOTO (2008, p.119-130).

profissionais diametralmente opostos a este sejam configurados dentro da profissão. Logo, podemos afirmar que este projeto está em constante construção e tensionamento, como veremos no subitem a seguir.

1.2.6. A busca pela consolidação do Projeto Profissional Crítico em um contexto adverso.

“As ações sociais ‘voluntárias’, ao desresponsabilizarem o Estado do seu dever para com a maioria dos cidadãos, não politizam o espaço de acesso e debate dos direitos sociais. Assim, a criação de ‘sociedades de ajuda mútua’ pode até permitir uma ‘reintegração na atividade produtiva’, mas uma reintegração sempre subalterna, voltada para a busca de consenso, de consentimento e de aceitação da coerção”.

(Vasconcelos, 2007, p. 24)

O período da década de 1990 coincide com dois movimentos contraditórios: o amadurecimento do Projeto Profissional Crítico do Serviço Social e as profundas transformações societárias que afetam a economia, a política, a cultura e o trabalho devido às novas exigências do modelo de acumulação flexível e do neoliberalismo. O Projeto Profissional Crítico vem sofrendo uma forte tensão do projeto neoliberal e por uma nova reação conservadora no interior da profissão. Daí a importância dos profissionais conseguirem fazer leituras da realidade que sejam críticas, que possibilitem a construção de formas cada vez mais substantivas de consolidação do Projeto Profissional Crítico.

Dito de outra maneira, o processo que introduziu uma ruptura ideo-política com o conservadorismo no Serviço Social - proveniente de um contexto de movimentação popular na busca de direitos e da redemocratização do país em que se vigora uma intensa disputa de projetos societários - se deu na mesma conjuntura em que se movimentam estratégias conservadoras decorrentes das transformações do capitalismo nos países centrais e seu conjunto de crises com desdobramentos para a América Latina, inclusive para o Brasil a partir da década de 1990. Pode-se dizer, portanto, que modelou-se uma conjuntura político-econômica propícia à reconfiguração de elementos conservadores inscritos no âmbito do Serviço Social que rebatem na continuidade e consolidação do Projeto Profissional Crítico.

Considerando o exposto, podemos afirmar que a consolidação do Projeto Profissional Crítico se dá em um momento de destruição de direitos sociais e trabalhistas e de compressão de políticas públicas para atender ao novo padrão de acumulação do capital, destruindo os postos de trabalho e ampliando o desemprego estrutural. Segundo Antunes (1999), esta é uma conjuntura conformada por uma crise do capitalismo no cenário internacional a partir da década de 1970, sendo relevante aqui uma análise sucinta deste período acerca das respostas encontradas pelo capital a fim de sair da crise por meio da acumulação flexível e do neoliberalismo, tratando dos seus

rebatimentos no Brasil a partir da década de 1990 e suas implicações para as políticas sociais, para a classe trabalhadora e para a profissão e seu Projeto Profissional Crítico.

Na medida em que o padrão de acumulação taylorista/fordista⁷² deu sinais de esgotamento no início da década de 1970 - após os chamados “30 anos gloriosos”⁷³ que se conforma com um Estado de Bem-Estar Social (Welfare State)⁷⁴ -, o que podemos observar é uma ofensiva generalizada do capital e do Estado contra a classe trabalhadora e o desmonte das condições vigentes durante a fase mencionada, refletindo sobre os direitos e a regulamentação trabalhista.

As alterações no modo de produção e reprodução do sistema capitalista adquirem uma conformação determinada em cada esfera da vida social. No campo da produção, inicia-se a reestruturação produtiva⁷⁵ que altera o processo de produção das mercadorias para um modelo mais flexível, instalando a precarização e a flexibilização das relações de trabalho. No campo da política assistimos a reorganização dos Estados, tendo como guia o receituário neoliberal⁷⁶ que garante a expansão do capital ao reorganizar as estruturas políticas para avalizar a mundialização capitalista⁷⁷. Um dos pontos do receituário neoliberal que rebate diretamente na classe trabalhadora é o incentivo a desregulamentação trabalhista e o corte do Estado no investimento de políticas sociais. No campo cultural, tem-se a defesa de um mundo pós-moderno⁷⁸ embasado na imediatividade e na desvalorização da totalidade social.

Estas mudanças complexificam as relações sociais de produção e de reprodução social, marcadas pelo desemprego estrutural, pela superexploração da força de trabalho humana, pela fragmentação das lutas da classe trabalhadora, pelo enfraquecimento da organização dos

⁷² Para compreender melhor as características do padrão de acumulação taylorista/fordista consultar Ricardo Antunes (1999).

⁷³ O período que vai do final da segunda guerra até o início da década de 70 é chamado de “30 anos glorioso”, período marcado por uma ampla expansão da economia capitalista sob a hegemonia do capital industrial.

⁷⁴ Para saber mais sobre o período do Welfare State conferir: BEHRING; BOSCHETTI (2008).

⁷⁵ Algumas características do processo de acumulação flexível apontadas por Antunes (1999) são: a intensificação do trabalho; terceirização e horizontalização da produção, provocando o distanciamento dos trabalhadores terceirizados da empresa central; precarização dos direitos do trabalho; exigência de trabalhadores polivalentes, qualificados, multifuncionais e participativos através do envolvimento cooptado do trabalhador para aumentar a produção; a precarização do trabalho e a flexibilização das relações de trabalho (subcontratos, *part time*, aumento da informalidade); e, finalmente, a desorganização dos sindicatos que vem colaborando para o enfraquecimento da luta da classe trabalhadora.

⁷⁶ Para o capitalismo retomar o seu crescimento era necessário que os Estados se reorganizassem também para que fosse possível implementar a reestruturação produtiva flexível, já que seria necessário haver uma desregulamentação trabalhista, maior facilidade de entrada de empresas e de capitais (desterritorialização e financeirização), privatização, mercantilização de serviços antes oferecidos pelo Estado e obter um maior controle sobre os gastos públicos para que o dinheiro fosse investido no desenvolvimento capitalista, desta forma, era necessário um Estado neoliberal

⁷⁷ Cf. BEHRING (2008) e ANTUNES (1999).

⁷⁸ “A orientação teórica da chamada “pós-modernidade” se assenta no neopositivismo, na fragmentação do conhecimento, no empiricismo, em microanálises rasteiras e a-históricas da realidade. Expressa um (neo) conservadorismo em que formas diferenciadas se apresentam: racionalistas e irracionais, ambas, porém, se contrapõem às teorias estruturantes, macro-históricas, tanto em relação às teorias da razão moderna (iluminismo) quanto à teoria do ser social (totalidade da vida social) do legado marxiano e da tradição marxista (orientadora de nosso projeto profissional)”. (ABRAMIDES, 2007, p. 42).

trabalhadores mediante a precarização das relações de trabalho e pela destruição e ausência de direitos e de um sistema de proteção social. Mudanças que encontram respaldo na ideologia neoliberal e pós-moderna.

Considerando a totalidade da realidade onde a profissão se insere, podemos observar que todas essas alterações interferem no exercício profissional dos assistentes sociais e, conseqüentemente, na consolidação do Projeto Profissional Crítico. Guerra (2005, p. 3) explicita bem essa questão:

As mudanças macrosocietárias produzem alterações nas demandas profissionais, nos espaços de intervenção, modificam as expressões das questões sociais, provocam uma redefinição/reconfiguração dos objetos de intervenção, atribuem novas funções à profissão e novos critérios para a aquisição de novas legitimidades. O que se está afirmando é que as alterações no “mundo do trabalho”, na esfera do Estado, nas políticas sociais estabelecem novas mediações que se expressam nas condições objetivas (materiais e espirituais) sobre as quais a intervenção se realiza e condicionam as respostas profissionais. Frente a essas 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.

Isto posto, vale ressaltar que no Brasil, através do processo de luta da classe dominada, mas também como estratégia de legitimação da classe dominante, foram conquistados e legitimados os direitos sociais pela Constituição Federal de 1988, criando um sistema de proteção social para todos os brasileiros antes inexistente. Na década de 1990, vimos o desmonte dos direitos sociais conquistados tão recentemente, ou seja, aquilo que era compromisso e estava legalizado para ser feito passou a sofrer os rebates do receituário neoliberal recomendado para os países periféricos da América Latina.

Na medida em que os neoliberais definem que a crise econômica vivenciada a partir da década de 1970 foi causada pelo intervencionismo estatal da era de bem-estar social, culpabiliza-se os investimentos em políticas públicas como o provocador de uma crise fiscal do Estado. Os neoliberais alegam que a intervenção estatal é antieconômica e antiprodutiva, porque desestimula os investimentos do capital e gera um tutelamento dos trabalhadores ao adquirirem benefícios, tornando-os improdutivos. Dentro deste contexto foi recomendado o corte nos gastos sociais justificado por uma crise fiscal do Estado e ineficácia deste para resolver as demandas sociais. Em outras palavras, é defendida a redução de investimentos pelo Estado nas políticas sociais. O que se observa é a

retirada do Estado como agente econômico, dissolução do coletivo e do público em nome da liberdade econômica e do individualismo. Corte dos benefícios sociais, degradação dos serviços públicos, desregulamentação do mercado de trabalho, desaparecimento de direitos históricos dos trabalhadores, estes são os componentes regressivos das posições neoliberais

no campo social, que alguns se atrevem a propugnar como traços da pós-modernidade. (MONTES, 1996, p. 38 *apud* BEHRING, 2008, p. 58).

No Brasil não tivemos um *Welfare State*, no entanto, o neoliberalismo reforçou no país a conformação de um Estado enxuto para os gastos sociais e a transferência de suas responsabilidades sociais para o setor privado, isto é, para o mercado e o chamado Terceiro Setor. Então, dentro deste contexto, observa-se a focalização das políticas sociais que ficam restritas a critérios de renda e o fortalecimento do chamado “terceiro setor” que reforça a “solidariedade local”, desresponsabilizando o Estado ao substituir funções suas por ações da “sociedade civil” (MONTAÑO, 2008).

A privatização tem um importante lugar nesta estratégia do receituário neoliberal, pois abre todas as atividades econômicas rentáveis aos investimentos privados, ampliando a acumulação capitalista e mercantilizando o bem-estar social. Desta forma, podemos depreender que as principais modificações realizadas pelos países sob o neoliberalismo é a mercantilização dos serviços públicos e das políticas sociais, como, por exemplo, o incentivo aos planos de saúde privado, aos seguros de previdência privados e a expansão da educação privada. Na dimensão em tela, podemos perceber a retirada do Estado no investimento em políticas sociais⁷⁹, onde o capital subordina toda a sociedade ao incessante crescimento de seus lucros, contribuindo para radicalizar a pobreza, e, mais ainda, expressa a indiferença ao ser humano. Conforme Yamamoto (2009a, p. 22), expressa a *banalização do humano*.

O capital financeiro ao subordinar toda a sociedade impõe-se em sua lógica de incessante crescimento, de mercantilização universal. Ele aprofunda desigualdades de toda a natureza e torna paradoxalmente invisível o trabalho vivo que cria a riqueza e os sujeitos que o realizam. Nesse contexto, a “questão social” é mais do que pobreza e desigualdade. Ela expressa a *banalização do humano*, resultante de indiferença frente à esfera das necessidades das grandes maiorias e dos direitos a elas atinentes. Indiferença ante os destinos de enormes contingentes de homens e mulheres trabalhadores submetidos a uma pobreza produzida historicamente (e, não, naturalmente produzida), universalmente subjugados, abandonados e desprezados, porquanto sobranes para as necessidades médias do capital.

No que tange a forma como o Estado vem respondendo as refrações da questão social, insta apontar que houve uma crescente substituição do Estado pela “sociedade civil” para dar respostas à questão social. Disso decorre o enfraquecimento da questão do direito às políticas sociais, onde a

⁷⁹ Sabemos que as políticas sociais não são capazes de acabar com a pobreza e com as desigualdades sociais e econômicas, pois não agem sobre a estrutura da produção e da reprodução social. Entretanto, esta é uma limitação que “não invalida a luta pelo reconhecimento e afirmação de direitos nos marcos do capitalismo, mas sinaliza que a sua conquista integra uma agenda estratégica da luta democrática e popular, visando a construção de uma sociedade justa e igualitária. Essa conquista no âmbito do capitalismo não pode ser vista como um fim, como um projeto em si, mas como via de ingresso, de entrada, ou de transição para um padrão de civilidade que começa pelo reconhecimento e garantia de direitos no capitalismo, mas que não se esgota nele” (BEHRING; BOSCHETTI, 2008, p. 195).

questão social é encarada como uma questão moral, individualizada e não como fruto da exploração do trabalho pelo capital. Acerca disto, Montañó (2008, p. 189) aponta:

Desta forma, o projeto neoliberal, que elabora essa nova modalidade de resposta à “questão social”, quer acabar com a condição de *direitos* das políticas sociais e assistenciais, com seu caráter *universalista*, com a *igualdade de acesso*, com a base de *solidariedade e responsabilidade social e diferencial* (todos contribuem com o financiamento e a partir das capacidades econômicas de cada um). No seu lugar, cria-se uma modalidade polifórmica de resposta às necessidades individuais, diferente segundo o poder aquisitivo de cada um. Assim, tais respostas não constituem direito, mas uma atividade filantrópica/voluntária ou um serviço comercializável; também a qualidade dos serviços responde ao poder de compra da pessoa, a universalização cede lugar à focalização e descentralização, a ‘solidariedade social’ passa a ser localizada, pontual, identificada à auto-ajuda e ajuda mútua.

Com relação a isso, podemos perceber o reordenamento das políticas sociais que são caracterizadas pela intervenção estatal restrita (apesar da Constituição de 1988) a alguns programas focalizados e fragmentados, submetidas a critérios de confirmação de pobreza - muitas vezes de extrema pobreza -, para a obtenção de benefícios; e pelo apelo à filantropia e à solidariedade da sociedade civil como forma de responder à questão social de forma privatizada, como dito anteriormente.

Uma significativa consequência deste reordenamento das políticas sociais é o não reconhecimento de direitos no atendimento as refrações da questão social pela via do Terceiro Setor que desemboca em ações nos redutos do assistencialismo, despolitizando o debate acerca da questão social.

Verifica-se uma ampla investida ideológica por parte do capital e do Estado voltada à cooptação dos trabalhadores, agora travestidos em “parceiros” solidários aos projetos do grande capital e do Estado. Essa investida é acentuada pela “assistencialização” da pobreza *contra* o direito ao trabalho, transversal às políticas e programas sociais focalizados, dirigidos aos segmentos mais pauperizados dos trabalhadores, com marcantes incidências na capacidade de mobilização e organização em defesa dos direitos (IAMAMOTO, 2009a, p. 15).

O que podemos observar como resultado desse processo de desresponsabilização do Estado para com suas funções sociais é uma enorme redução em quantidade, qualidade e variedade de serviços sociais para o atendimento da população, que conforme já apontado, corrobora para o aprofundamento das desigualdades sociais.

Em geral, os assistentes sociais se encontram alocados em campos sócio-ocupacionais que dão materialidade as políticas sociais. Daí, pode-se depreender que as mudanças macrosociais no campo da produção, da política e da cultura ao interferirem na conformação das políticas sociais irão, por conseguinte, alterar as relações mediadas pelos assistentes sociais nos seus campos sócio-

ocupacionais.

Neste quadro, os assistentes sociais são desafiados a “compreender e intervir nas novas configurações e manifestações da "questão social", que expressam a precarização do trabalho e a penalização dos trabalhadores na sociedade capitalista contemporânea” (Ibid., p.16).

O atual quadro sócio-histórico não se reduz, portanto, a *um pano de fundo* para que se possa, *depois*, discutir o trabalho profissional. Ele atravessa e conforma o cotidiano do exercício profissional do assistente social afetando as suas condições e as relações em que se realiza o exercício profissional, assim como a vida da população usuária dos serviços sociais (IAMAMOTO, 2007, p. 7).

Considerando o exposto, podemos afirmar que novas questões são colocadas na atualidade para o Serviço Social em relação à intervenção profissional e na construção dos seus conhecimentos. Fica posto o desafio de decifrar a realidade, desvendando as “lógicas” do capitalismo contemporâneo, fundamentalmente, em relação às mudanças no mundo do trabalho e acerca da desestruturação do sistema de proteção social e das políticas sociais em geral, pois estas “lógicas” reiteram as desigualdades e despolitizam a abordagem da questão social (Yazbek, 2009a). Os profissionais embebidos dentro desta lógica retomam a “questão social” como um problema individual que pode ser resolvida neste âmbito, acentuando uma tendência neoconservadora, focalista, de abordagem microscópica das questões sociais, transformando-as em problemas ético-morais, colocam-se assim desafios para o Projeto Profissional Crítico do Serviço Social. Acerca destes desafios, Guerra (2005, p. 22) pondera:

[o] atendimento passa a ser realizado por meio de um mecanismo denominado por alguns autores como “refilantropização”, pelas instituições públicas não estatais (pelas ONG’s como formas privilegiadas de objetivação do chamado “Terceiro Setor”), as quais, em muitos casos contemplam no seu interior o exercício profissional como atividade voluntária. Desta forma, estabelece-se uma nova relação entre as instituições prestadoras de serviço, os agentes prestadores de serviços e os usuários. Mais uma vez o pensamento conservador articula as perspectivas público-privadas e as refrações da questão social. Aquilo que se mantém no atendimento da questão social é: sua reconversão em problemática de natureza individual, a prestação de serviços de maneira assistemática, assistencialista e como prática de favor, mesclada por uma política de repasse das responsabilidades estatais quanto à intervenção nas seqüelas da questão social para a sociedade civil.

Esta é uma conjuntura limitadora dos direitos legitimamente conquistados pela classe dominada que interfere nas condições de vida dos sujeitos/usuários atendidos nos campos de atuação dos assistentes sociais, reconfigurando as demandas postas à profissão. Esta conjuntura não favorece a expansão de princípios e valores democráticos e emancipatórios defendidos pelos assistentes sociais presentes em seu Projeto Profissional Crítico e, mais ainda, rebate a autonomia política para a condução deste projeto, que foi construído na década de 1980 e 1990. Acerca disto,

Iamamoto (2009a, p. 15) aponta:

A mundialização do capital tem profundas repercussões na órbita das políticas públicas, em suas conhecidas diretrizes de *focalização, descentralização, desfinanciamento e regressão do legado dos direitos do trabalho*. Ela também redimensiona as requisições dirigidas aos assistentes sociais, as bases materiais e organizacionais de suas atividades, e as condições e relações de trabalho por meio das quais se realiza o consumo dessa força de trabalho especializada. Ela afeta radicalmente as condições de vida, de trabalho, assim como as expressões políticas e culturais dos distintos segmentos de trabalhadores aos quais se dirige a atividade profissional, em decorrência da radicalização das desigualdades em um contexto de retração das lutas sociais ante os dilemas do desemprego, da desregulamentação das relações de trabalho e da (re)concentração da propriedade fundiária aberta ao grande capital internacional. [...] Como as competências profissionais expressam a historicidade da profissão, elas também se preservam, se transformam, redimensionando-se ao se alterarem as condições históricas de sua efetivação.

Convém mencionar que os desdobramentos dos ajustes estruturais atingem também os assistentes sociais enquanto trabalhadores assalariados partícipes do trabalho coletivo na divisão sócio-técnica do trabalho, sendo afetados, da mesma maneira, por relações de trabalhos precarizadas. A refuncionalização do Estado provoca o reordenamento no mercado de trabalho dos assistentes sociais, flexibilizando contratos, gerando instabilidade, precarizando as condições de trabalho, reduzindo os salários e criando a maior rotatividade dos profissionais e o pluriemprego.

Guerra (2005; 2010) analisa que, dentro deste contexto de crise, engendra-se uma tendência à desqualificação do profissional e maior fragmentação da categoria. Aponta que muitos dilemas são recolocados por estas condições de trabalho, tais como, “o caráter missionário, a falsa auto-representação da profissão como vocação, a histórica tendência da substituição da intervenção profissional por atividades voluntárias e desprofissionalizadas” (*Id. Ibid.*, p.23).

Acerca das intervenções profissionais deste período, faz-se importante retomar aqui a discussão de Abreu (2008) acerca da função pedagógica do assistente social dentro do contexto supracitado. Para a autora, este contexto de mediação entre as demandas do Estado neoliberal implica na reconfiguração da função pedagógica da prática do assistente social em que são redescobertos eixos temáticos que se identificam com a “ajuda psicossocial individualizada”, a “participação” e a “formação de uma vontade coletiva nacional popular” que reatualizam o conservadorismo.

Desta maneira, pode-se observar que passou a existir um pressionamento para um “novo” conformismo em prol da acumulação do capital e isto incide sobre a prática profissional dos assistentes sociais, já que busca-se neutralizar as lutas de caráter emancipatório. Acerca das novas demandas do Estado para os assistentes sociais que podem levar ao redimensionamento da função pedagógica emancipatória destes profissionais, Abreu (2008, p. 190) aponta que

As contraditórias necessidades do capital e do trabalho geram demandas para os assistentes sociais expressas em diversas formas de requisição da intervenção profissional, mediatizadas pelo mercado de trabalho dessa categoria. Tais requisições e os espaços ocupacionais que as mediatizam não esgotam as possibilidades da intervenção profissional, mas representam, como foi assinalado, referências fundamentais para uma apreensão das condições socioinstitucionais de redefinição da função pedagógica do assistente social, em face dos interesses de classe em confronto.

No entanto, ao mesmo tempo, os profissionais assistentes sociais atuam em um campo contraditório e podem organizar suas ações em um sentido emancipatório, no contexto de sua inserção nas políticas sociais, construindo intervenções de efetivação de direitos a partir da incorporação das necessidades dos sujeitos que acessam os serviços institucionais públicos, estatais e filantrópicos através da mobilização destes para participar da gestão dos serviços e na politização das problemáticas (expressões da “questão social”) que os envolvem e na politização das relações usuários/instituições. Assim, a função pedagógica do assistente social comprometido com o Projeto Profissional Crítico deve estimular a participação, mas no sentido crítico, no movimento histórico das classes dominadas, mediante o processo de politização das relações sociais e na afirmação de uma vontade coletiva nacional-popular (idem).

Assim, para Abreu (2008), fica claro que o papel pedagógico do assistente social a partir da década de 1990 até os dias atuais possui dois vetores opostos – um da “participação popular integrada à luta da democratização dessas políticas e a universalização dos atendimentos face às necessidades imediatas e mediatas das classes subalternas” (idem, p.203) que conformam intervenções profissionais ligada ao processo de construção de uma pedagogia emancipatória; e, outro que “diz respeito às estratégias participacionistas vinculadas à política privatista do Estado neoliberal, a qual negando as conquistas acima assinaladas, implementa a redução dos gastos públicos para o atendimento das necessidades das classes subalternas” (idem), que conformam pedagogias da “ajuda” e da “participação” de cunho conservador e subalternizante.

Ainda vale lembrar que muitas vezes estas posturas conservadoras nem sempre são identificadas pelos assistentes sociais devido à falta de qualificação profissional e as lacunas na formação profissional. Mas, estas se revelam no desempenho institucional que não garante o atendimento das demandas e reforçam uma visão mistificadora da questão social. Assim, o que podemos observar é que o amadurecimento do Projeto Profissional Crítico acontece em meio a uma das mais graves crises da sociedade capitalista que traz grandes implicações para a profissão. Diante desta conjuntura tão adversa, este estudo põe-se como tarefa refletir como o exercício profissional dos assistentes sociais, através das mediações necessárias, vem efetivando o Projeto Profissional Crítico em seu cotidiano de trabalho, pois esta objetivação é condição para a sua manutenção e consolidação como projeto hegemônico no Serviço Social.

Assim, para avançarmos em outra direção é necessário que os profissionais se utilizem de uma racionalidade crítica, que possibilite o conhecimento dos fundamentos da ordem burguesa, das demandas e objetos de intervenção, ultrapassando a racionalidade formal-abstrata das correntes pós-modernistas viabilizadoras do pensamento conservador. Como bem assinala Guerra (2005, p. 28):

Há que se ultrapassar a racionalidade formal-abstrata das correntes tecnocráticas, a visão tarefista-burocrática, bem como combater os subjetivismos, dos quais as vertentes pós-modernas são legatárias, que visam psicologizar as respostas profissionais. Ambos são produto do pensamento conservador burguês e dele se sustentam.

Destarte, é exigida uma análise crítica e teoricamente fundamentada ao exercício profissional competente que está vinculado a um Projeto Profissional Crítico. Nesta perspectiva a intervenção profissional se situa para além da mera reiteração do instituído, buscando a construção de ações coletivas, articuladas às forças sociais progressistas, potencializando caminhos para a ampliação de direitos nos diversos espaços ocupacionais de atuação: nos setores públicos e privados, nas assessorias a organizações e aos movimentos sociais. Exige-se um impulso ao protagonismo político dos sujeitos sociais na articulação e defesa de suas necessidades e interesses coletivos na cena pública. Conforme esclarece Iamamoto (2009a, p. 33):

O assistente social lida, no seu trabalho cotidiano, com situações singulares vividas por indivíduos e suas famílias, grupos e segmentos populacionais, que são atravessadas por determinações de classes. São desafiados a desentranhar da vida dos sujeitos singulares que atendem as dimensões universais e particulares, que aí se concretizam, como condição de transitar suas necessidades sociais da esfera privada para a luta por direitos na cena pública, potenciando-a em fóruns e espaços coletivos. Isso requer tanto competência teórico-metodológica para ler a realidade e atribuir visibilidade aos fios que integram o singular no coletivo quanto à incorporação da pesquisa e do conhecimento do modo de vida, de trabalho e expressões culturais desses sujeitos sociais, como requisitos essenciais do desempenho profissional, além da sensibilidade e vontade políticas que movem a ação.

Dessa assertiva, extrai-se que é necessária a afirmação cotidiana da direção ídeo-política assinalada no Projeto Profissional Crítico, que se compromete com a emancipação política e humana, estabelecendo relação com o projeto da classe dominada e contra as injustiças sociais. Para tanto, faz-se necessário reforçar uma competência teórico-metodológica a fim de que os assistentes sociais consigam fazer leituras da realidade para atuar na defesa das necessidades sociais, seguindo uma direção em prol do fortalecimento das lutas pela preservação e ampliação dos direitos por meio da participação qualificada nos espaços de representação, que sustente ações críticas para a defesa das condições de trabalho e da qualidade dos serviços. Além de uma qualificação técnica-operativa que deve estar articulada as outras duas dimensões mencionadas para se construir e materializar as respostas desejadas.

Em linhas gerais, é imprescindível que os profissionais compreendam de forma clara os fundamentos do Projeto Profissional Crítico do Serviço Social e analisem o seu significado para a profissão e para a sociedade, buscando fortalecê-lo no debate teórico a fim de tomar corpo na intervenção profissional. Somos nós, portanto, que podemos através da mediação das nossas práticas dar existência e concretude ao Projeto Profissional Crítico, agindo de modo competente, crítico e qualificado teoricamente. Em conformidade com Guerra (2007), uma intervenção profissional qualificada, competente e direcionada por um projeto profissional é o que nos legitima e nos diferencia das ações de leigos.

O que defendemos até aqui é que a autonomia (relativa) dos assistentes sociais na direção dada ao exercício profissional seja resguardada mediante o fortalecimento do Projeto Profissional Crítico. Em outras palavras, devemos ultrapassar as imposições unilaterais do mercado de trabalho que conduz o exercício profissional a mera adequação das exigências institucionais, sujeitando os assistentes sociais a uma prática alienada. Essa ultrapassagem requer uma rigorosa formação que adote a teoria crítico-dialética como princípio teórico-metodológico, necessário a apreensão da totalidade social, bem como qualificação técnica-operativa e opções ético políticas. Em conformidade com Simionato (2009), existem duas tendências teóricas em disputa: uma que fortalece o neoconservadorismo e outra de que se refere a teoria social crítica de caráter histórico-ontológica que fortalece o Projeto Profissional Crítico. Nos termos da autora:

O Serviço Social defronta-se, portanto, com duas grandes tendências teóricas: uma vinculada ao fortalecimento do neoconservadorismo inspirado nas tendências pós-modernas, que compreende a ação profissional como um campo de fragmentos, restrita às demandas do mercado de trabalho, cuja apreensão requer a mobilização de um corpo de conhecimentos e técnicas que não permite extrapolar a aparência dos fenômenos sociais; e outra relacionada à tradição marxista, que compreende o exercício profissional a partir de uma perspectiva de totalidade, de caráter histórico-ontológico, remetendo o particular ao universal e incluindo as determinações objetivas e subjetivas dos processos sociais. O fortalecimento de uma ou outra dessas perspectivas depende, entre outros fatores, da qualificação teórico-metodológica e prático-operativa dos profissionais e de suas opções ético-políticas, no sentido de compreender o significado e as implicações dessas propostas para o futuro da profissão diante dos complexos desafios postos pelo século XXI. (SIMIONATO, 2009, p. 18-19).

Em suma, esta crise tem afetado significativamente o Serviço Social brasileiro no seu mercado de trabalho, na sua formação profissional e na sua organização política. Tal crise ocasiona graves dificuldades para a profissão, tais como a perda de algumas funções privativas, o deslocamento das fronteiras entre as profissões e a perda de postos de trabalhos, dentre outras implicações. Entretanto, apesar da conjuntura não se apresentar favorável a implementação e consolidação deste projeto é imprescindível que não tomemos uma posição fatalista diante destes fatos, pois as profissões exercem um importante papel de mediações que podem se traduzir em

impactos nestas transformações societárias. Nos termos de Netto (1996, p. 89):

As profissões não podem ser tomadas apenas como resultados dos processos sociais macroscópicos – devem também ser tratadas cada qual como corpus teóricos e práticos que, condensando projetos sociais (donde as suas elimináveis dimensões ídeo-políticas), articulam respostas (teleológicas) aos mesmos processos sociais.

Devemos considerar que ao mesmo tempo em que as transformações societárias desafiam a continuidade e consolidação do nosso Projeto Profissional Crítico estamos vivenciando um amadurecimento do Serviço Social que sustenta uma direção sociopolítica alicerçada na maturidade teórica, acadêmica, política e ética de forma coletiva, enfeixada pelo conjunto de leis que também dão sustentabilidade institucional e legal a este projeto. Desta forma, é necessário que os profissionais busquem reafirmar essa direção sociopolítica e realizar um balanço permanente do Projeto Profissional Crítico como processo de ruptura com o conservadorismo em um momento de resistência quanto às formas destrutivas da sociabilidade humana.

Isto posto, podemos concluir que para fortalecer o Projeto Profissional Crítico é necessário que os profissionais tenham competência ético-política, técnico-operativa e teórico-metodológica, como afirmado anteriormente. Sendo imprescindível que os profissionais façam leituras críticas do atual processo de desenvolvimento do capital, das particularidades do Brasil neste contexto histórico, político-econômico e cultural, assim como das suas implicações para as políticas sociais públicas e as conseqüentes incidências no exercício profissional e na vida dos sujeitos sociais. Assim, é exigido aos assistentes sociais um direcionamento que possibilite construir um exercício profissional que contribua para a consolidação da cultura do direito e da cidadania, resistindo ao conservadorismo da perspectiva neoliberal no ataque aos gastos sociais e rebatendo as teorias pós-modernas. Com isso, permite-se o fortalecimento das políticas sociais que são possibilidades concretas da construção de direitos nessa ordem social que impera a desigualdade e a injustiça.

No que tange a intervenção profissional dos assistentes sociais no âmbito da política de saúde, percebe-se que todos os desafios determinados pela conjuntura perpassam o cotidiano do exercício profissional na medida em que este espaço sócio-ocupacional se conforma enquanto uma política pública. Desta forma, os assistentes sociais, enquanto profissionais inseridos na divisão sócio-técnica do trabalho coletivo, recebem demandas a serem respondidas que são enfeixadas por diversos determinantes, entre eles estão os desafios colocados pela conjuntura.

Considerando o exposto até aqui e o meu objeto de estudo, passarei a analisar no próximo capítulo como se dá o surgimento da política de saúde no Brasil e a inserção dos assistentes sociais neste campo sócio-ocupacional. Assim, será possível analisar os desdobramentos da política de saúde desde o seu surgimento até os dias atuais, refletindo, conjuntamente, acerca das

características que o Serviço Social vai assumindo neste campo durante os períodos históricos, analisando os desafios postos ao fortalecimento do Projeto Profissional Crítico e ao da reforma sanitária a partir da década de 1990.

CAPÍTULO 2: A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL E A INSERÇÃO DOS ASSISTENTES SOCIAIS NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

“Os assistentes sociais são levados a um trabalho conservador que, direta ou indiretamente, consciente ou inconscientemente, reproduz e/ou reforça o status quo, sem conseguirem romper, na prática, com valores conservadores. Assim, mesmo apoiando o projeto hegemônico no debate teórico do Serviço Social, a maioria desses profissionais realiza atividades profissionais na direção contrária aos objetivos a que se propõe e, conseqüentemente, também na direção contrária aos interesses históricos das classes trabalhadoras expressos na negação e luta contra a exploração do trabalho”.

(Vasconcelos, 2007, p. 31-32)

A discussão deste capítulo será feita, principalmente, a partir dos estudos de Bravo e Matos (2006) e Bravo (1996; 2006), para caracterizar a conformação da política de saúde e a inserção do assistente social neste campo desde a sua origem até os dias atuais.

Como podemos ver no capítulo 1, os projetos profissionais do Serviço Social desde sua gênese até a década de 1960 são essencialmente conservadores, aparecendo questionamentos significantes somente a partir de meados da década de 1960, fortalecidos nas décadas subsequentes. No campo da saúde, estes questionamentos vão se fazer ecoar mais tardiamente. Deste modo, os assistentes sociais inseridos na saúde irão se orientar por projetos de cunho conservador até o final da década de 1970, revelando outros posicionamentos profissionais somente em meados da década de 1980, quando haverá a sua articulação com o Projeto Profissional Crítico e, mais precisamente, na década de 1990, quando há um aumento da produção teórica acerca do Serviço Social na saúde e uma tardia articulação com as ideias do movimento sanitário. Assim, somente na década de 1990, uma parcela significativa de assistentes sociais inseridos no campo sócio-ocupacional da saúde passam a se orientar pelo Projeto Profissional Crítico.

No entanto, como expliquei no capítulo anterior, isto se dá dentro de um contexto adverso, onde projetos conservadores são reatualizados e novos desafios são postos para o Projeto Profissional Crítico e também para o Projeto de Reforma Sanitária. Logo, surge a necessidade de entendermos os fundamentos do Projeto de Reforma Sanitária e a sua articulação com o Projeto Profissional Crítico a fim de que possamos defender e materializar estes projetos. Toda esta discussão será tema dos itens e subitens que se seguem.

2.1. Contextualizando a Política de saúde e o Serviço Social no processo sócio-histórico brasileiro

A priori, faz-se mister situar a política de saúde no Brasil a fim de traçar as interlocuções da conformação desta política e a intervenção profissional. Neste subitem identifico as primeiras ações de saúde e a conformação das primeiras políticas de saúde na década de 1930, articulando-as,

posteriormente com a entrada do Serviço Social no campo da saúde previdenciária e hospitalar⁸⁰.

No que concerne a saúde, conforme Polignano (2001), desde a colonização do país em 1500 até a vinda do rei de Portugal para o Brasil em 1808, o país não dispunha de nenhum modelo de atenção à saúde a população e nem mesmo se percebeu o interesse por parte do governo português colonizador em criá-lo. Desta maneira, a atenção à saúde se limitou por um longo período aos recursos da terra, tais como as ervas medicinais, e no desenvolvimento de habilidades por conhecimentos experimentais dos chamados curandeiros. No entanto, com a vinda da família real no início do século XIX houve a necessidade da organização de uma estrutura sanitária mínima que fosse capaz de dar suporte ao poder que se instalava no Rio de Janeiro. Então, iniciaram-se atividades de saúde pública no país, estabelecendo um controle sanitário mínimo na capital do império.

Conforme o autor citado, as atividades de saúde ficaram limitadas até meados do século XIX às ações de saúde pública ao controle de navios e saúde nos portos devido às importações e exportações. Assim, até no final do Século XIX e início da República ainda havia a falta de um modelo sanitário para o país e as cidades ficavam a mercê das epidemias.

No início do século XX o quadro sanitário era caótico, caracterizado pela presença de diversas doenças graves que acometiam a população, quais sejam: a varíola, a malária e a febre amarela. A disseminação destas doenças, principalmente, no Rio de Janeiro, tornou-se preocupante, pois gerou sérias consequências para o comércio exterior, visto que os navios estrangeiros não queriam mais atracar no porto do Rio de Janeiro em função da situação sanitária existente na cidade (idem). Apenas algumas ações voltadas para a saúde nos portos não foram suficientes para conter as doenças e as epidemias da cidade.

A partir disto, o Estado passou a se preocupar com a questão das epidemias e criou um Departamento de Saúde Pública vinculado ao Ministério da Justiça, iniciando uma campanha de desinfecção no combate ao mosquito vetor da febre amarela, sob o comando de Oswaldo Cruz, nomeado pelo presidente da república como o diretor do referido departamento. A ação desta campanha consistia em entrar nas casas das pessoas de forma arbitrária e sem esclarecimentos e destruir tudo aquilo que poderia contribuir para a proliferação de mosquitos e da doença. Este modelo de intervenção ficou conhecido como campanhista e foi concebido dentro de uma visão militar no qual o uso da força e da autoridade eram os instrumentos preferenciais de ação.

Outra ação deste tipo foi realizada em 1904, também sob coordenação de Oswaldo Cruz, que instituiu a vacinação anti-varíola como obrigatória para todo o território nacional. Esta ação

⁸⁰ Para fins didáticos o subitem irá até o golpe de 1964 quando se inicia o período de ditadura militar no país. A partir daí serão feitas outras subdivisões, conforme as características marcantes de cada período.

teve grande repercussão e provocou um grande movimento popular de revolta que ficou conhecido como a “revolta da vacina”. Apesar de toda a arbitrariedade destas ações, estas resultaram em importantes vitórias no controle das epidemias, o que fortaleceu o modelo campanhista, tornando-o hegemônico como proposta de intervenção na área da saúde pública durante décadas (POLIGNANO, 2001).

Em 1920, Carlos Chagas sucedeu Oswaldo Cruz e reestruturou o Departamento Nacional de Saúde Pública, introduzindo a propaganda e a educação sanitária enquanto técnica rotineira de ação, inovando o modelo campanhista que era puramente fiscal e policial. Na saúde individual foram criados serviços especializados de saúde como o de higiene infantil, de assistência hospitalar e de higiene industrial. Na saúde pública foram criados órgãos especializados no combate às endemias rurais, à tuberculose, à hanseníase, às doenças venéreas. As atividades de saneamento básico foram expandidas para outros estados, além do Rio de Janeiro. De forma geral, neste período o que se exigia da saúde era sobretudo uma política de saneamento destinada aos espaços de circulação das mercadorias de exportação e a erradicação ou controle das doenças que poderiam prejudicar as exportações. Em suma, neste momento predominou-se o modelo sanitaria campanhista (idem).

Para Bravo (2006), este período que antecede a década de 1930 pode ser denominado como assistencialista, pois a intervenção estatal era pontual e, primordialmente, na saúde pública, caracterizado pelos interesses políticos e econômicos do período. Assim, de forma geral, o Estado brasileiro intervém nas refrações da questão social através apenas da coerção e a saúde é demarcada pela não intervenção estatal enquanto política, deixando a maioria das ações no âmbito individual para a caridade e filantropia.

No capítulo anterior, foi destacado que os trabalhadores nas primeiras décadas do século XX viviam em condições precárias de vida e de trabalho sob intensa exploração e que estas condições levaram os trabalhadores a se mobilizarem. Assim a partir das mobilizações do operariado, em um contexto de urbanização e industrialização do país, o Estado viu a necessidade de se reposicionar frente à questão social. Desta forma, passou a atender algumas das reivindicações dos trabalhadores nos anos de 1920 e, principalmente, a partir de 1930, enquanto estratégia de consenso no contexto de acirramento do conflito entre classes estabelecido pelas relações capitalistas, mas também, enquanto estratégia de garantir a mão-de-obra saudável. Acerca deste período, Bravo (2006, p. 4) aponta:

[as expressões da questão social], já colocadas na década de 20, precisavam ser enfrentadas de forma mais sofisticada. Necessitavam transformar-se em questão política, com a intervenção estatal e a criação de novos aparelhos que contemplassem, de algum modo, os assalariados urbanos, que se caracterizavam como sujeitos sociais importantes no cenário político nacional, em decorrência da nova dinâmica da acumulação. Este processo, sob

domínio do capital industrial, teve como características principais a aceleração da urbanização e a ampliação da massa trabalhadora, em precárias condições de higiene, saúde e habitação.

Acerca disto, pode-se observar que em função das péssimas condições de trabalho e da falta de direitos trabalhistas, os operários passaram a se organizar e realizaram duas grandes greves no país, uma em 1917 e outra em 1919. Assim, por meio destes movimentos os trabalhadores começaram a conquistar alguns direitos, pois o Estado e o empresariado, conforme a assertiva acima, não podiam mais responder ao conflito de classes apenas via coerção, era necessário criar outros mecanismos que pudessem diminuir o movimento operário, garantindo o desenvolvimento capitalista. É dentro desse contexto que vão ser desenvolvidas políticas sociais de caráter nacional que respondam às expressões da questão social de forma mais orgânica e sistemática (Bravo, 2006). No que concerne a saúde, no âmbito da saúde individual foram debatidas as questões da higiene e saúde do trabalhador, sendo criadas em 1923, pela Lei Éloi Chaves, as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs)⁸¹ que constituíram o embrião do sistema previdenciário no Brasil. Assim, a criação das CAPs deve ser entendida, no contexto das reivindicações dos trabalhadores no início do século, como uma resposta do empresariado e do Estado a crescente importância da questão social.

Acerca das CAPs, vale destacar que estas mesclavam o direito a benefícios previdenciários (aposentadorias e pensão), os de assistência médica-curativa, o fornecimento de medicamentos e o auxílio funeral. Cada empresa definia os valores e direitos dos trabalhadores de sua CAPs, não existindo isonomia dos benefícios. No entanto, apesar da criação das CAPs ser um avanço, os seus benefícios eram restritos aos trabalhadores que atuavam em determinadas empresas e as suas famílias. Ou seja, a maior parte da população não tinha vínculo com nenhuma empresa e continuava a mercê da caridade e filantropia das Casas de Misericórdia e de programas esporádicos do governo.

Em 1930, no governo de Getúlio Vargas, foi criado o Ministério da Educação e Saúde Pública para atuar nas questões de saúde do país. Assim, houve a desintegração das atividades do Departamento de Saúde Pública, que era vinculado ao Ministério da Justiça, e a pulverização de ações de saúde a outros Ministérios⁸². No que tange a saúde individual neste período, insta apontar que as CAPs foram sendo substituídas pelos Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAPs) que levou a expansão dos benefícios para mais trabalhadores, pois estes passaram a ser destinados a categorias profissionais e não mais por empresa como nas CAPs. Bravo (2006) denominou este período da saúde como “previdencialista”, já que a saúde individual era tratada como um benefício

⁸¹ A criação de uma Caixa de Aposentadoria e Pensão não era automática, dependia do poder de mobilização e organização dos trabalhadores de determinada empresa para reivindicar a sua criação. Além disso, vale destacar que o Estado não participava do custeio das Caixas, estas eram mantidas pelos empregados e pelas empresas, sendo gerenciadas por um conselho com representantes dos trabalhadores e da empresa.

⁸² Como, por exemplo, a fiscalização de produtos de origem animal ficaram alocadas no Ministério da Agricultura, e, a higiene e segurança de trabalho, ficaram vinculadas ao Ministério do Trabalho (idem).

previdenciário, ficando restrita aos seus contribuintes.

Cabe destacar que apesar de ter havido uma expansão dos benefícios previdenciários, o período compreendido entre 1930 e 1945 foi considerado por Oliveira e Teixeira (1989) como de “orientação contencionista”, já que ao mesmo tempo em que se incluiu mais trabalhadores contribuintes houve uma diminuição com os gastos, privilegiando-se a acumulação de reservas financeiras em detrimento da ampla prestação de serviços. Foram inclusive definidos limites máximos para as despesas com assistência médico-hospitalar e farmacêutica.

Em síntese, pôde-se observar, a partir da década de 1930, a criação de uma política de saúde que passa a fazer parte das ações do Estado, sendo alocada em departamentos estatais diversos, e tendo a maioria de suas ações dividida em dois setores - o da saúde pública e o da medicina previdenciária individual -, o que caracterizou uma política de saúde dicotômica em sua origem e perdurou até a década de 1980. Considerando esta bifurcação da política de saúde, pode-se observar neste período ações voltadas para criar condições sanitárias mínimas a população, principalmente, a urbana, dando continuidade ao combate as endemias mais importantes. Na saúde previdenciária individual, o atendimento ficou restrito apenas aos trabalhadores que tinham carteira assinada e contribuía com a previdência social de algumas categorias determinadas, ou seja, estes benefícios ficaram restritos durante muito tempo a certas categorias de trabalhadores, enquanto o restante da população continuou com o seu atendimento relegado a beneficência (RONCALLI, 2003; BRAVO, 2006).

Nos anos que seguem de 1945 até 1964, conforme aponta Bravo (2006), de forma geral, pode-se afirmar que não houveram grandes investimentos de recursos na saúde pública. Associado a esta falta de investimento, também pôde-se verificar a continuidade da pulverização dos poucos recursos aplicados entre os diversos órgãos e setores, os conflitos de jurisdição e gestão, bem como a superposição de funções e atividades, o que fizeram com que a maioria das ações de saúde pública se reduzissem apenas a aspectos normativos. Ainda, vale destacar que mesmo com a criação do Ministério da Saúde em 1953 para tratar especificamente da saúde pública não houve uma nova postura do governo e uma efetiva preocupação em atender aos importantes problemas sanitários existentes no período em questão. Desta maneira, a criação do Ministério da Saúde limitou-se a um mero desdobramento do antigo Ministério da Educação e Saúde e, conseqüentemente, não se conseguiu eliminar as doenças infecciosas e parasitárias e as elevadas taxas de morbidade e mortalidade no país (POLIGNANO, 2001).

Podemos analisar que este período tratou as questões de saúde por meio das mesmas concepções de modelos de atenção à saúde que foram aplicados nos períodos anteriores, sendo insuficientes para elevar o nível de saúde da população. Como vimos anteriormente, o modelo

aplicado na saúde pública foi o campanhista que cresceu no final do século XIX e se orientava por um paradigma microbiológico das doenças que acometem as populações, conformando um saber epidemiológico e sanitário que visava à organização e a higienização dos espaços urbanos (MATTA; MOROSINI, 2009), limitando-se a eliminar os hospedeiros das doenças e não em atuar sobre as melhores condições de vida e saúde da população.

Em relação à assistência à saúde prestada pelos IAPs, esta era pautada em concepções meramente curativas, focada no modelo biomédico, onde a saúde era identificada simplesmente como a ausência de doença, não havendo investimento em prevenção e promoção à saúde. Este modelo biomédico vinha sendo estruturado desde o século XIX e pautava-se em uma orientação biologicista do ser humano, associando a doença à lesão e reduzindo o processo saúde-doença à dimensão fisiológica e anatômica. Desta maneira, excluía as determinações histórico-sociais, e, conseqüentemente, direcionava as suas principais estratégias para tratar o corpo doente.

Acerca disto, ainda pode-se observar que, a partir de 1950, viu-se a criação de uma estrutura de atendimento hospitalar privada, devido à formação de uma corporação médica que pressionava para que houvesse um financiamento do Estado na produção privada, o que implicou em tornar a atenção à saúde como sinônimo de assistência hospitalar. Desta maneira, consolidou-se um modelo previdenciário-privatista de caráter biologicista que passou a dar uma grande ênfase nos aspectos hospitalocêntrico, principalmente, após meados da década de 1960, quando a política de saúde sofre modificações no contexto de interesses da ditadura militar que se segue após o golpe de 1964, conforme veremos mais adiante.

No que concerne ao Serviço Social na saúde, pode-se observar que a partir da expansão das instituições de previdência social, que abarcavam as ações de assistência à saúde, houve uma ampliação da inserção dos assistentes sociais neste campo, principalmente após 1945. Bravo e Matos (2006) explicitam que na conjuntura de surgimento e institucionalização da profissão no país, dos anos 1930 a 1945, a área da saúde não era uma das que mais concentrava os assistentes sociais, apesar de que algumas escolas de Serviço Social surgiram motivadas pelas demandas deste setor e a formação profissional desde seu início ter contemplado disciplinas ligadas à saúde. Assim, é somente, a partir de 1945 - quando da expansão do mercado de trabalho devido às exigências e necessidades do capitalismo no país, aliadas às mudanças no quadro internacional, conforme vimos no capítulo 1 deste estudo, que a intervenção profissional se ampliou, principalmente, no campo da saúde, passando a ser um dos setores que mais absorvem os assistentes sociais.

Bravo e Matos (2006) apontam que este crescimento profissional se deu, principalmente, a partir de 1948 quando foi divulgado um “novo” conceito de Saúde pela Organização Mundial de Saúde devido ao agravamento das condições de saúde da população. Este conceito foi referenciado

na Medicina Preventiva que buscava relacionar os aspectos biopsicossociais estabelecendo um conceito global e multicausal da saúde. Conforme Nunes (1994), a emergência da Medicina Preventiva está relacionado com a previsão de uma crise da medicina biologicista, tanto em sua teoria, quanto na sua prática. No entanto, o autor ressalta que as reformas defendidas aparecem estreitamente vinculadas a um projeto pedagógico e não com propostas de reformar a prática médica.

Sobre isto, Arouca (1975, p. 9) afirma: “mais do que a produção de novos conhecimentos, mais do que mudanças na estrutura da atenção médica, representa um movimento ideológico (...). Partindo de uma crítica da prática médica, propõe uma mudança, baseada na transformação da atitude médica para com o paciente, sua família e comunidade”. E, ainda complementa: “a Medicina Preventiva, nascendo da Higiene em seu encontro com a Prática Médica, não constituiu um novo conhecimento, não foi o desdobrar-se de um novo espaço a conhecer-se nem a operacionalização de um novo conhecer” (idem, p. 15).

Desta forma, esta concepção operou-se dentro dos limites dos paradigmas clínicos da modelo biomédico e hospitalocêntrico prevalecente no período, conforme apontado anteriormente. Contudo, comporá o primeiro movimento crítico que conduzirá os setores médicos a introduzirem o social na sua visão de diagnóstico e terapêutica.

Considerando o exposto, importante se faz destacar que a nova conceituação de saúde trazida pela Medicina Preventiva foi determinante para que outros profissionais fossem requisitados para atuar no setor da saúde, inclusive, os assistentes sociais. Os autores ainda explicam que este conceito teve vários desdobramentos na política de saúde do país:

Um deles foi a ênfase no trabalho em equipe multidisciplinar – solução racionalizadora encontrada – que permitiu: suprir a falta de profissionais com a utilização de pessoal auxiliar em diversos níveis; ampliar a abordagem em Saúde, introduzindo conteúdos preventivistas e educativos; e criar programas prioritários com segmentos da população, dada a inviabilidade de universalizar a atenção médica e social (idem, p. 3).

Considerando o contexto supracitado na assertiva, pode-se afirmar que o assistente social foi demandado para o setor da saúde para “lidar com a contradição entre a demanda e o seu caráter excludente e seletivo” (BRAVO; MATOS, 2006, p. 4). Assim, o assistente social irá entrar para a equipe multidisciplinar e terá como lócus central de atuação os hospitais e ambulatórios, sendo denominado de Serviço Social Médico.

Nesta inserção, os assistentes sociais priorizavam suas ações ao nível curativo e a participação popular era restrita na dimensão individual, não se utilizando de técnicas e procedimentos do Desenvolvimento de Comunidade como em outros campos de atuação. Isto é, os

assistentes sociais da saúde atuavam, prioritariamente, com o Serviço Social de Casos e suas intervenções tinham como objetivo o engajamento do “cliente no tratamento”. Era uma atuação normativa e pautada em uma intervenção no modo de vida dos indivíduos, interferindo nos seus hábitos de higiene e saúde (Idem). Assim, o assistente social da saúde atuava nas abordagens de cunho educativo, cumprindo a função pedagógica chamada por Abreu (2008) de “pedagogia da ajuda”, se orientando pelo projeto profissional de cunho conservador que mesclava a base doutrinária da Igreja Católica e o neotomismo com as perspectivas positivistas norte-americanas. Segundo Bravo (1996), o processo crítico que foi iniciado dentro da profissão na década de 1960 – e minado com o golpe militar de 1964 - não teve repercussão no campo sócio-ocupacional da saúde.

Acerca dos períodos pós-1964, Bravo (1996) ao analisar a questão da saúde e da inserção dos assistentes sociais neste campo sócio-ocupacional, demarcou três fases com características diferenciadas: uma que compreende os anos de 1964 até 1974, denominando-o como o período do autoritarismo burocrático; outro que compreende os anos de 1974 até 1979, caracterizando-o como o período de crises e reformas em tempo de distensão política; os anos de 1979 a 1985, momento marcado pela abertura política em meio à crise e a mobilização da sociedade civil; e, por último, trata do período de transição democrática que vai de 1985 a 1990, problematizando a incompletude da Reforma Sanitária no país. Assim, a partir destas conjunturas, a autora analisou quais os contornos que foram sendo apresentados pela política de saúde e pelo Serviço Social na saúde. Adotarei essas subdivisões da autora⁸³ para trazer os elementos necessários a este estudo, conforme veremos nos subitens a seguir.

2.2. O período do autoritarismo burocrático: a política de saúde e o Serviço Social nos anos de 1964 a 1974.

O primeiro momento analisado por Bravo (1996) é o período de maior repressão vivido no país, em que a ditadura estava presente em todos os campos da vida social, expressando claramente as exigências da economia política do capital monopolista. Conforme vimos no capítulo anterior, este foi um período marcado por um desenvolvimento associado-dependente, em que a condução política-econômica se mostrou aliada aos interesses dos monopólios. Deste modo, pode-se identificar um regime voltado a serviço do capital internacional e aos grandes grupos nacionais, onde se privilegiou o crescimento do capital através da modernização da estrutura do Estado. Vale

⁸³ Adotei as divisões da autora, exceto no último período que a autora coloca o período de 1985 até a década de 1990, eu subdividi em dois tempos: o momento de transição que vai de 1985 a 1988 e, um segundo momento, a partir de 1988 marcado pela promulgação da Constituição Federal. Adotei esta subdivisão, pois com a nova Constituição conquistou-se uma política de saúde juridicamente até então nunca vista no país. Desta maneira, esta divisão é importante para demarcarmos quando a política de saúde se transforma em direitos de todos e dever do Estado.

retomar também que este é um momento em que se instauram medidas fortes de repressão onde se elimina a participação da sociedade. Mas, ao mesmo tempo, tem-se a ampliação da assistência e previdência social enquanto estratégias de integração em resposta a questão social, sendo, portanto, um período que se articula o binômio repressão-assistência (BRAVO, 1996), conforme assinalado no Capítulo 1.

Assim, neste período, percebe-se a ampliação da política assistencial de forma burocratizada e modernizada pela máquina estatal. No que concerne a política de saúde, ainda pode-se observar uma continuidade de um sistema dividido em saúde pública - de responsabilidade do Ministério da Saúde - , e a saúde curativa individual, alocada na previdência. A saúde pública declinou mais neste período, onde se deu pouca importância para as medidas de atenção coletiva, reduzindo-se os gastos e ações nesta área. Já a medicina previdenciária cresceu, principalmente, após 1966 quando houve a unificação dos IAPs, criando o Instituto Nacional da Previdência Social - INPS (SCOREL, 2006; BRAVO (1996; 2006).

Neste período, verifica-se a maior expressão na história da saúde brasileira da concepção médico-curativa, baseada no paradigma flexeriano⁸⁴, caracterizado por uma concepção mecanicista do processo saúde-doença, pelo reducionismo da causalidade aos fatores biológicos e pelo foco da atenção sobre a doença e o indivíduo (MATTAS; MOROSINI, 2009). Conforme Matta e Morosini (2009), este paradigma organizou o ensino e o trabalho médico, sendo responsável pela fragmentação e hierarquização do processo de trabalho em saúde e pelo aumento das especialidades médicas. E, é neste mesmo processo de valorização das ações curativas individuais que o modelo campanhista da saúde pública, baseado em intervenções coletivas e nos espaços sociais, passa a perder lugar e prestígio no cenário político e no orçamento público, comprometendo a prevenção e o controle das endemias no território nacional.

Assim, considerando o privilegiamento do modelo biomédico curativo no período, Teixeira (1989) aponta que as seguintes características puderam ser visualizadas:

- a extensão da cobertura previdenciária de forma a abranger a quase totalidade da população urbana e ainda parte da população rural. A política de concessão de assistência é assumida como um direito “consensual”. (idem, p. 207).
- a orientação da política nacional de saúde para o privilegiamento da prática médica curativa, individual, assistencialista e especializada em detrimento de medidas de saúde pública, de caráter preventivo e de interesse coletivo. (idem, p.208).

⁸⁴ O paradigma flexeriano recebeu esta denominação em homenagem a Flexner, autor de um relatório de 1911 que fundamentou a reforma das faculdades de medicina nos EUA e Canadá. Seu relatório consistia em criar um modelo de medicina voltado para a assistência à doença em seus aspectos individuais e biológicos, centrado no hospital, nas especialidades médicas e no uso intensivo de tecnologia. Esta concepção estruturou a assistência médica previdenciária no Brasil a partir da década de 1940, expandindo-se na década de 1950, orientando também a organização dos hospitais estaduais e universitários e, posteriormente, também foi privilegiada no período militar. Sofrendo os seus primeiros rebatimentos significativos na década de 1970, com o surgimento do movimento sanitário que se colocava em defesa de uma Medicina Preventiva.

- a criação de um complexo médico-industrial, responsável pelas elevadas taxas de acumulação do capital das grandes empresas monopolistas internacionais na área de produção de medicamentos e de equipamentos médicos. (idem, p.209).
- a interferência estatal na Previdência Social [...] desenvolveu um padrão de organização da prática médica orientada em termos da lucratividade do setor saúde propiciando a capitalização da medicina e privilegiando o produtor privado desses serviços (idem, p. 214-215).
- a organização da prática médica em moldes de relacionamento mais caracteristicamente capitalistas, passando a diferenciar o atendimento em termos da clientela a ser atendida e, por conseguinte, das finalidades que esta prática cumpre em cada uma das formas de organização da atenção médica. (idem, p. 233).

Em síntese, houve um crescimento da medicina previdenciária com o privilegiamento do modelo do produtor privado, em conformidade com o contexto que retomei acima. Desta forma, pode-se afirmar que a ampliação do sistema previdenciário foi uma forma de conter as tensões sociais e conseguir legitimidade para o regime, principalmente, ao ampliar os benefícios previdenciários para mais trabalhadores. Mas, também serviu de forma significativa como mecanismo de acumulação do capital. Ainda podemos observar que a criação do INPS significou o aumento do poder de regulação do Estado sobre essa política social e a exclusão dos trabalhadores na gestão da previdência.

Em relação ao Serviço Social, considerando os aspectos abordados acerca do processo de renovação na profissão no período que vai de 1964 até meados da década de 1970, vale destacar que os profissionais atuantes na área da saúde receberam as influências da “perspectiva modernizadora” que tratou de adequar a profissão às exigências postas pelo Estado ditatorial burguês para o atendimento das novas demandas submetidas à racionalidade burocrática em benefício do grande capital, conforme vimos no capítulo anterior.

A afinidade entre o projeto profissional do Serviço Social e a modernização favoreceu para que houvesse uma sedimentação das práticas curativas da intervenção dos assistentes sociais, principalmente, no campo da assistência médica previdenciária. Em 1972, foi criado o plano Básico de Ação do Serviço Social no INPS que regia as ações dos assistentes sociais na previdência. Neste documento “foram enfatizadas as técnicas de intervenção, a burocratização das atividades, a psicologização das relações sociais e a concessão de benefícios” (BRAVO; MATOS, 2006, p. 6). Acerca da atuação e orientações dos assistentes sociais na saúde neste período, Bravo (1996, p. 93-94) destaca:

O Serviço Social na saúde, recebendo as influências da modernização que se operou no âmbito das políticas sociais, vai sedimentar sua ação na prática curativa, primordialmente na assistência médica previdenciária, transformada no maior empregador de profissionais. A ação na saúde pública não foi enfatizada. O sentido da prática profissional foi apreendido mitificadamente, sendo enfatizadas as técnicas de intervenção, a burocratização das atividades, a psicologização das relações sociais, a concessão de benefícios concebidos

como doação e não como direitos. Adotou-se uma terminologia mais sofisticada à estratégia de crescimento econômico própria do modelo autoritário-burocrático que servia para encobrir as reais implicações da prática.

A autora ainda destaca que o aspecto educativo da profissão foi salientado neste período, em que ficam explícitas as “funções terapêuticas, preventivas e promocionais que visavam ao controle do trabalhador, responsabilizando-o pela melhoria e restauração de sua saúde, reduzindo a ação a modelos e técnicas pedagógicas desarticuladas dos determinantes da questão social” (Idem, p. 94), dando continuidade, nos termos de Abreu (2008), a uma “pedagogia da ajuda”.

Em síntese, pode-se afirmar que neste período os profissionais da saúde serão orientados por um projeto profissional conservador que tinha como objetivo integrar a profissão ao processo de desenvolvimento do país, baseando-se nos aportes teóricos do estrutural-funcionalismo norte-americano. Assim, os profissionais deram continuidade às atividades com indivíduos, grupos e comunidades com vistas à integração psicossocial dos beneficiários e para isso buscou um aperfeiçoamento através das técnicas modernas sob a influência da modernização e dos documentos de Araxá e Teresópolis.

2.3. Período de crises e reformas em tempo de distensão política: a política de saúde e o Serviço Social nos anos de 1974 a 1979.

Em relação à segunda fase demarcada por Bravo (1996), que vai de 1974 a 1979, podemos observar que o país passou por uma crise social e econômica, gerando um descontentamento da sociedade civil que leva a emersão de reivindicações e pressões populares. Desta maneira, o sistema ditatorial se apresentou desgastado e foi desencadeado um processo de distensão lenta e gradual do regime militar que tenta incorporar algumas demandas da população. Com isso, pode-se perceber diversas reformas no âmbito das políticas sociais que visaram diminuir as tensões entre o Estado e as classes trabalhadoras.

Diversas medidas de caráter administrativo foram tomadas como estratégia do governo. Destaca-se a criação do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) em 1974 que tinha como intuito demonstrar o interesse do governo pela Previdência Social. No entanto, a criação do INPS não alterou a situação da saúde, pois esta ainda ficou dividida em dois Ministérios, o da Saúde e o da Previdência, permanecendo a dicotomia entre a assistência médica individual e a saúde pública (idem).

Bravo (1996) aponta que neste período a assistência médica previdenciária mostrava-se caótica em face do modelo implantado e havia um crescimento da demanda por serviços médicos. Com isso, é possível observar duas modificações no complexo previdenciário: a “criação da

empresa de processamento de dados da previdência social (DATAPREV) e ampliação do setor conveniado que, entretanto, permaneceu pequeno perante o contratado” (idem, p. 42). Assim, houve uma ampliação dos convênios com sindicatos, universidades, governos estaduais e municipais, e outras entidades, contribuindo para a expansão da cobertura dos serviços e para o fortalecimento do setor público. Contudo, conforme apontado acima, o setor privado ainda permaneceu bem maior que os setores conveniados, sendo apenas uma estratégia para escoar a demanda excessiva, não havendo uma mudança substantiva (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1989).

Ainda considerando as reformas no âmbito da saúde, pode-se observar outras medidas que foram tomadas no pós-1974, tais como, a implementação do Plano de Pronta Ação em 1974 e a criação do Sistema Nacional de Saúde em 1975. O Plano de Pronta Ação “objetivou disciplinar e organizar as diversas modalidades de prática médica vinculadas à previdência social, universalizando o atendimento de emergência” (BRAVO, 1996, p. 43). Assim, com este plano houve a desburocratização dos atendimentos à emergência e a integração da prática previdenciária às instituições conveniadas, entretanto, devido à incapacidade de controle sobre estes atendimentos foi possível observar um elevado número de fraudes nas contas dos hospitais (idem).

Já o Sistema Nacional de Saúde “visou disciplinar a articulação entre os órgãos atuantes no setor da saúde” (idem, p. 43). Interessante apontar que a elaboração deste projeto contou com a presença de profissionais de saúde progressista que criticaram a filosofia liberal da política de saúde e a ação ampliada da iniciativa privada no setor, propondo uma política de saúde de caráter público que fosse coordenado pelo setor estatal. Entretanto, as pressões foram intensas sobre o grupo de profissionais que o propuseram e o projeto foi alterado.

Insta salientar que neste período um grupo de profissionais passou a debater as questões da saúde e recorreram a outras perspectivas acerca da saúde. Desta maneira, passaram a exercer pressões no sistema de saúde com o intuito de alterá-lo, mas enfrentaram embates constantes dos setores empresariais e industriais que vinha definindo de forma hegemônica a política de saúde no país. Foi a partir deste período que se pôde observar o início da organização de setores progressistas de profissionais de saúde em defesa de fortalecer o setor público que foi denominado mais tarde de Movimento Sanitário. Acerca destas tensões, Escorel *et al.* (2005) analisa que

nestes primeiros anos do movimento sanitário, a ocupação de espaços institucionais caracterizou-se pela busca do exercício e da operacionalização de diretrizes transformadoras do sistema de saúde. Dessa forma, profissionais que pensavam criticamente o sistema tratavam estes espaços como uma arena onde era possível travar uma luta surda, mas acirrada, para por em prática projetos que, de resto iam completamente na contra-mão dos interesses do regime autoritário. (Idem, p. 68).

Estes profissionais progressistas passaram a se reunir em diversos encontros para debater questões de saúde através de um olhar diferenciado do até então empregado, alargando a produção teórica nesta área, ao mesmo tempo em que se abriu espaço para a articulação com as ciências sociais. Assim, é a partir dos debates deste período que passou-se a relacionar de forma significativa a prática em saúde com a estrutura de classes, analisando as determinações estruturais e conjunturais da sociedade (ESCOREL, 2005). Vale destacar aqui o papel importante do Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES)⁸⁵, criado em 1975, que incentivou e articulou diversos encontros que tinham o intuito de criar ideias que defendessem a saúde coletiva, bem como produzir conhecimentos sobre a saúde da população e articular esses conhecimentos a uma prática política concreta. Bravo (1996) complementa que o CEBES

como centro de estudos propôs ser uma instância de organização do saber sobre a saúde, e sua aplicabilidade efetiva na formulação de contrapolíticas, com participação constante e efetiva nos eventos nacionais e regionais relativos à temática e um entrosamento efetivo com entidades da sociedade civil preocupadas com as questões popular, entre elas a CNBB, a OAB, a SPBC, o Centro Brasil Mulher, sindicatos, partidos políticos, universidades, associações estudantis e associações comunitárias. (BRAVO, 1996, p. 46-47).

O movimento de Reforma Sanitário crescente defendia uma concepção de saúde que articulava democracia e política, tendo como suas principais propostas: a concepção da saúde como direito de todos e dever do Estado; a universalidade do acesso e a integralidade da atenção à saúde; a reestruturação do sistema de saúde, criando o Sistema Unificado de Saúde, integrando a saúde pública e a individual; a descentralização do poder e a municipalização (poder local); a democratização do poder através da criação dos Conselhos e Conferências de Saúde, enquanto mecanismos de gestão compartilhada com a participação social; e o financiamento efetivo. (COHN; ELIAS, 2002; BRAVO, 2006).

Mas, é somente a partir de 1979, quando a sociedade brasileira vivencia um período de aprofundamento da crise econômica e de grande mobilização da sociedade civil pela redemocratização do país e por seus direitos, que as estratégias sanitaristas de fortalecimento do setor público irão penetrar no aparelho do Estado de forma mais orgânica, ultrapassando o âmbito acadêmico e se expandido em uma luta das classes dominadas⁸⁶. Assim, dentro de um contexto marcado por crescentes pressões dos movimentos sociais sobre o governo e sobre o projeto privatista da saúde, podemos visualizar as primeiras reações de uma parcela de profissionais progressistas atuantes na saúde, que tinham a pretensão de transformar o setor através de

⁸⁵ O CEBES terá papel importante durante toda a luta do movimento sanitário, dinamizando encontros, eventos e publicações, possibilitando a troca de conhecimentos e adensando a afirmação de um nova forma de se pensar a saúde e a necessidade de criar um novo sistema de saúde no país.

⁸⁶ As modificações ocorridas a partir de 1979 na sociedade brasileira serão melhor abordadas mais a frente.

modificações no sistema de saúde vigente, adensando a defesa de uma nova visão de saúde.

No âmbito da saúde pública podemos situar algumas alterações que vão expandir o acesso da população que não tinham vínculo com a Previdência Social, tais como, o aumento de cobertura de ações de saúde pública em áreas rurais e a criação de alguns programas: o Programa de Interiorização das Ações de Saúde (PIASS); o Sistema Integrado de Saúde do Norte de Minas; e, o Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde (PPREPS). O PIASS foi criado em 1976 devido às propostas de medicina comunitária que vinham sendo discutidas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) a partir da década de 70.

O PIASS tinha como objetivo implantar uma estrutura básica de saúde pública nas comunidades de até vinte mil habitantes, buscando atender as famílias que possuíam baixa renda e que estavam desprovida de atenção médico-sanitária até então. As ações eram voltadas para a assistência individual à saúde, saneamento básico e nutrição (BRAVO, 1996). O PIASS mesclou a abordagem médico-social ao pensamento sanitaria desenvolvimentista, atendendo, por um lado, o avanço do movimento sanitário ao criar ações de atenção básica nas comunidades, e, por outro, pretendia ser um programa de impacto e de alta visibilidade que pudesse trazer legitimidade para o governo (ESCOREL *et al.*, 2005).

O Sistema Integrado de Saúde do Norte de Minas foi implantado na cidade de Montes Claros e foi aplicado nas cidades próximas a esta região. Tinha como princípios básicos o aumento da cobertura, regionalização, hierarquização dos serviços, participação da comunidade, integralidade da atenção à saúde e utilização da equipe de saúde (BRAVO, 1996). Este projeto tem um caráter pioneiro, pois os seus princípios serviram mais tarde para nortear a proposta do SUS. Conforme Escorel *et al.* (2005) este projeto provou que as propostas do movimento sanitário eram exequíveis, inclusive, por sua capacidade de articulação com diferentes forças sociais. E o último programa, o PPREPS, tinha como objetivo capacitar os profissionais de saúde e contou com a colaboração do Ministério da Educação e Cultura e da OPAS (BRAVO, 1996).

No período pós-1974, ainda pode-se destacar outras alterações nos setores da previdência e da assistência a saúde, tais como, a criação do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS) em 1978, composto pelo Instituto Nacional de Previdência Social (INAMPS) e o Instituto de Administração da Financeira da Previdência e Assistência Social (IAPAS). É importante nos determos na criação do INAMPS, pois este foi expressão de uma tendência ao processo de universalização e criação de um modelo de seguridade, no lugar de seguro social, já que desvinculou o atendimento médico da concessão de benefícios. Contudo, esta alteração não foi acompanhada de medidas de suporte financeiro, permanecendo as contribuições dos segurados da

previdência como financiadores destas ações (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1989). Acerca das reformas implementadas pelo Estado neste período, Bravo (1996, p. 45) aponta:

As reformas implementadas não foram capazes de resolver a crise decorrente da contradição entre a tendência à universalização, a pouca flexibilidade da base financeira no que concerne ao sistema de contribuições e a impossibilidade de controle dos produtos privados de serviços médicos.

Considerando o exposto até aqui, podemos sintetizar que a política de saúde, no período de 1974 a 1979, enfrentou tensões entre a ampliação dos serviços e a disponibilidade de recursos financeiros, assim como sofreu embates entre os interesses dos setores estatais e do setor privado e a emergência do movimento sanitário. Entretanto, as diversas reformas realizadas pelo governo na estrutura organizacional dos setores de saúde não tiveram a intenção de reverter à ênfase da política de saúde individual que se pautava por ações curativas comandadas pelo setor privado.

No que concerne ao Serviço Social na saúde neste período percebe-se uma ação dicotomizada em dois ministérios devido à própria divisão da política, como mencionei anteriormente. Conforme Bravo (1996), no Ministério da Saúde, os profissionais apareciam fragmentados por diversas instituições sem uma coordenação geral. Acerca das ações profissionais deste período, a autora destaca que havia um grupo de assistentes sociais que se sobressaíram por meio de um trabalho desenvolvido no Departamento Nacional da Criança que se pautava em uma abordagem psicologizante, utilizando as contribuições da psicanálise. Inclusive alguns assistentes sociais que estavam ligados a este trabalho se dedicaram à atividade liberal, abrindo consultórios e realizando terapia familiar. Outro trabalho ligado ao Ministério da Saúde que a autora destaca foi a inserção dos assistentes sociais nas “comunidades terapêuticas”, em que estes profissionais atuavam realizando grupos operativos e terapias familiares em conjunto com outros profissionais de saúde. Em síntese, a atuação profissional estava restrita às clínicas baseada em uma perspectiva curativa. Sendo assim, as intervenções profissionais dos assistentes sociais neste setor da saúde ainda serão norteadas pelo projeto profissional conservador.

No Ministério da Previdência Social a atuação profissional permaneceu sendo norteadada pelo Plano Básico de Ação do Serviço Social no INPS, existente desde 1972. Este plano era compatível com o projeto modernizador do Estado e foi fortemente influenciado pelo documento de Araxá, retratando finalidades profissionais do projeto profissional da perspectiva modernizadora do Serviço Social. Assim, a proposta pedagógica do projeto profissional do Serviço Social no INPS era de orientação individualista psicossocial na prestação direta de Serviços Sociais, como expliquei anteriormente.

Insta apontar que em 1975 surgiram atividades de saúde comunitárias nas unidades médico-assistenciais do INPS. Estas atividades foram desenvolvidas pelos médicos, enfermeiros e pelos auxiliares de enfermagem, deixando os assistentes sociais como subsidiários. Para Bravo (1996), este espaço foi pouco explorado pelos assistentes sociais e, caso contrário, poderiam ter sido espaços que permitiriam uma ação mais global destes profissionais na discussão dos determinantes das condições de saúde, bem como na abertura da instituição à comunidade, viabilizando a participação popular. Acredita também que este seria um espaço que possibilitaria o envolvimento dos assistentes sociais no movimento sanitário, o que não ocorreu. Nas palavras da autora:

apenas um reduzido número de profissionais se interessou por esse espaço [*atividades de saúde comunitária*], conseguindo realizar alguns projetos de educação e saúde nos ambulatorios e ampliar a ação dos hospitais para fora de seus muros, com projetos pilotos em áreas periféricas circunvizinhas às instituições de saúde. Este fato nos permite constatar que a ação do Serviço Social na saúde continua sendo uma atuação psicossocial junto a pacientes e familiares, de acordo com suas raízes históricas. A saúde coletiva não é caracterizada como espaço de intervenção profissional, tanto pela instituição como pelos próprios assistentes sociais, ficando restrita a uma atividade subsidiária. Consideramos, entretanto, ser esse espaço o que permitiria uma ação profissional mais efetiva e possibilitaria o engajamento dos assistentes sociais no movimento sanitário que se inicia nessa conjuntura (idem, p. 102).

Vale retomarmos que com a criação do SINPAS em 1978 houve uma separação em dois institutos para a concessão dos benefícios: o INPS para benefícios da previdência e o INAMPS para assistência à saúde individual, e, com isso, viu-se uma divisão dos assistentes sociais em dois institutos. Surgindo dois campos profissionais de execução da política previdenciária: o da saúde individual e o da previdência.

Bravo (1996) explica que o Serviço Social junto ao INAMPS foi justificado pelos profissionais como um setor no qual a ação se volta para a “necessidade de os beneficiários serem conscientizados em suas carências sociais para modificação dos seus hábitos, a fim de evitar o círculo vicioso: tratamento-alta-volta ao meio-recaída” (idem, p. 103). E, ainda complementa que o objetivo do “Serviço Social médico foi caracterizado como de intervenção nos fatores psicossociais que influenciam negativamente na proteção e na recuperação da saúde; o que se faz pelo desempenho de suas funções preventivas, curativas e promocionais, resultando na melhoria do funcionamento social”. Assim, a intervenção do assistente social no INAMPS deu ênfase “nas funções terapêuticas, preventiva e socializante do 'Serviço Social de caso', primordialmente. A abordagem grupal é ressaltada basicamente para a atuação com a família e a ação comunitária é apenas sinalizada” (BRAVO, 1996, p. 104). Desta maneira, pode-se observar que as ações e orientações permaneceram fundamentadas no projeto conservador do Serviço Social, mais precisamente, na vertente modernizadora de cunho psicologizante e com ênfase nas metodologias

de caso e grupo.

Com a criação do INAMPS, viu-se uma crescente discussão sobre o Serviço Social na Saúde. Em 1978, foi realizado o 1º Congresso Brasileiro de Serviço Social de Saúde em que se propôs a criação da Associação dos Assistentes Sociais na Saúde. Ressalto, no entanto, que esta movimentação dentro do Serviço Social no campo da saúde pode ser vista como uma reação dos profissionais vinculados as vertentes “modernizadora” e “reatualização do conservadorismo” frente ao crescimento e ocupação de espaços profissionais pelos adeptos da perspectiva de “intenção de ruptura”. Assim, o Congresso foi marcado por concepções que reforçavam aquilo que já se vinha realizando dentro do Serviço Social de fundamentação psicossocial, transformação individual e subjetividade, ancorada na fenomenologia, conforme aponta Bravo (1996, p. 104):

Uma das palestras centrais do evento foi realizada por Ilda Lopes, acerca das funções do Serviço Social no campo da saúde [...]. A função do assistente social é considerada, pela autora, como a de “oferecer uma ajuda psicossocial às pessoas envolvidas no processo de medicina preventiva ou curativa, através do instrumento dialético da compreensão” [...]. Toda a concepção de Silva Soares (1979) se pauta na concepção de “reatualização do conservadorismo”, ao enfatizar o aspecto psicossocial, o vivido, a comunidade conceituada como a comunhão de pessoas que se promovem, destacando como aspectos importantes a transformação individual, a subjetividade. Essa elaboração foi uma das primeiras contribuições da perspectiva fenomenológica na área da saúde, um dos setores de prática enfatizados por seus adeptos.

Bravo (1996) ainda destaca que no III Congresso de Assistentes Sociais ocorrido em 1979, evento que foi denominado de “Congresso da Virada”, presidido pela perspectiva de “intenção de ruptura”, como já explicitado neste estudo, abordou-se a questão da saúde em duas mesas. O debate promovido após as exposições foram frágeis, demonstrando claramente o desconhecimento e a falta de profundidade dos assistentes sociais participantes em relação à temática.

A partir desta retomada, convém destacar que o final da década de 70 foi marcada pelo crescente e significativo movimento interno da profissão de intenção de ruptura com o conservadorismo. Os profissionais orientados por esta perspectiva já iniciavam neste período um redimensionamento do Serviço Social, sobre os aportes teórico-metodológicos marxistas, principalmente, após o “Congresso da Virada”. Além disso, pode-se observar fatores internos e externos que contribuíram para uma renovação do Serviço Social na construção de um Projeto Profissional Crítico a partir deste período, tais como, o forte e renovado processo organizativo da categoria; o aprofundamento teórico dos docentes de Serviço Social; o ressurgimento dos movimentos sociais e do movimento sindical.

Ainda vale ressaltar que dentre os movimentos sociais que se fortaleceram neste período, encontra-se o movimento sanitário que vinham apresentando propostas teórico-práticas para a

questão da saúde no país. No entanto, apesar de todos estes processos que conformam o período em questão os assistentes sociais que atuavam na saúde permaneceram, majoritariamente, se orientando pelos projetos conservadores do Serviço Social, veremos isso mais detalhadamente adiante.

2.4. Período de crise e de mobilização social: a política de saúde e o Serviço Social nos anos de 1979 a 1985

Cabe agora analisar o terceiro período demarcado por Bravo (1996) que vai de 1979 a 1985. Em relação à conjuntura pode-se observar que houve a continuidade da abertura política iniciada nos anos anteriores. Os estrategistas políticos do Estado tinham como intuito uma abertura planejada e controlada por eles, no entanto, estas intenções foram abaladas pelo auge da crise econômica no país⁸⁷ e pelo reingresso da classe trabalhadora na cena política no final da década de 70, conforme apontei a pouco.

A política de saúde, por sua vez, enfrentou uma profunda crise após as reformas que foram implantadas no governo anterior. Conforme Bravo (idem), o Sistema Nacional de Saúde e o SINPAS não conseguiram dar respostas às principais questões na saúde. Percebe-se o predomínio de ações curativas, a permanência da instabilidade no custeio das despesas previdenciárias e a persistência do padrão de privatização da medicina. A partir disto, surge um descontentamento maior que abrange tanto os profissionais de saúde quanto a sociedade civil, ultrapassando os muros das universidades. Assim, este é um momento marcado pela consolidação do movimento de organização dos profissionais de saúde, principalmente, dos médicos⁸⁸, que inclusive realizaram greves para pressionar o Estado frente à questão da saúde no país.

Houve também neste período uma ampla divulgação da política previdenciária de assistência médica que teve como decorrência a socialização do debate, propiciando assim o envolvimento de grupos de interessados e levando ao reconhecimento a questão da saúde como nacional (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1989). Assim, a saúde assume uma dimensão política vinculada à democracia, deixando de ser meramente um interesse dos técnicos, passando a ser debatida pela sociedade civil. Com isso, podemos observar que o movimento sanitário, aliado aos movimentos populares, se solidificou e foi ganhando visibilidade política. Acerca da politização da questão da

⁸⁷ Acerca disto, Bravo (1996, p. 49) relata: “a partir de 1979, a *crise econômica* se agrava com o aumento do custo de vida, da taxa de inflação a 200%, o arrocho salarial atingindo grandes faixas da população – com 80% recebendo até três salários mínimos –, o alto índice de desemprego, a crise da previdência social. A condição de vida das classes trabalhadoras ficou insustentável, sendo obrigadas a consumirem o mínimo para sua subsistência”.

⁸⁸ Bravo (1996) revela que os movimentos dos médicos tinham um cunho corporativista na luta pela melhoria de salários e melhores condições de trabalho, mas também, estiveram presentes nestes movimentos a dimensão mais ampla da questão saúde. Assim, colocaram-se contra “à mercantilização da atenção médica, à exploração do trabalho do profissional assalariado, à política de saúde privatista e ao autoritarismo e ao modelo econômico vigente. A relação saúde e democracia passou a ser colocada constantemente” (idem, p. 55).

saúde, Bravo (1996, p. 55) explicita:

A ampliação do espaço de atuação das entidades representativas dos profissionais e sindicatos médicos favoreceu o desdobramento da prática política, havendo articulação com outros sindicatos de trabalhadores, outras entidades, movimentos populares e avançando-se no âmbito parlamentar. A luta pela saúde se ampliou e diversos movimentos se destacaram: os movimentos de bairro de periferia urbana e favelas, na luta por saneamento, água, luz, transporte e postos de saúde; os movimentos de bairro de “classe média”, visando a melhoria dos serviços de saúde e alteração das políticas do setor; o movimento político dos partidos oposicionistas, com propostas alternativas de políticas de saúde, enfatizando o setor público e a promoção da saúde; os movimentos desencadeados pelas comunidades eclesiais de base, visando mobilizar e organizar a população em torno de suas questões concretas de vida, passando por lutas específicas na esfera da saúde e o movimento sindical que, a partir de sua reorganização, enfrentou a grave situação de saúde dos trabalhadores, colocando na pauta de reivindicações essa questão.

Neste contexto, surgem propostas de políticas alternativas direcionadas para a reversão do modelo pautado no privilegiamento do setor privado em prol de canalizar os recursos no setor público. O Estado ainda tenta reagir a estes pressionamentos e bloqueia as propostas mais radicais que pudessem penalizar os setores capitalistas diretamente relacionados. Assim, o Estado alterou planos e programas⁸⁹, num processo de tensão permanente, entre os interesses capitalistas e o dos movimentos que lutavam para a democratização da saúde.

O que se tem de resultado é que os planos e programas elaborados pelo Estado não foram suficientes para atender as demandas político-sociais colocadas nesta conjuntura. Em 1981, o governo assume publicamente a crise financeira na previdência social. Com a divulgação pelo Estado de que a previdência estava em crise⁹⁰, abriu-se espaço para o debate e a possibilidade para que novas propostas ganhassem espaço no cenário político. É neste contexto, com a participação ativa de vários segmentos da sociedade na sua condução, que o modelo de saúde vai sendo reorientado. Como exemplo destas estratégias de reorientação do modelo de saúde pode-se citar o Plano de Reorientação da Assistência à Saúde, que teve a contribuição de alguns profissionais progressistas, e teve como estratégia básica as Ações Integradas de Saúde (AIS). Esta proposta pautou-se nos princípios de universalização; priorização das ações de atenção primária à saúde; ênfase na prevenção; descentralização e democratização das decisões administrativas, técnicas e políticas na saúde; regionalização e hierarquização dos serviços da rede de saúde. Esta proposta foi

⁸⁹ Um exemplo da formulação de programas pelo Estado que resultou em uma luta ideológica foi a criação do Programa Nacional de Serviços Básicos da Saúde (PREVSAÚDE). Este programa foi criado por um grupo de profissionais com ideias progressistas e foi inviabilizado pelo governo, pois era inaceitável pela iniciativa privada. Desta maneira, foi criada outra versão que, por fim, não alcançou a adesão de nenhum grupo. Para saber mais detalhes deste acontecimento conferir: Oliveira e Teixeira (1989, p.270-275).

⁹⁰ Segundo, Bravo (1996) a crise da previdência se agudizou devido aos seguintes fatores: a arrecadação do sistema previdenciário (diminuição da contribuição da União, redução da contribuição das empresas como porcentagem da folha de salários), a crescente absorção de faixas da população a serem cobertas pelo sistema e a má gestão dos recursos captados, orientando-se pela lucratividade em detrimento da ética e das reais necessidades da população. (Idem, p.59)

fortalecida após 1985, com o fim da ditadura (BRAVO, 1996).

Em relação ao Serviço Social na saúde no período em questão, pode-se observar que apesar de ser um momento em que a profissão inicia um redimensionamento interno pela perspectiva de “intenção de ruptura”, não foi percebido o envolvimento dos profissionais da saúde com esta vertente. Também observa-se que apesar de ser um momento de efervescência política, em que os movimentos sociais cada vez mais ganham espaço e se fortalecem, não são visíveis articulações significativas dos assistentes sociais atuantes no campo da saúde com o movimento sanitarista. Acerca deste distanciamento dos profissionais inseridos no campo sócio-ocupacional da saúde dos processos democráticos e de luta social ocorridos dentro e fora da profissão, Bravo (1996, p. 113) afirma que:

Na saúde, os profissionais continuavam distantes da reflexão e aprofundamento teórico ocorrido no Serviço Social. Os adeptos da vertente “intenção de ruptura” não conseguiram definir um novo padrão de intervenção profissional com estratégias teórico-político-ideológicas que pudessem colocar o Serviço Social em outro patamar, deslocando-o da execução terminal de políticas de saúde. Um dos indicativos dessa afirmativa se refere ao não-engajamento dos assistentes sociais no “movimento sanitário” [...]. Essa exclusão foi determinada por condições internas e externas à profissão, [...] mas teve consequências práticas significativas, pois o profissional não participou da elaboração das estratégias e táticas forjadas pelos representantes do “movimento sanitário”, de forma a nortear a sua ação, ampliando-a em diversos níveis [...].

Assim, o assistente social não participou e nem foi solicitado a contribuir para o processo de reelaboração do setor saúde, ficando afastado das alterações ocorridas no Estado. Para Bravo (1996), este afastamento dos assistentes sociais na saúde, tanto do movimento de renovação do Serviço Social que intentava romper com o conservadorismo, quanto do movimento de sanitarista que buscava reformar a política de saúde, se deve as seguintes questões: 1) os adeptos da vertente de “intenção de ruptura” iniciaram um processo de redimensionamento teórico-metodológico sobre bases quase que inteiramente novas o que redundou a sua vinculação às universidades; 2) à subalternidade do assistente social na área da saúde⁹¹, donde o principal protagonista é o médico e as demais profissionais por muito tempo foram consideradas como “paramédicas”. Acerca deste distanciamento, Bravo e Matos (2006), ainda explicam que como no processo de renovação interno da profissão não foram realizados nexos diretos com os outros debates, como o da reforma sanitária, viu-se um descompasso da profissão com a luta pela assistência pública na saúde. Nas palavras dos autores:

Sem dúvida, o Serviço Social está recebendo influências desta conjuntura, (de crise do Estado brasileiro, de falência da atenção à saúde e do movimento de ruptura com a política de saúde vigente e construção de uma reforma sanitária brasileira) mas, por outro lado, está passando por um processo interno de revisão, de negação do Serviço Social Tradicional,

⁹¹ A autora destaca que esta condição de subalternidade também está ligada a condição feminina da profissão.

havendo, assim, uma intensa disputa pela nova direção a ser dada à profissão. O processo de renovação do Serviço Social no Brasil está articulado às questões colocadas pela realidade da época, mas por ter sido um movimento de revisão interna, não foi realizado umnexo direto com outros debates, também relevantes, que buscavam a construção de práticas democráticas, como o movimento pela reforma sanitária. Na nossa análise, esses são os sinalizadores para o descompasso da profissão com a luta pela assistência pública na saúde (idem, p. 7-8).

Acrescenta-se a estes fatores o privilegiamento que os profissionais inseridos na área da saúde deram a abordagem advinda da perspectiva fenomenológica. Bravo (1996) aponta que esta aproximação com a fenomenologia se deve às influências psicologistas na área, fundadas na ajuda psicossocial e no modelo “clínico”. Assim, no final da década de 1970 e início da década de 1980, viram-se elaborações e produções dessa corrente para explicar os fenômenos no campo da saúde, travando uma disputa com a vertente de “intenção de ruptura”. Assim, as elaborações dos adeptos à fenomenologia ressaltavam as relações dialógicas entre profissional e “cliente”, a importância do vivido e a preparação dos assistentes sociais para atuar com a “morte”. Estes profissionais limitavam os acontecimentos sociais às experiências imediatas e ao consenso da comunidade, concentrando-se no cotidiano, sem procurar desvendá-lo. Desta maneira, ficavam alheios aos debates políticos que estavam sendo feitos pelos profissionais da saúde em prol de uma reforma sanitária e tiveram pouca articulação com os assistentes sociais progressistas que privilegiavam uma abordagem dialética da saúde e doença, conforme analisa Bravo (1996, p. 118):

Os assistentes sociais progressistas e com maior fundamentação teórica continuaram nas universidades, dando uma contribuição residual aos profissionais que estavam nas instituições. A preocupação dos docentes de Serviço Social centrava-se no aprofundamento teórico e na relação com as ciências sociais a fim de se situarem como interlocutores paritários, autônomos e qualificados. As entidades da categoria não conseguiram promover de forma articulada com outras entidades, como as da saúde, uma estratégia de alteração das políticas sociais e da saúde em particular.

Em síntese, este foi um período marcado pelo aprofundamento da crise do Estado e pelos avanços dos movimentos sociais no país. Também é um período significativo para as mudanças internas na profissão, em que a perspectiva crítica se consolida e passa a redimensionar o projeto profissional do Serviço Social. Entretanto, viu-se uma reação contrária dos profissionais da saúde em relação à vertente crítica, corroborando para ampliação da perspectiva de “reatualização do conservadorismo” nesta área. Ou seja, houve uma reafirmação do projeto conservador pela maioria dos profissionais assistentes sociais que atuavam na saúde, orientando-se pelas bases da fenomenologia e reforçando um Serviço Social “clínico” dentro da profissão. No entanto, este projeto sofrerá grandes rebatimentos no período que se segue, como veremos no próximo subitem.

2.5. Período de transição democrática e da Reforma Sanitária: a política de saúde e o Serviço Social nos anos de 1985 a 1990⁹².

2.5.1. Período de 1985 a 1988: abertura política em meio à crise e a mobilização da sociedade civil

O último período abordado por Bravo (1996) se trata do momento em que se viu uma significativa mudança no cenário brasileiro em que a conformação de uma nova Constituição Federal é emblemática. Assim, em meados da década de 80, assistimos a uma grande mobilização política dos diversos setores da sociedade civil pela redemocratização do país e pela construção de direitos civis, políticos e sociais. No entanto, vale destacar que este momento de transição na constituição de uma “Nova República” foi resultante “de uma negociação 'pelo alto' entre os dirigentes do bloco autoritário e a principal força partidária de oposição” (idem, p. 63). Desta maneira, esta transição planejada é marcada por continuidades e discontinuidades, em que se revelam os avanços democráticos, mas também mantém vivos aspectos do antigo regime⁹³. Isso se deve a duas questões, conforme Bravo (1996): o refluxo dos movimentos sociais no momento de transição democrática e a histórica fragilidade dos partidos políticos no país. Esses refluxos, dentro de um contexto de recessão, contribuíram para que houvesse “um recuo no enfrentamento político e uma maior flexibilidade para aceitar os acordos entre empresários e operariados” (idem, p. 71).

Interessa-nos reter aqui, o processo que levou as alterações ocorridas na política de saúde, ou seja, os debates, as inquietações e proposições acerca da realidade sanitária brasileira e seus desdobramentos legais. A partir de julho de 1984 ocorreram eventos veiculados pelas Secretarias de Saúde dos Estados do Sudeste do país. Estes eventos tinham como objetivo acumular propostas e estimular a realização de fóruns de debates acerca da política de saúde para um governo de transição democrática. Em novembro do mesmo ano foi realizado o V Simpósio sobre Política Nacional de Saúde da Câmara dos Deputados que contou com a participação de técnicos, parlamentares, secretários de saúde, entidades representativas da sociedade civil, reunindo quinhentos participantes. Ao fim desse Simpósio foi elaborado um relatório que sintetizou as discussões ocorridas no evento e trouxe as seguintes análises e proposições:

Afirma que as políticas de saúde não têm assumido um cunho redistributivo, privilegiando as ações de caráter curativo em detrimento das medidas de saúde coletiva, com alto custo e

⁹² Conforme apontei anteriormente na página 94, o período identificado por Bravo (1996) que vai de 1985 a 1990, foi subdividido por mim em dois períodos: de 1985 a 1988 e o período pós-constitucional.

⁹³ Algumas conquistas foram incorporadas à Constituição Federal, principalmente, devido à pressão dos movimentos sociais e dos sindicatos, entretanto, houve o refluxo de algumas questões cruciais, tal como, a reforma agrária que foi inviabilizada pela articulação dos parlamentares conservadores. De forma geral, viu-se uma transição marcada por alianças populistas de conteúdo ambíguo e de cunho conservador.

eficácia reduzida. A ação governamental precisaria contemplar: a implantação de uma política econômica que evitasse o desgaste e a espoliação da saúde da população e a adoção de políticas sociais que tivessem por objetivo a universalização do acesso aos serviços (saúde, previdência, educação, habitação) e a equidade desses serviços sob controle democrático da sociedade. Como princípios básicos norteadores da política de saúde, foram explicitados: saúde é um direito do cidadão e dever do Estado; a melhoria do estado de saúde da população está intimamente relacionado à elevação qualitativa das condições de vida; a redefinição das políticas para o setor exige um profundo debate e a participação popular. (BRAVO, 1996, p. 74).

Estes debates serviram para adensar as discussões acerca da questão da saúde, mas foi na realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, no ano de 1986, que houve discussões fundamentais para a reformulação da saúde no país. Assim, a VIII Conferência é um marco na história da saúde, pois ela contou com uma articulação bem diversa das anteriores ao reunir cerca de quatro mil e quinhentas pessoas no evento e introduzir a população no cenário de discussão acerca da saúde, ultrapassando os debates realizados em fóruns específicos, lançando os princípios da Reforma Sanitária. O temário central da Conferência versava sobre a saúde como direito de todos, a reformulação do sistema de saúde e o financiamento (SCOREL, 2005; BRAVO, 1996). Devido à conferência ter se fundamentado no conceito de saúde como direito de todos e dever do Estado e também por causa do aumento de delegados no evento, os setores empresariais da saúde em protesto não compareceram (BRAVO, 1996).

Destaco aqui que este evento debateu a concepção de saúde de caráter abrangente que conformava a bandeira de luta do movimento sanitário, conforme podemos ver no relatório final da Conferência (ANAIS, 1986, p. 382) ao tratar do Tema 1 – Saúde como direito:

- 1- Em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É, assim, antes de tudo, o resultado das forças de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades sociais nos níveis de vida.
- 2- A saúde não é um conceito abstrato. Defini-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas.
- 3- Direito à saúde significativa a garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação de saúde, em todos os seus níveis, a todos os habitantes do território nacional, levando ao desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade.
- 4- Esse direito não se materializa, simplesmente pela sua formalização no texto constitucional. Há, simultaneamente, necessidade do Estado assumir explicitamente uma política de saúde conseqüente e integrada às demais políticas econômicas e sociais, assegurando os meios que permitem efetivá-las. Entre outras condições, isso será garantido mediante o controle do processo de formulação, gestão e avaliação das políticas sociais e econômicas pela população.

Esta concepção de saúde será determinante para se pensar as novas formas de organização da política de saúde. Ainda aponto que as principais propostas debatidas por esses sujeitos coletivos

na citada Conferência foram: a universalização do acesso; a concepção de saúde como direito social e dever do Estado; a reestruturação do setor para um sistema de saúde unificado, separando a saúde da previdência; novo olhar sobre a saúde individual e coletiva, construindo o conceito amplo de saúde que abrangia os demais determinantes sociais e psicológicos dos sujeitos; a descentralização do processo decisório, o financiamento efetivo e a democratização do poder local através de novos mecanismos de gestão através dos Conselhos de Saúde (BRAVO; MATOS, 2006). Assim, este movimento sanitário lutou por um novo ordenamento da assistência à saúde e para uma nova concepção do modelo de saúde, ou seja, transbordou a análise setorial que propunha a criação do Sistema Único de Saúde e se referiu à sociedade como um todo, propondo uma Reforma Sanitária que revertia o modelo hospitalocêntrico hegemônico e fortalecia a expansão do setor público na saúde.

Após a realização da VIII Conferência, o governo aprovou a criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), sendo este o primeiro passo para o processo de descentralização e redefinição de papéis entre os três níveis federados. Assim, com o SUDS houve a descentralização do poder e do financiamento, abrindo espaços de gestão da política para as secretarias de saúde municipais e estaduais, sendo esta uma medida significativa para a reorganização da política de saúde. Por outro lado, o SUDS foi implantado em um momento em que os recursos eram repassados, mas sem possibilidade de controle (BRAVO, 1996).

Em 1987, foi instalada a Assembleia Nacional Constituinte para criar uma nova Constituição. Neste processo houve a reformulação do Sistema de Proteção Social no país, em que se conformou a Seguridade Social composta pelo tripé: previdência, saúde e assistência social, gestando-se a reorganização destas e de outras políticas sociais. Nesta reorganização foram propostas: “a descentralização, com a forte vertente de municipalização; a integração dos serviços e equipamentos sociais em nível local; a participação popular nos processos de decisão, a implementação e controle das políticas; e, finalmente, a distribuição direta de recursos em dinheiro às famílias” (BRAVO, 1996, p. 72).

Ainda vale reter que na Assembleia Constituinte foram criadas subcomissões de trabalho para as diversas áreas de interesses da sociedade. Devemos ressaltar que este processo foi composto pelos jogos de forças entre dois blocos contrários: um composto pela Federação Brasileira de Hospitais (FBH) e pela Associação das Indústrias Farmacêuticas que defendiam que os serviços de saúde fossem privados, e outro composto pela Plenária Nacional de Saúde, que representava as ideias do movimento sanitário progressista. Assim, houveram derrotas e indefinições no momento de colocar a Política de Saúde na Constituição, mas, também, houveram inúmeros avanços.

Conforme Bravo (1996), as propostas apresentadas pelo bloco progressista foram aprovadas

na Constituinte devido a três instrumentos de luta: “a capacidade técnica de formular com antecipação um projeto de texto constitucional claro e consistente; a pressão constante sobre os constituintes; a mobilização da sociedade em torno do processo constitucional” (idem, p. 81). Ou seja, estes avanços só foram aprovados pela Constituinte devido à forte luta política e resistência de diversos grupos envolvidos com as questões da saúde frente às pressões dos grupos empresariais. Assim, o movimento de Reforma Sanitária veiculado pelos profissionais de saúde e, conjuntamente, pelos movimentos populares conseguiram incluir legalmente a proposta de um sistema de saúde público para o país em oposição ao modelo que privilegiava a oferta de serviços de saúde privada.

Em suma, conforme Bravo (1996), no período de transição para a democracia pode-se destacar três aspectos centrais que abriram caminho para um novo reordenamento da assistência à saúde: a politização da questão da saúde, a alteração da norma constitucional e a mudança do arcabouço e das práticas institucionais. Após levantar estes aspectos, Bravo (1996) analisa:

A politização da saúde foi uma das primeiras metas a ser implementada com o objetivo de aprofundar o nível da consciência sanitária, alcançar a visibilidade necessária para a inclusão de suas demandas na agenda governamental e garantir o apoio político à implementação das mudanças necessárias. A VIII Conferência foi o acontecimento mais importante nessa direção. A *alteração da norma constitucional* ocorreu no processo constituinte com toda a articulação e mobilização efetuada como vimos; tendo como resultado um texto bom para a saúde, que incorpora grande parte das reivindicações do movimento sanitário. Ao analisar o processo, muitos autores e lideranças de entidades consideraram que nenhum outro setor teve o desempenho e uma proposta clara como a saúde. A *mudança do arcabouço* e das práticas institucionais foi realizada através de algumas medidas que visaram o fortalecimento do setor público e da universalização do atendimento; da redução do papel do setor privado na prestação de serviços à saúde; da descentralização política e administração do processo decisório da política de saúde e da execução dos serviços ao nível local, que culminou com a criação do SUDS, passo mais avançado na reformulação administrativa no setor. (idem, p. 83).

Contudo, a partir de 1988 as forças progressistas, que estavam comprometidas com a Reforma Sanitária, vão perder espaço nos locais ocupados nos governos e nas instituições, conforme veremos mais adiante.

Em relação ao Serviço Social, relembramos que este foi um período marcado pela incorporação da matriz teórico-metodológica marxiana no meio acadêmico que vai se expandindo para o conjunto da categoria através de diversos eventos, publicações e pela ocupação das organizações representativas pelos profissionais ligados ao movimento de intenção de ruptura. Neste período também, o Serviço Social vai passar a se articular com os movimentos populares em defesa de um país democrático e na luta por direitos, conforme indicado anteriormente. No entanto, ainda observou-se um afastamento entre o movimento de Intenção de ruptura e os assistentes sociais atuantes na área da saúde, bem como, um afastamento destes ao movimento sanitário, conforme

explicita Bravo (1996, p. 123) acerca deste período:

A intensa mobilização através de seminários e encontros promovidos por entidades de saúde pública, a fim de elaborar propostas alternativas de políticas sociais de saúde e ocupar o aparelho de Estado com atores comprometidos com essas modificações não ocorreu no Serviço Social. Os principais representantes da vertente “intenção de ruptura” continuaram na academia, apenas dando um suporte aos profissionais que estavam atuando nas instituições, através de assessorias.

Ainda, conforme Bravo (1996), sem desconsiderar a grande lacuna existente entre o avanço teórico e as poucas alterações nas intervenções dos profissionais alocados na saúde, aponta alguns saldos positivos, quais sejam: a intervenção das entidades representativas da profissão, o então CFAS⁹⁴ e ABESS⁹⁵, ao levar um documento em 1984 para reivindicar uma coordenação de Serviço Social no INAMPS, bem como, iniciar um processo de discussão acerca da intervenção profissional com o intuito de reformular o Plano Básico de Ação do assistente social neste setor; a participação do CFAS junto aos outros conselhos federais das outras categorias ligadas à saúde a fim de avaliar e oferecer subsídios a política de saúde; o estímulo à eleição direta para os assistentes sociais que ocupariam cargos de assessoria e/ou chefias de equipe, principalmente, no INAMPS; a apresentação de pesquisas relativas à saúde nos Congressos Brasileiros de Assistentes Sociais (CBAS) de 1985 e 1989; a apresentação de alguns trabalhos nos Congressos Brasileiros de Saúde Coletiva; e, a participação de assistentes sociais das entidades representativas de Serviço Social na VIII Conferência Nacional de Saúde de 1986, que marcou a política de saúde no país (BRAVO, 1996; MATOS; BRAVO, 2006).

Ainda pode-se complementar que houve um maior número de publicações e produção de conhecimentos que tentaram aprofundar a questão da saúde e a inserção dos assistentes sociais neste espaço sócio-ocupacional, incorporando novas categorias de análises e tentando redirecionar a intervenção profissional que fosse condizente com o Projeto Profissional Crítico. No entanto, as demandas postas à intervenção em saúde necessitavam de uma reflexão mais articulada com os núcleos de saúde coletiva que vinham aprofundando as questões da política de saúde no país. Bravo (1996) ressalta que se assim tivesse sido, o assistente social poderia ter contribuído mais com o Movimento de Reforma Sanitária, principalmente, no que se refere à alteração da prática institucional, como, por exemplo, trazendo propostas de mudanças na qualidade dos serviços e no melhor atendimento dos usuários.

⁹⁴ O Conselho Federal de Assistentes Sociais (CFAS) passou a ser designado como Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) com a aprovação da lei 8662/93, que revogou a lei 3252/57.

⁹⁵ Só lembrando que na segunda metade da década de 1990 ocorreu a mudança do nome da Associação Brasileira de Ensino em Serviço Social (ABESS) para Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS).

2.5.2. A política de saúde e a intervenção profissional dos assistentes sociais após as conquistas legais de 1988.

“Todo direito discutido isoladamente perde sua dimensão coletiva e leva à compaixão, benemerência, beneficência, ajuda, e acaba como maleficência”.

(Vasconcelos, 2007, p. 24)

A priori, faz-se mister apontar que no processo de mudança da norma constitucional na década de 1980 a saúde foi o campo que mais avançou enquanto direito dos brasileiros. Em termos legais, pode-se verificar os seguintes avanços:

- 1- A saúde foi colocada na Constituição enquanto parte do sistema de proteção de seguridade social, sendo levada para outro patamar, isto é, deixou de ser seguro e assumiu a condição de direito de todos e dever do Estado, universalizando o direito à saúde de forma igualitária, independente de qualquer critério para o seu acesso, regida pelo princípio da universalidade.
- 2- Revelou-se uma significativa ampliação da concepção de saúde, em que as condições de vida da população aparecem como determinantes do processo saúde-doença;
- 3- Tem-se a ampliação da atenção à saúde por meio de ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, buscando superar a dicotomia entre preventivo e curativo;
- 4- criação do Sistema Único de Saúde (SUS) caracterizado pela integração das ações e serviços de saúde em uma rede regionalizada e hierarquizada, constituindo um sistema único e organizado por três diretrizes: a descentralização, com direção única em cada esfera de governo, donde são redistribuídas as responsabilidades quanto às ações e serviços de saúde entre os níveis do governo; o atendimento integral com ênfase nas atividades preventivas, mas sem prejuízo da assistência à saúde; e, a participação social, que corporificou o processo de redemocratização brasileira dentro das políticas públicas;
- 5- A unificação das medidas de saúde pública e de saúde individual, eliminando a dicotomia antes existente. Assim o Ministério da Saúde passa a reger e controlar as ações e serviços assistenciais, bem como, executar ações de vigilância sanitária e epidemiológica; participar da formulação da política e da execução de ações de saneamento básico; promover campanhas de vacinação, entre outras ações;

6- A legislação ainda prevê a ampliação das competências do Sistema de Saúde, abrangendo as seguintes atribuições: o controle e fiscalização de produtos e substâncias de interesse para a saúde; participação na produção de medicamentos, equipamentos, imunológicos, hemoderivados e outros; executar ações de saúde do trabalhador; ordenar a formação de recursos humanos na saúde; incrementar a atuação no desenvolvimento científico e tecnológico na área da saúde; fiscalizar e inspecionar alimentos, bebidas e água para o consumo humano; colaborar com a proteção do meio ambiente, entre eles o do trabalho; participar no controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos (BRASIL, 1988).

Assim, foram legalizadas na Constituição Federal e na Lei 8.080 novos ordenamentos para a política de saúde. Cabe apontar que esta sofreu vetos presidenciais nos itens relativos ao financiamento e ao controle social (RONCALLI, 2003). Após negociações, foi aprovada a Lei 8.142, de dezembro de 1990, que recuperou alguns vetos e garantiu a participação social na política de saúde.

No que concerne a Lei 8.080, destaca-se que esta estabelece a regulação das ações e serviços de saúde executados em todo o território nacional e reafirma as diretrizes organizativas de descentralização, atendimento integral e participação social. Nesta lei a concepção ampliada de saúde defendida pelo movimento sanitário aparece mais claramente, como pode ser visto no artigo 3 e no parágrafo único:

Art. 3º - A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País.

Parágrafo Único. Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social. (BRASIL, 1990a, p. 1)

Uma nova visão analítica acerca do processo saúde-doença, a partir do reconhecimento de outros determinantes indo para além das condições biológicas, ampliou o campo da saúde para outras práticas de diferentes disciplinas na execução da promoção à saúde e prevenção de doenças. Assim, a definição de necessidades de saúde extrapolou a questão do acesso aos serviços e aos tratamentos, abrangendo as condições de vida dos sujeitos e o acesso a bens e serviços sociais, quais sejam: educação, moradia, alimentação, lazer, cultura, entre outros. Conforme apontado por Paim

(1986, p. 46-47) na VIII Conferência Nacional de Saúde:

É possível resgatar a ideia do direito à saúde como noção básica para a formulação de políticas. Esta se justifica na medida em que não confunda o direito à saúde com o direito aos serviços de saúde ou mesmo com o direito à assistência médica [...]. Promover saúde implica em conhecer como se apresentam as condições de vida e de trabalho na sociedade, para que seja possível intervir socialmente na sua modificação, enquanto que respeitar o direito à saúde significa mudanças na organização econômica determinante das condições de vida e trabalho insalubres e na estrutura jurídico-política perpetuadora de desigualdades na distribuição de bens e serviços. A análise acima não visa subestimar a importância do setor saúde como componente das políticas sociais do Estado nem questionar o objetivo socialmente relevante de garantir o acesso igualitário aos serviços de saúde. Os serviços de saúde têm uma responsabilidade intransferível para com a saúde da população, e a equidade constitui-se num princípio fundamental para a formulação de políticas de saúde numa sociedade democrática. O que ela procura destacar é que o perfil de saúde de uma coletividade depende de condições vinculadas à própria estrutura da sociedade, e que a manutenção do estado de saúde requer a ação articulada de um conjunto de políticas sociais mais amplas, relativas ao emprego, salário, previdência, educação, alimentação, ambiente, lazer etc.

Vale destacar que o debate sobre esta concepção de saúde no Brasil teve início a partir da criação dos primeiros Departamentos de Medicina Preventiva (DMP) nas maiores universidades do país, principalmente, na década de 1950. No entanto, neste momento, não houve questionamentos significantes sobre as determinações sociais que interferem na produção das doenças e nas relações entre o setor saúde e a população, restringindo sua abordagem a uma tarefa fundamentalmente educativa. Após alguns anos, a Medicina Preventiva esgotou-se as suas possibilidades, justamente porque ela não se mostrou apta a atuar sobre os determinantes sociais que ideologicamente ela reconheceu (DÂMASO, 1995; AROUCA, 1975). Insta salientar que foi a partir dos Departamentos de Medicina Preventiva que se começou a criar uma articulação com outras disciplinas⁹⁶, possibilitando uma aproximação com as ciências sociais. Para Arouca (1975, p. 22), “a Medicina Preventiva funcionou como um centro polarizador de disciplinas não tradicionais dentro da escola médica, que vem interagindo com seu discurso inicial, provocando novas frentes de conflitos e novos pontos de emergência discursiva”.

Canesqui (2009) afirma que foi a partir da interlocução entre as ciências sociais e humanas na saúde pública que se puderam ampliar as análises da política de saúde, “retirando-as da visão meramente administrativa, normativa e evolutiva, direcionando-as aos múltiplos fundamentos políticos, econômicos e históricos, com análises críticas e diagnósticas” (idem, p. 18). Com isso, houve a possibilidade de emergir uma produção de conhecimentos que envolviam a prática política, ampliando o campo de atuação dos profissionais progressistas da saúde. Foi neste momento que eles passaram a se envolver também com as organizações da sociedade civil e a organizar propostas

⁹⁶ De um modo geral, surgem nos departamentos de Medicina Preventiva quatro grandes áreas: Estatística, Epidemiologia, Administração e Ciências Sociais (NUNES, 1992).

de reforma para a saúde a partir da década de 1970, iniciando, o já referido, movimento sanitário. Acerca desta interlocução, Escorel et. al (2005) afirma que

o movimento sanitário, entendido como um movimento ideológico com uma prática política, constituiu-se a partir dos DMP num confronto teórico com o movimento preventivista liberal de matriz americana e com sua versão racionalizadora proposta pela burocracia estatal. **O pensamento reformista**, que iria construir uma nova agenda no campo da saúde, **desenvolveu a sua base conceitual a partir de um diálogo estreito com as correntes marxistas e estruturalistas** em voga. **A reformulação do objeto saúde, na perspectiva do materialismo histórico, e a construção da abordagem médico-social da saúde pretendia superar as visões biológicas e ecológicas** do antigo preventivismo. (idem, p. 64, *grifos meus*).

Considerando o exposto, pode-se perceber um deslocamento do paradigma clínico para um paradigma histórico-estrutural da doença, passando pela Medicina Social que se desdobrará na chamada Saúde Coletiva⁹⁷. É neste contexto, que os estudos, interagindo entre a educação médica e as ciências sociais, irão se concentrar em entender a saúde em seus aspectos mais abrangentes. Um exemplo significativo, na década de 1970, foram as ideias de Juan César Garcia que dentro de uma abordagem marxista buscou compreender a educação médica como processo relacionado aos processos sociais mais amplos (NUNES, 2006). García foi um grande articulador da medicina social na América Latina e levou aos meios acadêmicos brasileiros as suas percepções de caráter político na área da saúde (SCOREL *et al.*, 2005).

Em síntese, neste ambiente de questionamentos à teoria preventivista, emergem novas formulações acerca da prática médica, gerando uma revisão crítica que passa a delimitar teoricamente o campo da saúde coletiva. Escorel *et al.* (2005) destaca que o estudo do processo saúde-doença deixou de focar apenas o indivíduo ou o seu somatório, e passou a ter como foco a coletividade, considerando as classes sociais, a distribuição demográfica da saúde e da doença. É neste sentido que se desenvolveu uma forte crítica aos efeitos negativos da medicalização e novas concepções de saúde foram ganhando força.

Ainda conforme a autora supracitada, um grande marco para se pensar a saúde ocorreu na Conferência Internacional sobre a Atenção Primária à Saúde, em Alma-Ata, em 1978, em que “se reafirmou a saúde como um dos direitos fundamentais do homem, sob a responsabilidade política dos governos e reconheceu a sua determinação intersetorial” (idem, p. 64). Além disso, defendeu a inversão do modelo hospitalocêntrico para um modelo de saúde ancorado na atenção primária à

⁹⁷ No Brasil a Medicina Social passa a ser denominada de Saúde Coletiva. Buscou-se com essa nova denominação suplantiar a histórica distinção entre Medicina Social e Saúde Pública. Assim, conforme Conh (1989, p. 126), ao “substituir 'Medicina' por 'Saúde' ampliou-se o objeto, tornando-o mais abrangente, o que passa a exigir uma nova delimitação de campo. E, ao substituir-se o 'Social' pelo 'Coletivo', torna este mais inespecífico, exigindo que seja rastreado em sua totalidade. Mas, ao mesmo tempo, requer da Saúde Coletiva que incorpore a produção clássica da Saúde Pública, agora no novo entendimento da relação entre o biológico e o social (...)”.

saúde, em que a prevenção e promoção à saúde ganham destaque.

Considerando o exposto até aqui, pode-se afirmar que a adoção de uma concepção ampliada de saúde foi uma significativa etapa para a alteração no modelo de assistência à saúde no país. Esta nova concepção abriu o caminho para se pensar às necessidades de saúde da população de forma mais abrangente, em que os fatores sociais, econômicos e ambientais são considerados como determinantes que incidem sobre o processo saúde-doença, conforme assinalado anteriormente. Com isso, ela buscou reverter o paradigma biologicista que não se mostrou capaz de aumentar o nível de saúde das populações ao longo da história. Acerca disto, Nogueira e Miotto (2006a) explicitam:

A reversão do paradigma mecanicista tem suas raízes na constatação da insuficiência do modelo biológico, da tecnologia médica e do foco exclusivo do risco individual para responder aos processos de saúde-doença próprios da vida moderna. Dessa forma, consolidou-se uma nova posição entre amplos setores da comunidade científica e profissional, a despeito de toda resistência oferecida pelo complexo médico-industrial. Tal fato ocorreu pela evidência de que fatores sócio-econômicos, culturais e ambientais são determinantes das condições de vida e saúde, levando à afirmação de que não existe correlação entre o aumento do nível de atividades médicas e o aumento do nível de saúde da população (MERHY, CAMPOS e QUEIROZ, 1989). Passou-se a falar em determinação social do processo saúde-doença, por se reconhecer que as necessidades de saúde não residem unicamente em não estar doente. (NOGUEIRA; MIOTTO, 2006a, p. 11).

Desta maneira, considerando as concepções introduzidas pela saúde coletiva, foi elaborada uma política de saúde orientada para a edificação de um modelo de atenção integral à saúde pautada por princípios doutrinários e organizativos que têm como função reordenar as práticas de saúde e estabelecer a intersectorialidade com as demais políticas sociais a fim de incidir na qualidade de vida dos sujeitos. Em outras palavras, a inclusão de determinantes sociais, apontados pelo artigo 3º da Lei 8080/90, revela um alargamento das ações no âmbito da saúde em direção ao social, expandindo os caminhos de interlocução entre profissionais e entre os demais setores. O novo reordenamento do sistema de saúde defendido pelo movimento de Reforma Sanitária passou a se preocupar com a resolutividade do sistema de saúde, com a integralidade do atendimento e dos serviços, criando ações e serviços que preveem a promoção⁹⁸, prevenção e recuperação dos sujeitos atendidos. Assim, o princípio da integralidade ao estabelecer ações que abarquem as necessidades dos sujeitos de forma integral, tanto no atendimento quanto na interlocução entre serviços, passou a

⁹⁸ Pelo conceito de “promoção” entende-se a criação de ações que não são voltadas para eliminar ou controlar uma determinada doença, mas sim para aumentar, de forma geral, a saúde, abarcando inclusive a participação social. A Política Nacional de Promoção da saúde define que “a promoção da saúde, como uma das estratégias de produção de saúde, ou seja, como um modo de pensar e de operar articulado às demais políticas e tecnologias desenvolvidas no sistema de saúde brasileiro, contribuem na construção de ações que possibilitam responder às necessidades sociais em saúde (BRASIL, 2010, p. 10).

privilegiar ações e serviços pautados na interdisciplinaridade⁹⁹ e na intersetorialidade. E, mais recentemente, acerca destas relações, a Política Nacional de Promoção da Saúde explica:

A integralidade implica, para além da articulação e sintonia entre as estratégia de produção da saúde, a ampliação da escuta dos trabalhadores e serviços de saúde na relação com os usuários, quer individual e/ou coletivamente, de modo a deslocar a atenção da perspectiva estrita do seu adoecimento e dos seus sintomas para o acolhimento de sua história, de suas condições de vida e de suas necessidades em saúde, respeitando e considerando suas especificidades e suas potencialidades na construção dos projetos e da organização do trabalho sanitário. A ampliação do comprometimento e da co-responsabilidade entre trabalhadores da saúde, usuários e território em que se localizam altera os modos de atenção e de gestão dos serviços de saúde, uma vez que a produção de saúde torna-se indissociável da produção de subjetividades mais ativas, críticas, envolvidas e solidárias e, simultaneamente, exige a mobilização de recursos políticos, humanos e financeiros que extrapolam o âmbito da saúde. Assim, coloca-se ao setor saúde o desafio de construir a intersetorialidade. (BRASIL, 2010, p. 13).

No que concerne ao Serviço Social, como aponta Nogueira e Miotto (2006a, p. 8), isto possibilitou “uma inserção diferenciada do assistente social na área da saúde, superando o estatuto de profissão paramédica, típico do modelo biomédico”. Desta forma, a nova concepção de saúde expandiu o campo sócio-ocupacional de intervenção dos assistentes sociais neste âmbito, adquirindo uma nova funcionalidade dentro deste setor devido à adoção dos determinantes sociais enquanto elementos estruturantes do processo saúde-doença. E, a integralidade se destaca como o preceito capaz de refletir as múltiplas interfaces que se deseja ao sistema de saúde e às intervenções profissionais que nele são praticadas, entre elas a dos assistentes sociais.

Assim, a partir deste momento, abrem-se novas possibilidades de intervenção para o assistente social, que passa a integrar o processo de trabalho na saúde tendo como referência à universalidade do direito à saúde, o controle social, a integralidade, a promoção à saúde, entre outras diretrizes e princípios que favorecem o papel do assistente social neste campo na luta pela garantia e ampliação de direitos, bem como, na sua função pedagógica¹⁰⁰ de caráter emancipatório.

2.6. Uma análise dos princípios do SUS e as possibilidades e desafios postos a sua implementação a partir da década de 1990.

No Capítulo II da Lei n. 8.080 ficaram estabelecidos as diretrizes e os princípios que regem o Sistema Único de Saúde (SUS), sendo estes de extrema importância para a reorganização do sistema, tanto dos serviços de saúde quanto das práticas profissionais. Assim, podemos afirmar que os princípios e diretrizes do SUS incluídos nas legislações brasileiras vão para além do mero

⁹⁹ Considerando o exposto, vale lembrar que o Conselho Nacional de Saúde incluiu os assistentes sociais na listagem de profissionais de saúde através da Resolução nº 218/97.

¹⁰⁰ Estes aspectos serão melhor refletidos no próximo item.

formalismo, pois eles são expressões das críticas do movimento sanitário ao modelo médico hegemônico. Nas palavras de Mattos (2004, p. 41): “crítica que alimentou o sonho de uma transformação radical da concepção de saúde e de suas práticas. Foi na tentativa de realizar esse sonho que foram forjados os princípios e diretrizes que mais tarde seriam acolhidos no texto da Constituição”.

Assim, conforme Roncalli (2003), o SUS é regido por princípios doutrinários e organizativos. Os princípios doutrinários se referem às ideias filosóficas que permeiam a implementação do sistema de saúde e personificam o conceito ampliado de saúde e o princípio do direito à saúde. Já os princípios organizativos orientam a forma como o sistema de saúde deve funcionar, sendo norteados pelos princípios doutrinários. Assim, cada princípio e diretriz vem carregado de valores e direcionam o que deve ser feito na organização dos serviços e ações de saúde, bem como nas práticas dos profissionais envolvidos neste âmbito, sendo bandeiras de luta do movimento sanitário. A partir destas considerações, faz-se importante explicitar quais são os treze princípios que norteiam o SUS:

- I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
- II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
- III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;
- IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
- V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;
- VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;
- VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;
- VIII - participação da comunidade;
- IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:
 - a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;
 - b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;
- XX - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;
- XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;
- XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e
- XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.

O primeiro princípio do SUS traz a universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de atenção. Como já assinaléi neste estudo, a saúde passa a ser um direito de cidadania garantido a toda a população brasileira, solapando o modelo excludente anterior em que somente os contribuintes da previdência tinham o direito à saúde, desta maneira, este princípio representa uma

das maiores conquistas do movimento sanitário.

O segundo princípio se refere à integralidade, que é fruto de muitas discussões, pois são atribuídos vários sentidos a este termo. Para Mattos (2004) a integralidade não é apenas uma diretriz do SUS definida pelas legislações, mas sim, uma “imagem objetivo” que indica a direção que se quer imprimir à transformação da realidade. O autor ainda complementa que alguns conceitos por serem uma imagem objetivo são expressados através de enunciados gerais, mas que aglutinam “em torno dela [da imagem objetivo] atores políticos que comungam de indignações semelhantes, mesmo que tenham projetos específicos distintos” (idem, p. 42). Desta maneira, toda imagem objetivo é polissêmica, apresentando vários sentidos. Mas, lembrando que estes sentidos, sem dúvida, são correlatos, pois são forjados em um mesmo contexto de luta e articulados entre si. Assim, o autor alerta que são sentidos distintos porque expressam as indignações e críticas dos vários atores políticos, mas que comungam dos mesmos ideais.

Considerando o exposto, explicito a seguir alguns sentidos que o princípio da integralidade assume na política de saúde brasileira. Como apontei anteriormente, o princípio da integralidade surge no Brasil na década de 1970 a partir das discussões iniciadas no Departamento de Medicina Preventiva, em que novas concepções de saúde e de medicina são debatidas. Neste contexto surgem críticas às instituições e às práticas médicas pela fragmentação e pelo reducionismo das suas intervenções, donde os “pacientes” eram reduzidos ao sistema biológico, desconsiderando as suas dimensões psicológicas e sociais.

Assim, com o surgimento da saúde coletiva no Brasil, cresceu a defesa de uma medicina integral, em que os diversos aspectos da vida dos sujeitos passassem a ser considerados. Houve o reconhecimento de que tratar o “paciente” por sua dimensão biológica, voltando-se apenas para as suas lesões e disfunções, seria uma forma reducionista inaceitável. É neste sentido que a concepção de integralidade aparece como um princípio que se refere à forma como os profissionais de saúde respondem aos sujeitos atendidos. Passa-se a defender a necessidade de dar um atendimento integral aos sujeitos de forma que abarque as diversas dimensões de sua vida, onde vários profissionais de diferentes formações podem responder as necessidades daqueles sujeitos de forma mais abrangente. Complementar a isso, entende-se a integralidade como o princípio que aponta para a interdependência das ações de saúde a fim de assegurar a continuidade entre as medidas de prevenção, de promoção e as de recuperação. Isto significa reconhecer que além das demandas explícitas de sofrimento trazidas pelos usuários, existem outras ações de saúde que podem ser desenvolvidas que atende a outras necessidades dos usuários, considerando a totalidade dos sujeitos.

Mais uma vez reforço aqui que esta concepção não se refere apenas as práticas médicas, mas a equipe interdisciplinar como um todo, pois somente um trabalho em conjunto consegue responder

as variadas dimensões do processo saúde-doença. Acerca disto, Mattos (2004, p. 51) é enfático: “com efeito, se é verdade que a postura dos profissionais é algo fundamental para a integralidade, em muitas situações a integralidade só se realizará com incorporações ou redefinições mais radicais da equipe de saúde e de seus processos de trabalho”.

Este princípio se refere também a uma crítica ao modelo dicotômico antes existente, em que as práticas de saúde pública apareciam dissociadas das práticas assistenciais. O princípio da integralidade aparece como um eixo que preconiza a interligação dessas práticas tornando o sistema único e integral. A articulação das ações de saúde pública e de assistência tem como objetivo a apreensão ampliada das necessidades da população. Ainda pode-se destacar que oferecer uma assistência integral significa atender os sujeitos em todos os níveis de complexidade (atenção básica, média e de alta complexidade), caso seja necessário, a fim de que o sujeito tenha as suas necessidades atendidas, objetivando, portanto, que esse sistema seja resolutivo (MATTOS, 2004; RONCALLI, 2003).

Em síntese, Mattos (2004) explica que o princípio da integralidade busca sistematicamente escapar de reducionismos, nos termos do autor:

Analogicamente, quando se busca orientar a organização dos serviços de saúde pelo princípio da integralidade, busca-se ampliar as percepções das necessidades de grupos, e interrogar-se sobre as melhores formas de dar respostas a tais necessidades. As necessidades de serviços assistenciais de uma população não se reduzem às necessidades de informações e de intervenções potencialmente capazes de evitar um sofrimento futuro. As necessidades não se reduzem àquelas apreensíveis por uma única disciplina como a epidemiologia, ou como a clínica. Novamente, o princípio da integralidade implica superar reducionismos. (idem, p. 62).

Desse modo, o princípio da integralidade é carregado de concepções que pressupõe uma nova prática de saúde e uma nova forma de organizar o sistema de saúde no intuito que haja a superação da lógica médico hegemônica e hospitalocêntrica. Em suma, orienta para uma interligação entre os diferentes profissionais, unifica a saúde pública e a individual, estimula a articulação entre ações de promoção, prevenção e curativas e, também, pressupõe o entendimento das diversas dimensões dos sujeitos e este aparece não mais como paciente portador de uma doença, mas sim, como sujeito social, portador de direito que possui valores, crenças e autonomia. E, finalmente, este princípio propõe a interlocução entre a área da saúde e outras políticas sociais, de modo que se assegure uma atuação intersetorial entre as diferentes áreas que afetam a vida dos sujeitos sociais. Dada a importância destes aspectos para a reversão do modelo antes existente, a integralidade aparece como um dos mais importantes princípios do SUS (NOGUEIRA; MIOTO, 2006b).

O terceiro, o quarto e o quinto princípios fazem referência ao tratamento recebido nos serviços de saúde pública. Assim, o terceiro princípio garante a preservação da autonomia dos sujeitos na defesa de sua integridade física e moral. Isto significa que nos atendimentos oferecidos aos usuários fica garantido o absoluto e irrestrito respeito à sua identidade e integridade. Ou seja, deve-se respeitar os sentimentos dos sujeitos atendidos, bem como as suas convicções, as suas escolhas e o seu modo de pensar no tocante as alternativas da assistência médica postas à sua disposição, protegendo a autonomia e as individualidades legítimas dos sujeitos.

O quarto princípio afirma a igualdade de assistência, garantido que não haverá distinção entre as pessoas nos serviços públicos de saúde. A assistência oferecida será sem preconceitos e/ou privilégios de qualquer natureza. Desta maneira, ficam vedados todos os tipos de discriminação e fica claro que nenhum atendimento há de privilegiar quem quer que seja, nem quanto à qualidade dos serviços, nem quanto à preferência de pessoas¹⁰¹.

O quinto princípio diz respeito ao direito dos sujeitos atendidos nos serviços de saúde de ter acesso às informações sobre a sua saúde, conhecer o que se passa com o seu próprio corpo e mente, possibilitando o protagonismo do cidadão no processo de saúde-doença.

Estes princípios tratam de direitos que muitas vezes foram violadas devido às concepções médicas autoritárias que se sobrepuseram aos sujeitos atendidos. Desta forma, eles também dizem respeito à nova concepção de saúde, em que os “pacientes” deixam de ser meros objetos de intervenção e passam a ter autonomia, tendo o direito de conhecer todos os aspectos do seu estado de saúde e de seu tratamento, tornando-se sujeitos participantes e ativos dos seus processos de saúde-doença. Isto é, os usuários passam a ser considerados como detentores de direitos que decidem sobre o seu tratamento e lhes são assegurados atendimentos adequados e igualitários. Pode-se afirmar, então, que estes princípios requerem novas práticas profissionais e vem desconstruir a supremacia dos profissionais de saúde sobre os sujeitos atendidos.

O sexto princípio preconiza a divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário. Para que o acesso dos usuários seja efetivado é necessário primeiramente que ele possua informações acerca dos serviços disponíveis, as modalidades de atendimento, os horários, bem como as normas do funcionamento, os fluxos dos serviços, entre outras informações. Para tanto, faz-se necessário que seja feita a ampla divulgação destas informações. Somente assim, abre-se a possibilidade para os demais princípios.

O sétimo princípio preconiza a utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, alocação de recursos e a orientação programática. Este princípio se remete à articulação

¹⁰¹ Vale destacar aqui que existem os atendimentos especiais em que as gestantes, as crianças e os adolescentes, os portadores de deficiência e os idosos possuem atendimentos prioritários no sistema de saúde devido as suas condições de maior grau de carência física, mental ou sensorial.

entre as práticas coletivas e individuais através da organização dos serviços de saúde a partir da epidemiologia, entendida como uma disciplina privilegiada para a apreensão das reais necessidades de saúde da população. Assim, a equipe de saúde define os segmentos da população para as quais são necessárias atividades programadas, priorizando algumas doenças e agravos frequentes na população, passíveis de ações preventivas e/ou de controle. As ações se voltam para a prevenção e promoção à saúde, sem que haja o prejuízo da assistência. Este direcionamento conforme os dados epidemiológicos de cada região possibilita que se tenha um maior controle sobre as epidemias.

O oitavo princípio diz respeito à participação da comunidade na gestão, no controle e na fiscalização dos serviços e ações de saúde, constituindo-se um dos pilares da organização do SUS, sendo uma conquista inovadora em um país que historicamente não se privilegiou a participação da população. Para este princípio, que também é diretriz, existe uma lei específica – a Lei 8.142/1990 que regulamenta e institucionaliza esta participação¹⁰², conforme apontado anteriormente.

O nono princípio se refere à descentralização político-administrativa com direção única em cada esfera de governo, enfatizando a municipalização, a regionalização e a hierarquização da rede pública de saúde. O princípio/diretriz da descentralização visou redistribuir os recursos e as responsabilidades de gerenciar e executar as ações e serviços de saúde entre os três níveis de poderes – municipal, estadual e federal, rompendo de forma definitiva com a centralização histórica da política de saúde. Assim, através desta diretriz ampliaram-se as responsabilidades nas três esferas de governo no que concerne a sua formulação, operacionalização e no controle social, estabelecendo poder de decisão compartilhado entres estas esferas.

A justificativa para a descentralização das políticas está no pressuposto de que os gestores locais possuiriam maior conhecimento da realidade local, tendo condições de analisar as necessidades da população que vive no seu território. Desta maneira, a maior estratégia do processo de descentralização é a municipalização da assistência à saúde. Ainda vale destacar que para além da criação de um modelo de gestão compartilhado entre os diferentes poderes, a municipalização possibilitou a conformação de uma gestão participativa a partir da criação dos Conselhos e Conferências de Saúde, preconizados pela diretriz da participação popular¹⁰³.

A regionalização e a hierarquização da rede pública são conceitos e formas organizativas do SUS que instrumentalizam o processo de planejamento das ações e serviços em saúde. Estes princípios organizativos também se referem ao princípio da integralidade, pois correspondem a estruturação do sistema de saúde em diferentes níveis de complexidade e nas diferentes regiões, criando um sistema que observa as necessidades de cada região. Com isso, procura-se desenvolver

¹⁰² Devido à importância e significado deste princípio será feita uma reflexão mais ampla adiante.

¹⁰³ A participação popular institucionalizada através dos Conselhos e Conferências de Saúde serão melhor apresentadas mais adiante.

ações e serviços em saúde pertinentes com a realidade, demanda e capacidade instalada em cada município e região, pactuando os serviços que forem necessários com as cidades polos. Assim, estes princípios têm a finalidade de alcançar a resolutividade das demandas da população preconizada pelo décimo segundo princípio da Lei 8.080.

O décimo princípio aponta para a integração das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico. Como vimos anteriormente neste estudo, as ações de saúde pública antes ficavam separadas das ações individuais, sendo responsabilidades separadas por dois Ministérios. A junção da saúde pública com a assistência individual à saúde também foi uma luta do movimento sanitário, considerando também o princípio da integralidade. As determinações do meio ambiente, saneamento básico, entre outros condicionantes externos ao corpo, implicam no processo de saúde-doença dos indivíduos, sendo necessário planejar as ações de saúde de forma integrada, compondo um sistema único e não mais dicotômico.

Os últimos princípios preconizam: a conjugação dos recursos entre as três esferas federadas na prestação dos serviços; a capacidade de resolutividade dos serviços em todos os níveis de assistência; e, a organização dos serviços de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos. De forma geral, estes princípios vão se referir à integração e unicidade dos serviços de saúde e o combate ao desperdício de recursos nas atividades e serviços prestados, no intuito de se alcançar a resolutividade das necessidades e demandas postas aos serviços de saúde.

E, finalmente, importante retomar aqui a importância da inclusão da diretriz “participação social” na Constituição Federal/1988 e na Lei 8.080/90 que foi, posteriormente, regulamentada pela Lei 8.142 em 1990. Esta diretriz é uma conquista da luta do movimento sanitário e traz à tona um processo de democratização nunca antes visto no país. Assim, a priori, faz-se mister apontar que a diretriz da “participação social” reconhece a participação popular enquanto direito, possibilitando que a população participe do processo de formulação das políticas de saúde e do controle de sua execução, em conjunto com os representantes profissionais dos serviços de saúde, com os agentes governamentais e com prestadores de serviços. Isso se dá através dos espaços institucionalizados chamados de Conselhos de Saúde e pelas Conferências de Saúde¹⁰⁴.

Para Costa e Noronha (2003), toda a ação que a sociedade exerce controle sobre o Estado pode ser chamada de Controle Social. Acioli (2005) traz uma definição semelhante a dos autores e define o controle social como “o controle do que é público por parte de segmentos organizados da população. Inscreve-se, portanto, no âmbito da cultura política e da democratização das gestões, o

¹⁰⁴ Conforme Sousa (2003), as Conferências Nacionais de Saúde (CNS) foram instituídas desde 1940, bem antes da CF/88, no entanto, estas conferências exerceram um papel diferenciado do que encontramos hoje. A autora aponta que ao observar os registros das sete primeiras conferências, ocorridas no período entre 1941 e 1979, verifica-se apenas a participação de autoridades públicas de saúde. Esta situação só sofre significativa mudança a partir da VIII CNS, emergindo, então, uma nova dinâmica de participação social de caráter democrático no país.

que implica pensar a relação entre Estado e sociedade civil como um canal de controle social” (idem, p. 298, grifos da autora).

Assim, as Conferências e os Conselhos de Saúde, criados pela Lei n. 8142/90, embora não os únicos, são instrumentos de controle social que se materializa pelo caráter deliberativo e na representação paritária dos usuários em relação ao conjunto dos demais segmentos representativos (BRASIL, 1990b). Isto significa que os usuários ocupam 50% das cadeiras dos Conselhos de Saúde, enquanto, os outros 50% são divididos entre representantes do governo, profissionais de saúde e prestadores de serviços. Assim, abre-se espaço para que a população possa interferir na gestão da saúde, defendendo os interesses da coletividade, reforçando nestes espaços a luta por ações e serviços de saúde de qualidade, configurando o controle social desta política.

Desta maneira, os Conselhos de Saúde¹⁰⁵ aparecem como fundamentais no processo de municipalização, já que a participação da população e dos outros representantes é que darão a direção para a política de saúde aplicada em cada município, sendo este um mecanismo essencial para que as demandas e necessidades da população sejam atendidas.

Considerando o exposto, devemos ponderar que falar na participação da população através de suas entidades representativas, na perspectiva de interferir e/ou definir a formulação, execução, fiscalização e avaliação das políticas públicas, implica necessariamente falar em disputas de espaços de poder e, mais precisamente, na disputa pelo controle dos recursos públicos. Acerca disto, Acioli (2005, p. 299) analisa:

Apesar da forte influência que o poder público pode exercer na composição e organização dos conselhos, ocorre uma situação de mão dupla. Por um lado, a participação, por ser institucionalizada, sofre certo grau de controle; no entanto, abre-se um espaço concreto para que a população interfira, discuta e delibere as questões de saúde. Os conselhos de saúde são campos de poder e, portanto, espaços de luta e conflito.

A autora ainda pondera que a participação popular não é capaz de resolver todas as questões relacionadas ao acesso e ao controle dos serviços de saúde. Mas, ressalta que “construir e vivenciar experiências de participação social representa um caminho importante de participação política da população, sejam estas institucionalizadas ou não” (idem, p. 297).

A partir do que foi exposto aqui, pode-se depreender que o projeto de Reforma Sanitária teceu significativas mudanças na política de saúde, sendo estas grandes avanços para a população brasileira. No entanto, devemos entender também que isto é um projeto, que ganha corpo na

¹⁰⁵ Importante destacar a obrigatoriedade da criação destes Conselhos, visto que o repasse de recursos para a saúde aos Municípios, Estados e Distrito Federal somente é realizado mediante a existência dos Conselhos de Saúde.

legislação, mas que depende de vários fatores. Cabe pontuar dois fatores extremamente significantes para a materialização ou não deste projeto: primeiro, é necessário que os determinantes da conjuntura sócio-histórico favoreçam a implementação deste projeto; e, segundo, é necessário que os profissionais de saúde estejam se orientando por este projeto a fim de materializá-lo, lutando e conformando forças para que ele seja implementado em âmbito individual e, principalmente, no coletivo. Com isso, é necessário que os sujeitos históricos deem continuidade ao Movimento de Reforma Sanitária no país, pois este é um projeto em construção e se coloca diante de muitos desafios. Acerca disto Campos (2007, p. 1869) é eloquente:

Nestas duas décadas de luta pelo SUS, observa-se uma tensão permanente entre o projeto do SUS e o derrotado (valeria interrogar-se sobre esta afirmação) projeto liberal-privatista. Esta vitória da concepção pública sobre o modelo de mercado ocorreu em um contexto em que o neoliberalismo era econômica, cultural e politicamente dominante. Uma vez aprovada a legislação que sustentava o SUS, a oposição liberal-conservadora não abaixou sua bandeira e retirou-se tímida para seu canto, observando ordeiramente a gloriosa implementação do SUS pelas forças da reforma sanitária. Nada disto; ao contrário. [...] Comento isto porque perdida a luta geral – O SUS passou a lei - trataram de armar mil outros cenários de confrontos. A resistência ao SUS deslocou-se da discussão de princípios, em torno de grandes diretrizes, para elementos pragmáticos da implantação do acesso universal a uma rede "integral" de assistência, procurando, contudo, sempre, buscar meios para atendê-los segundo seus interesses corporativos e valores capitalistas de mercado. Resistência permanente a cada programa, a cada projeto e cada modelo de gestão ou de atenção sugerido segundo a tradição vocalizada pela reforma sanitária. A convivência na democracia é variada e múltipla: a derrota de atores sociais e de seus projetos é situacional e costuma não os eliminar do cenário político e institucional. Assim os interesses e valores derrotados sempre retornam, sempre, ainda que travestidos com a moda conveniente em cada conjuntura.

Assim, a construção de um sistema de saúde universal pautado por princípios doutrinários éticos, democráticos e que traz uma nova concepção de saúde se deu em um campo de lutas e negociações intensas, refletindo posições de grupos de interesses antagônicos ligados a este âmbito que foram nos anos 1990 e 2000 reatualizados.

À guisa de compreensão, vale retomarmos que nos anos que se seguem após a promulgação da Constituição Federal de 1988 foram colocados entraves pelas forças conservadoras aos direitos conquistados, ao mesmo tempo, que houve um refluxo dos movimentos populares, contribuindo para o retardo na construção de ações e serviços pautados nos princípios defendidos pelo Movimento de Reforma Sanitária do período anterior (CFESS, 2010a). Isto favorece uma atuação dos grupos vinculados a concepções privatistas da saúde, reforçador do ideário neoliberal, que foram favorecidos pelos mecanismos criados com a Reforma do Estado, tais como, a desvalorização dos serviços públicos em prol da mercadorização das funções sociais do Estado e uma ênfase nos aspectos programáticos da regulamentação e implementação do SUS, principalmente, em relação as suas dimensões técnicas.

Neste contexto, os princípios do SUS não são consolidados da forma como foram concebidos. A falta de investimentos públicos nesta política gera um crescimento desordenado dos serviços de saúde, criando um sistema precarizado e com pouca credibilidade, sendo desacreditado pela população usuária. Desta forma, os seguros e a rede privada de saúde crescem no país, ou seja, o sistema de saúde público passa a ser acessado apenas por parte da população que não tem condições de pagar por seguros privados, pois o sistema aparece ineficiente e sucateado pela falta de investimentos, onde o princípio da universalidade aparece como uma “universalidade excludente” (COHN; ELIAS, 2002).

Considerando o exposto até aqui, podemos observar os seguintes desafios postos ao Projeto de Reforma Sanitária:

- A falta de investimento e desresponsabilização estatal frente às políticas sociais com a implementação do projeto neoliberal, em que foram criados novos modelos de gestão embasados na transferência das responsabilidades do Estado para setores privados¹⁰⁶;
- a não-implementação do orçamento da Seguridade Social previsto na CF/88;
- o descumprimento pelo governo dos dispositivos constitucionais e legais, havendo uma omissão na regulamentação e fiscalização das ações em saúde de forma geral (BRAVO, 2006);
- a descentralização das responsabilidades com privilegiamento da municipalização seguiu com uma isenção de responsabilidade do poder central (BRAVO, 2006);
- a tendência a se reduzir a questão da justiça social, da equidade e da democratização da saúde a parâmetros meramente quantitativos, substituindo a dimensão propriamente política da reforma sanitária (COHN; ELIAS, 2002);
- o afastamento da concepção de integralidade, priorizando-se as ações de caráter curativo em detrimento das ações de prevenção e promoção à saúde (BRAVO, 2006);
- a não viabilização da concepção de Seguridade Social, não havendo a articulação com as políticas de Assistência Social e de Previdência Social;
- a precarização nas formas de contratação dos profissionais de saúde que afeta a qualidade dos serviços prestados;
- a imprecisão na definição das responsabilidades do gestor estadual (CAMPOS, 2007);
- a falta de vagas, principalmente, nos serviços mais complexos, deixando usuários esperando vários meses por um atendimento necessário, ou seja, não se cumpriu o princípio e diretriz

¹⁰⁶ Estas medidas atingem todas as políticas sociais. Vale ressaltar aqui que, no âmbito da saúde, mais recentemente, estamos vivenciando um novo ataque do Estado à saúde através da criação da Medida Provisória da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) que passa a responsabilidade dos Hospitais Universitários para a iniciativa privada.

da integralidade; e,

- a focalização da política de saúde para atender os segmentos mais pobres da população através dos programas de acesso aos serviços básicos, que, na verdade, deveriam atuar na reversão do modelo biomédico-hospitalocêntrico e acabaram sendo usados como instrumento de focalização de atendimentos (COHN, 2005; BRAVO, 2006).

Ainda vale ressaltar alguns desafios que se referem às práticas profissionais. Podemos observar uma permanência de práticas em saúde voltadas para a hegemonia do médico e para o desrespeito com a população em que o direito à saúde é viabilizado como favor pelos profissionais de saúde. Assim, os direitos dos usuários são desrespeitados em suas várias dimensões, onde impera a dificuldade de acesso aos serviços, a falta de respeito dos profissionais em relação aos usuários e, até mesmo, pode-se observar usuários que são vítimas de maus tratos nos serviços públicos de saúde.

Em relação à integralidade, podemos visualizar, em seus vários sentidos, muitos desafios nas práticas profissionais. Ainda convivemos com as duas concepções de saúde: a do modelo em que o médico é a figura central e desvaloriza a participação dos outros profissionais no processo de saúde-doença dos usuários atendidos, não realizando uma interlocução com estes outros profissionais; e, outra adotada por uma parcela de profissionais que se orientam pelo projeto sanitarista e visa trabalhar de forma integral, considerando as diferentes dimensões dos usuários enquanto sujeitos inseridos em um contexto social, portador de subjetividade e objetividade. Esta última parcela de profissionais se volta para o trabalho interdisciplinar, enquanto os primeiros se voltam para a medicalização e permanência da visão fragmentada e reducionista dos usuários como pacientes detentores de uma doença.

Ainda considerando o princípio da integralidade no que se refere à criação de ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde nas práticas profissionais, vê-se, na verdade, serviços de saúde sobrecarregados com os atendimentos de recuperação e as ações de prevenção e promoção à saúde muitas vezes são desconsideradas como atividades profissionais.

Em relação ao princípio da autonomia, identidade e integridade dos sujeitos, pode-se observar um despreparo de muitos profissionais para lidar com a dimensão subjetiva nas práticas de atenção. Percebemos situações em que a autonomia dos sujeitos é violada e suas vontades, identidade e integridade são desrespeitadas, sendo comum, inclusive, presenciar situações em que os profissionais negam dar informações aos usuários do seu processo de saúde-doença. Complementar a isso, ainda podemos apontar a existência de posturas preconceituosas e discriminatórias em relação aos usuários do SUS, onde a saúde não é tratada como um direito, mas

sim, um favor.

Em relação à divulgação de informações, observa-se uma precária divulgação de informações em relação aos serviços, horários, fluxos de atendimentos nos serviços de saúde. O sistema aparece confuso e burocratizado para os usuários que, geralmente, não conseguem acessar todos os atendimentos necessários para a resolutividade de seus problemas de saúde-doença, conforme preconizado pelo princípio da integralidade e da resolutividade.

Merece destaque aqui, a questão da participação social. Acioli (2005) problematiza que existem alguns pontos de tensão no cotidiano dos Conselhos e alguns deles são: a legitimidade ou não da representatividade dos conselheiros¹⁰⁷, o acesso desigual às informações e a difícil publicização das ações dos conselhos.

Guizardi et. al. (2005) explicam que os estudos que vêm sendo realizados sobre conselhos mostram que apesar da presença quantitativa dos usuários, assegurada pelo requisito jurídico da paridade, isso não significou uma correspondência direta com a capacidade de intervenção destes usuários. Isto pode ser exemplificado ao considerar que nestes espaços aparecem “os artifícios de poder do discurso técnico-científico, as dificuldades dos mecanismos de representação; a tendência de reprodução do jogo político local em suas relações de força e exercício de poder e a apropriação dos conselhos pelo Poder Executivo¹⁰⁸” (idem, p. 230). Considerando isto, para estes autores mais do que realizar capacitações dos usuários e seus representantes, se faz necessário questionar a organização e as relações de poder que as produzem para entender as causas deste afastamento. Nas palavras dos autores:

Construir caminhos para a participação no SUS não implica apenas melhor informar ou capacitar a população e seus representantes. É preciso que sejamos capazes de estranhar o óbvio, desconfiar do que se apresenta como prática natural. Práticas por meio das quais se atualizam exercícios de poder que tendem a circunscrever os grupos populares como objetos de intervenção e não como sujeitos políticos do processo. Relações pautadas pela delimitação dos dizeres autorizados e dos discursos silenciados e constringidos (idem, p. 235).

Além disso, Guizardi et. al. (2005) analisam que ainda existe um desconhecimento por parte da população acerca deste espaço de participação, onde a desinformação sobre o SUS interfere na forma como a participação tem sido efetiva no sistema de saúde. Assim, a concentração de informações a grupos específicos e a restrita circulação delas configuram um mecanismo de exclusão. Para os autores, a população não vem se percebendo enquanto agente de constituição e produção da política de saúde. Assim, o maior desafio dos conselhos é “tornar pública a política de

¹⁰⁷ Acerca da legitimidade e representatividade dos conselheiros conferir Costa e Noronha (2003).

¹⁰⁸ Os autores explicam que este argumento pode ser explicado pelo controle do Estado sobre a agenda dos conselhos, pela hegemonia na definição das pautas de discussões, defendidos por eles como mais relevantes e pertinentes.

saúde, como arena de disputa e construção democrática, que não se concretiza sem que nos engajemos em fazer da participação no SUS um mecanismo de determinação dessa política” (idem, p. 236).

Podemos afirmar que este espaço de participação institucionalizado é por si um mecanismo questionador da velha estrutura institucional, tecnocrática, centralizadora, autoritária e normativa, própria do Estado brasileiro tradicional. Caracteriza-se, portanto, como um importante dispositivo de mudança dentro da estrutura organizacional da saúde e na sua forma de gestão. No entanto, os conselhos não estão isentos de incorporar elementos conservadores que trazem diversos desafios a este mecanismo democrático como podemos ver nos parágrafos acima.

Em síntese, observa-se que na década de 1990 e nas primeiras décadas dos anos 2000 ainda assistimos uma grande dificuldade de implementar um sistema de saúde tão avançado como preconizado pela movimento sanitário e institucionalizado pelas legislações. No contexto da conjuntura atual, o setor saúde sofre as refrações da Reforma do Estado, onde a falta de investimento nas políticas sociais rebate neste âmbito, crescendo a desvalorização dos serviços de saúde pública devido ao sucateamento de todos os seus recursos, inclusive, dos recursos humanos. Assim, podemos afirmar que o SUS gestado a partir da democratização do país foi uma construção interrompida, não sendo implementado em sua plenitude, como veremos no subitem que se segue.

2.6.1. A atenção especializada de média e alta complexidade do SUS: um campo de contradições.

A política de saúde a partir da década de 1990 foi organizada em três níveis de atenção – atenção básica, de média e alta complexidade - que articulados oferecem uma gama de serviços para atender às necessidades de saúde da população, cumprindo o princípio da integralidade e, também as diretrizes da municipalização, regionalização e hierarquização, conforme já abordei neste estudo. A atenção básica é responsável pela resolução de grande parte das demandas de saúde da população e é dividida por várias Unidades Básicas de Saúde nos municípios para o atendimento em territórios, constituindo a porta de entrada do sistema. Desta maneira, na maioria dos casos, a Atenção Primária é a responsável por referenciar os usuários para os demais níveis conforme as suas necessidades.

A média complexidade¹⁰⁹ é composta por ações e serviços que têm como objetivo atender aos principais problemas e agravos de saúde da população que demande ser atendido por

¹⁰⁹ Os procedimentos que compõem a média complexidade são os seguintes: procedimentos especializados realizados por profissionais médicos, outros de nível superior e nível médio; cirurgias ambulatoriais especializadas; procedimentos traumatológico-ortopédicos; ações especializadas em odontologia; patologia clínica; anatomopatologia e citopatologia; radiodiagnóstico; exames ultra-sonográficos; diagnose; fisioterapia; terapias especializadas; próteses e órteses; e, anestesia (BRASIL, 2007, p.17).

profissionais especializados e necessidade do emprego de recursos tecnológicos para o apoio diagnóstico e tratamento. As clínicas especializadas oferecidas são destinadas a atender as demandas referenciadas da atenção básica para dar continuidade ao tratamento, garantindo a integralidade do atendimento. A alta complexidade¹¹⁰ é definida como o conjunto de procedimentos que envolve alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar à população acesso a serviços qualificados, integrando-os aos demais níveis de atenção à saúde. A média e alta complexidade podem aparecer em um mesmo serviço e incorporam processos de trabalho que englobam maior densidade tecnológica, sendo denominadas de atenção especializada.

Apesar do SUS ter sido planejado com níveis de complexidade que deveriam ser acionados a partir das necessidades evidenciadas pelos usuários, faz-se interessante notar que os três níveis sofrem com restrições de financiamento, infraestrutura e recursos humanos. Acerca da organização do SUS, Costa (2006, p. 8) aponta que:

Na realidade, a atual organização do sistema de saúde, ao tempo em que atende algumas reivindicações históricas do movimento sanitário, de que são exemplos a universalização, a descentralização e a incorporação dos mecanismos de controle social e participação social da comunidade, ainda não superam algumas contradições existentes, dentre as quais constam a demanda reprimida / exclusão, a precariedade dos recursos, a questão da quantidade e qualidade da atenção, a burocratização e a ênfase na assistência médica curativa individual.

Acerca disto, Solla e Chioro (2008, p.4) analisam:

A rede ambulatorial e hospitalar geral e especializada também tem aumento de demanda sem a equivalente ampliação das equipes e da capacidade operacional, o que provoca obstáculos à integração do sistema e, conseqüentemente, interfere na chamada cooperação horizontal. Assim, além de não assegurar atendimento para todos os que procuram os serviços, tem se constituído no espaço de "quebra", obstrução da integralidade das ações, entre os diversos níveis de complexidade (unidades de atenção básica > centros clínicos > hospital geral > hospital especializado, etc) comprometendo a racionalização e qualidade da atenção (idem).

Considerando o exposto, pode-se depreender que alguns dos grandes problemas enfrentados pela média e alta complexidade se referem à provisão do acesso, a articulação com a atenção básica

¹¹⁰ Os procedimentos da alta complexidade é composta por procedimentos de alto custo e internações Principais áreas que compõem a alta complexidade do SUS, organizadas em redes são: assistência ao paciente portador de doença renal crônica (por meio dos procedimentos de diálise); assistência ao paciente oncológico; cirurgia cardiovascular; cirurgia vascular; cirurgia cardiovascular pediátrica; procedimentos da cardiologia intervencionista; procedimentos endovasculares extracardíacos; laboratório de eletrofisiologia; assistência em traumatologia-ortopedia; procedimentos de neurocirurgia; assistência em otologia; cirurgia de implante coclear; cirurgia das vias aéreas superiores e da região cervical; cirurgia da calota craniana, da face e do sistema estomatognático; procedimentos em fissuras lábio-palatais; reabilitação protética e funcional das doenças da calota craniana, da face e do sistema estomatognático; procedimentos para a avaliação e o tratamento dos transtornos respiratórios do sono; assistência aos pacientes portadores de queimaduras; assistência aos pacientes portadores de obesidade (cirurgia bariátrica); cirurgia reprodutiva; genética clínica; terapia nutricional; distrofia muscular progressiva; osteogênese imperfeita; fibrose cística e reprodução assistida (idem, p. 18-19).

e a garantia da qualidade da atenção oferecida. Conforme Paim et. al. (2011), ao contrário daquilo preconizado pelo SUS, o sistema de saúde ainda não aparece organizado como uma rede regionalizada de serviços, visto que não existem mecanismos eficazes de regulação e de referência e contra-referência¹¹¹.

Além disso, historicamente, privilegiou-se no Brasil o setor privado na expansão dos serviços de atenção especializada, em particular os de alta complexidade. Conforme Solla e Chioro (2008, p. 4) a disposição da oferta dos serviços foi organizada a partir “da lógica de mercado e do modelo médico-hegemônico, baseado em procedimentos, [e] tem determinado um padrão marcado pela irracionalidade, gerando profundas iniquidades com sobreposição de oferta de serviços em determinadas áreas e vazios assistenciais em outras”.

Os interesses privados acabam determinando o padrão de oferta para o sistema, pois, de uma maneira geral, os serviços públicos não possuem capacidade física instalada suficiente para suprir as necessidades de atenção especializada dos usuários do SUS. Para os autores, existem obstáculos estruturais, procedimentais e políticos que comprometem as iniciativas do Ministério da Saúde de organizar as redes de serviços. Acerca disto, afirmam:

A regulação do SUS tem sido influenciada por vários grupos de interesse, desde o setor privado até grupos associados ao movimento pela reforma sanitária. Infelizmente, os mecanismos regulatórios existentes ainda não são suficientemente robustos para promover mudanças significativas nos padrões históricos da assistência hospitalar. (Idem, p. 25).

Insta apontar que apesar dos desafios enfrentados pelo sistema de saúde que abarca a revisão da questão financeira e das relações público-privadas, vale considerar que o maior desafio é o político, pois as desigualdades que persistem não poderão ser resolvidas apenas na esfera técnica.

Além dos estrangulamentos encontrados na média e alta complexidade, o nível de atenção especializada presencia outros desafios que dizem respeito ao processo de trabalho. A atenção básica no Brasil, conforme vimos anteriormente, emergiu a partir dos debates e tensionamentos do movimento sanitário, privilegiando a concepção ampliada de saúde e a conjugação de ações de prevenção e promoção à saúde às de recuperação. No entanto, a atenção especializada já vinha sendo efetuada há mais tempo no Brasil, carregando uma perspectiva focada na doença e na

¹¹¹ O sistema de referência e contra-referência pode ser explicado da seguinte maneira: “os problemas de saúde que não forem resolvidos no nível da atenção básica deverão ser referenciados para os serviços de maior complexidade tecnológica, organizados de forma municipal ou regional, tais como os ambulatórios de especialidades e os serviços de apoio diagnósticos e terapêuticos e de atenção hospitalar. Uma vez equacionado o problema, o serviço especializado deve encaminhar o usuário para que possa ser acompanhado no âmbito da atenção básica. Referência e contra-referência também funcionam entre serviços do mesmo nível de complexidade ou entre os serviços de atenção ambulatorial especializada, hospitalares, de reabilitação e de apoio diagnóstico e terapêutico. A organização e gestão deste sistema é uma responsabilidade da direção municipal do SUS, que deve estabelecer parcerias com municípios vizinhos a fim de garantir o atendimento necessário à população” (SOLLA; CHIORO, 2008, p. 7-8).

medicalização dos “pacientes”, conforme já mencionado também. Solla e Chioro (2008) explicam que os serviços especializados no processo de construção do SUS foram implantados dentro do modelo tecno-assistencial tradicional, centrando-se na consulta e no saber médico para responder as demandas médicas que não foram contempladas na unidade básica, tendo como papel a retaguarda técnica e de exames de diagnose e terapia. Devido a não reversão desta perspectiva tradicional nos serviços especializados foi conformado um sistema contraditório, no qual os princípios do SUS não conseguem se concretizar, seja na organização dos serviços ou nas práticas profissionais.

Acerca das práticas profissionais, pode-se destacar a perda de identidade individual e coletiva dos usuários que chegam nestes serviços como um desafio recorrente, conforme aponta Solla e Chioro (2008, p. 18):

O olhar do especialista identifica-o apenas como um problema funcional ou um órgão-alvo e, uma vez fornecido o seu parecer, o paciente passa a fazer parte do grupo de cronificados destes serviços ou retorna à unidade, muitas vezes sem nenhuma compreensão sobre a situação e, o que é pior, sem que nem mesmo o médico da unidade de origem tenha esse entendimento, em grande parte dos casos.

A questão da perda de identidade dos usuários costuma ir além do mero descaso, visto que podemos perceber que os hospitais que atendem o sistema público de saúde muitas vezes são alvos de denúncias de maus-tratos, negligências, falta de respeito. Além disso, podemos incluir aqui também o descaso que se dá na relação entre usuários e Estado, já que a falta de investimento nos hospitais, seja material ou humano, leva ao inchaço do sistema de saúde que, por consequência, gera uma grande fila de espera para os atendimentos, inclusive, nos hospitais de urgência e emergência, levando ao agravamento das situações mais emergenciais de saúde e, até mesmo, a morte.

Para Cecílio (2007), as dificuldades para se obter atendimentos de qualidade nos hospitais, dizem respeito a variados desafios, dentre eles: a questão dos salários, da relação público/privado, fragilidades da rede básica, entre outras. Nas palavras do autor:

Imensas têm sido as dificuldades para a implementação de projetos de melhoria da qualidade de atendimento prestado à população pelos hospitais públicos no Brasil. Dificuldades de toda a ordem parecem conspirar contra qualquer esforço de qualificação da assistência hospitalar. Problemas por demais conhecidos, em particular aqueles ligados à inadequação dos salários; inserção conflitiva da categoria médica ao SUS, em particular em relação ao modelo de assalariamento vigente; descaso e descompromisso do setor privado com a assistência de grande parcela da população, cada vez mais empobrecida e dependente dos serviços de saúde; fragilidade da rede básica para atender as necessidades primárias da população, só para dar alguns exemplos, alimentam uma sensação de impotência, quando nosso desejo é o de mudar para melhor (2007, p.293).

Em síntese, pode-se afirmar que os usuários são desvalorizados enquanto sujeitos, recebendo

tratamentos desumanizados seja por parte dos profissionais, seja pela falta de recursos. É claro que esta realidade vem sendo contestada por muitos profissionais e já é possível ver mudanças significativas, mas, infelizmente, esta não é a realidade todos os serviços de saúde pública no Brasil.

Ainda vale destacar que apesar da legislação da saúde prever que sejam ofertadas ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde nos diferentes níveis de atenção e que estas devem estar articuladas e integradas em todo o sistema de saúde (PINHEIRO; MATTOS, 2003), até agora, não conseguimos visualizar ações que coloquem em prática esta concepção. É possível perceber que sobrevive o pensamento hegemônico de que o hospital não é espaço para prevenção e promoção à saúde.

Assim, volto afirmar que muitos espaços hospitalares ainda não vêm construindo novas práticas assistenciais que colaborem para a implementação dos princípios do Sistema Único de Saúde em sua plenitude para cada cidadão, tendo a integralidade como princípio articulador para se alcançar o acesso aos serviços e a qualidade do atendimento prestado. Desta forma, se pretendemos avançar na consecução dos princípios do SUS, faz-se necessário que a atenção especializada passe por processos sistemáticos de reversão do modelo hospitalocêntrico e curativista, sendo, portanto, um campo que merece atenção.

Diante destas considerações, cabe destacar que um grupo progressista, que resiste na luta pela consolidação da Reforma Sanitária, vem levantando discussões e propostas em que se torna central a questão de atendimentos mais humanizados nos sistema de saúde público, e, em especial, nos hospitais. Um exemplo disso é o surgimento de discussões, no campo da saúde coletiva, voltadas para reconstruir o modo de produzir e operar as ações de saúde no SUS, em que foi levado ao debate a questão da necessidade de *humanizar* os serviços, o qual resultou na criação da Política Nacional de Humanização pelo Ministério da Saúde em 2004. Devido à importância deste debate, inclusive para os assistentes sociais, analiso a questão da humanização no subitem que se segue.

2.6.2. A Política de Humanização no SUS: um modo de produzir e operar as ações de saúde no SUS a partir de 2000.

A discussão da *humanização* foi iniciada a partir de 1990, e adensada, principalmente, a partir de 2000 nos grupos de saúde coletiva. A partir disto, este debate foi introduzido na XI Conferência Nacional de Saúde, no ano de 2000, frente às dificuldades enfrentadas pelo SUS, tais como o tratamento desumanizado, a restrição do acesso e da qualidade da atenção prestada. Dentro deste contexto, pode-se afirmar que tratamentos “humanizados” e resolutivos vinham sendo secundarizados ou até mesmo banalizados por parte dos gestores e dos profissionais. Diante disto,

surgiram discursos que apontavam como urgente encontrar respostas para revitalizar o SUS e suas propostas.

Assim, a partir do debate sobre a qualidade na atenção, primeiramente, foram criados alguns programas de humanização pelo Ministério da Saúde para algumas áreas específicas e, em seguida, o Programa Nacional de Humanização na Atenção Hospitalar (PNHAH) que vigorou entre os anos 2000 a 2002. O programa tinha como objetivo criar comitês de humanização voltados para melhorar a qualidade do atendimento aos usuários e aos profissionais de saúde visto que os hospitais públicos vinham sendo denunciados por maus tratos.

Na XII Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em 2003, houve a retomada do debate em torno da universalidade do acesso ao SUS, da valorização dos usuários e dos profissionais na participação e gestão do sistema de saúde. Neste sentido, os programas de humanização deram lugar a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS (PNH), também denominada de HumanizaSUS (MITRE et. al., 2012). Com isso, a Política substitui os programas e ganha um caráter transversal abrangendo toda a política de saúde, tendo como dever traduzir os “princípios do SUS e os modos de operar no conjunto das relações entre profissionais e usuários, entre os diferentes profissionais, entre as diversas unidades e serviços de saúde e entre as instâncias que constituem o SUS” (BRASIL, 2004, p.7). Neste sentido, esta política tem como objetivo produzir mudanças no modo de gerir e cuidar, onde se propõe aumentar o grau de corresponsabilidade entre os diferentes atores envolvidos na produção de saúde. Assim, o conceito de “humanizar” desta política significa “ofertar atendimento de qualidade articulando os avanços tecnológicos com *acolhimento*¹¹², com melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais” (BRASIL, 2004, p. 6). Neste sentido, a Política de Humanização traz cinco princípios norteadores:

1. Valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão, fortalecendo/estimulando processos integradores e promotores de compromissos/responsabilização.
2. Estímulo a processos comprometidos com a produção de saúde e com a produção de sujeitos.
3. Fortalecimento de trabalho em equipe multiprofissional, estimulando a transdisciplinaridade e a grupalidade.
4. Atuação em rede com alta conectividade, de modo cooperativo e solidário, em conformidade com as diretrizes do SUS.
5. Utilização da informação, da comunicação, da educação permanente e dos espaços da gestão na construção de autonomia e protagonismo de sujeitos e coletivos (idem, p. 9-10).

Isto significa que a valorização da dimensão humana e subjetiva é recuperada, sendo traduzida em práticas que estabeleçam o estímulo a autonomia e ao protagonismo dos sujeitos

¹¹² O acolhimento será abordado adiante.

envolvidos no processo saúde-doença, assim como *vínculo* e *acolhimento*. Ainda se remete a participação coletiva no processo de gestão; a identificação de necessidades individuais e coletivas; o reconhecimento da diversidade; a valorização dos trabalhadores e das relações sociais no trabalho; a uma proposta de trabalho coletivo que seja mais ágil e resolutivo; o compromisso com melhores condições de trabalho e de atendimento; e, o compromisso com a articulação dos processos de formação com os serviços e práticas de saúde.

Em síntese, esta política visa um SUS mais “humanizado”, construído com a participação de todos e comprometido com a qualidade dos serviços prestados, com a saúde integral de forma universal e sem discriminações. De forma geral, os resultados prioritários esperados são: redução de filas e do tempo de espera, com ampliação do acesso; atendimento acolhedor e resolutivo baseado em critérios de risco; a implantação de modelo de atenção com responsabilização e *vínculo*; a garantia dos direitos dos usuários; a valorização do trabalho na saúde; e, a gestão participativa nos serviços.

Conforme a PNH (2004), propõe-se que a sua implementação se dê através das seguintes orientações estratégicas: a inclusão dos compromissos da PNH nos planos estaduais e municipais de saúde; a criação de Comitês de Humanização, formando Grupos de Trabalho de Humanização (GTH's) nos serviços e nas secretarias municipais e estaduais de saúde; “propiciar o financiamento de projetos que melhorem a ambiência dos serviços, tais como salas de conversa, espaços de conforto, mobília adequada e comunicação visual” (BRASIL, 2004, p. 12); construir protocolos para os serviços com perfil “humanizador”; garantia de ouvidoria; atendimento em equipe multiprofissional; garantia de continuidade de assistência com sistema de referência e contra-referência; criação de acolhimento com avaliação de risco; plano de educação permanente, entre outras.

Ainda vale destacar que uma das diretrizes que entrou no discurso oficial do Ministério da Saúde e se configurou como uma diretriz de grande relevância da PNH para a operacionalização do SUS é o chamado o *acolhimento*. No âmbito da saúde coletiva o *acolhimento* foi considerado como um dispositivo “capaz de disparar reflexões e mudanças na organização dos serviços de saúde, na retomada do acesso universal, no resgate da equipe multiprofissional e na qualificação das relações entre usuários e profissionais de saúde” (MITRE et. al., 2012, p. 2072).

Conforme Chupel e Miotto (2010), o acolhimento ao ser estudado e debatido pela saúde coletiva vem revelando diferentes perspectivas, ou seja, não existe uma visão única e consensual sobre o que é o *acolhimento* e o seu objetivo. Assim, pode-se afirmar que existem abordagens diferenciadas sobre o *acolhimento*, mas elas não se invalidam ou se excluem. Conforme as autoras, o debate do *acolhimento* se relaciona com o desenvolvimento de práticas que se voltem para a

integralidade, o acesso, o aumento da autonomia, a criação de vínculos, nas quais os usuários ganham centralidade. Desta maneira, o *acolhimento* surge no intuito de reverter à lógica da organização e funcionamento dos serviços de saúde, sendo parte constituinte do processo de *humanização*. Assim, o reordenamento do processo de trabalho voltado para a perspectiva do acolhimento vai requerer a constituição de vínculos, sendo esta “a condição essencial para sair do ordenamento da 'agenda consulta' e seguir para a responsabilização de uma equipe multiprofissional” (idem, p. 6).

Para Teixeira (2003 apud Pinheiro, 2005, p. 296), esta firmatação de vínculos deve ser entendida para além da responsabilização dos profissionais com os usuários e tratos que estabeleçam confiança. O autor compreende a responsabilização aliada a uma postura de democratização do conhecimento e da organização dos serviços, ao reconhecimento da saúde como um direito e ao estímulo a organização da comunidade para o efetivo exercício do controle social, bem como deve rever as relações de poder existentes nas instituições de saúde entre profissionais, usuários e gestores. Em consonância com esta concepção, o *vínculo* vai para além do “acolher” e da “escuta” descompromissada¹¹³ que termina em si. Assim, o *vínculo* e o *acolhimento* têm em seu mote mais intrínseco os valores humanos, que compreendem a forma de receber, escutar, estabelecer relações de confiança e apoio, valorizar e interessar-se pelo usuário, mas não pode se restringir a isso. Pois, se assim for, não se alcançará a *humanização* em seu sentido mais amplo.

Posto isto, vale retomar aqui que a *humanização* enfrenta muitos desafios, pois muitas vezes ela está sendo descaracterizada pelas interpretações mais simplistas de uma parcela dos gestores e dos profissionais. Acerca disto, Benevides¹¹⁴ e Passos (2005) apontam que existem dois desafios a serem enfrentados que estão postos a *humanização*: um conceitual e o outro metodológico. Acerca do desafio conceitual, os autores problematizam que o conceito de *humanização* ganhou destaque dentro dos Programas da saúde pública de forma que “padroniza as ações e repete modos de funcionar de forma sintomática” (id. *ibid.*, p. 390), ou seja, a *humanização* ganhou, no início dos anos 2000, um aspecto de conceito-sintoma, que os autores chamam de “modismo”. Assim, afirmam que esta *humanização* como um conceito-sintoma se apresenta nas práticas de atenção quando estas são: segmentadas por áreas (saúde da mulher, saúde da criança, saúde do idoso) e por níveis de atenção (assistência hospitalar); identificadas ao exercício de certas profissões (assistente social, psicólogo) e a características de gênero (mulher); orientadas por exigências de mercado que devem “focar o cliente” e “garantir qualidade total nos serviços”. Em síntese, a *humanização* “se

¹¹³ Se refere a uma escuta descompromissada de finalidades, principalmente, aquelas que não tem o compromisso com a ampliação da democracia.

¹¹⁴ Regina Benevides é docente do Departamento de Psicologia na Universidade Federal Fluminense e foi coordenadora da Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde de jan. 2003 a jan. 2005, tendo contribuído para a construção dos fundamentos que aparecem no referencial teórico-político que consta na referida política.

expressa em ações fragmentadas e numa imprecisão e fragilidade do conceito” e seus sentidos “são ligados ao voluntarismo, ao assistencialismo, ao paternalismo ou mesmo ao tecnicismo de um gerenciamento sustentado na racionalidade administrativa e na qualidade total” (idem, p. 390).

A partir destas considerações, Benevides e Passos (2005) refletem que a questão da humanização obriga-nos a forçar os limites deste conceito, resistindo ao seu sentido instituído. Faz-se necessário redefinir o conceito de *humanização* a partir de um “reencantamento do concreto”, ultrapassando a idealização do humano e colocando em questão as práticas normalizadoras e as concepções estáticas. Nas palavras dos autores:

Partir das existências concretas é ter de considerar o humano em sua diversidade normativa e nas mudanças que experimenta nos movimentos coletivos. Tal desidealização do Homem (Benevides & Passos, 2005) dá como direção o necessário reposicionamento dos sujeitos implicados nas práticas de saúde. Assim, redefinindo o conceito, tomamos a humanização como estratégia de interferência nestas práticas levando em conta que sujeitos sociais, atores concretos e engajados em práticas locais, quando mobilizados, são capazes de, coletivamente, transformar realidades transformando-se a si próprios neste mesmo processo. Trata-se, então, de investir, a partir desta concepção de humano, na produção de outras formas de interação entre os sujeitos que constituem os sistemas de saúde, deles usufruem e neles se transformam, acolhendo tais atores e fomentando seu protagonismo (idem, p. 391).

Já o desafio metodológico imposto pelo debate da humanização, conforme os autores, refere-se à materialização deste conceito na construção da política pública de saúde. Ou seja, o esforço conceitual da *humanização* deve resultar na alteração de práticas concretas dos serviços de saúde, na melhoria da qualidade de vida dos usuários e na melhoria das condições de trabalho dos profissionais de saúde. Desta maneira, é necessário alterar os modos de fazer, de trabalhar e de produzir no campo da saúde.

Em consonância com os autores, pode-se afirmar que o processo de construção de uma política não pode se manter apenas com propostas, Programas e portarias do Ministério da Saúde. Isto significa que da política criada na forma da lei não há uma passagem fácil e garantida à consecução da política de saúde pública. Construir políticas públicas na máquina estatal, mesmo nas condições mais favoráveis, requer um trabalho conectado às forças coletivas, aos movimentos sociais, bem como as práticas concretas no cotidiano dos serviços de saúde (BENEVIDES; PASSOS, 2005).

Para Campos (2005), o projeto de *humanização* depende não só de um reordenamento das práticas profissionais, mas também da democratização das relações interpessoais e da democracia das instituições. Ou seja, as relações sociais em que há um grande desequilíbrio de poder, donde o lado poderoso se aproveita desta vantagem para desconsiderar interesses e desejos do outro, devem ser consideradas como relações desumanas também. Portanto, para o autor, a humanização depende

do aperfeiçoamento do sistema de gestão compartilhada, de sua extensão para cada distrito, serviço e para as relações cotidianas. Envolve também outras estratégias dirigidas a aumentar o poder do doente ou da população em geral perante o poder e a autoridade do saber e das práticas sanitárias. Valorizar a presença de acompanhantes nos processos de tratamento, bem como modificar as regras de funcionamento de hospitais e outros serviços também em função de direitos dos usuários. Mecanismos preventivos e que dificultem o abuso de poder são essenciais à humanização (idem, p. 399).

Da assertiva acima extrai-se que a humanização ultrapassa a ideia de que este conceito se restrinja a tratar bem os usuários, tratá-los de forma humanizada, em que se reiterem relações clientelistas. Ao contrário, a ideia debatida na saúde coletiva tem como foco a relação entre os gestores, os profissionais e os usuários em que se questiona o autoritarismo burocrático e decisório dos serviços, trazendo à tona o respeito e a autonomia, em detrimento de posturas de submissão.

Para além disso, devemos considerar também que a política de *humanização* deve voltar-se para os profissionais, ou seja, a *humanização* está relacionada com mudanças de posturas profissionais, logo, ao meu ver, estes devem ser considerados nesta relação, donde as suas condições de vida e trabalho interferem na possibilidade de colocar estas orientações em prática. Complementar a isso tem a questão dos investimentos em saúde, pois reorganizar o sistema através de práticas “humanizadas” que amplie acesso e gere serviços resolutivos e de qualidade requer recursos voltados para a estrutura física também.

Assim, considerando a Política de Humanização dentro do contexto de corte nos gastos sociais, veiculados pelos governos neoliberais implementados nos anos 1990 e que deram sequência nos anos 2000, podemos afirmar que a construção e consolidação dos princípios da Reforma Sanitária continuam se apresentando como desafios fundamentais na agenda atual da política de saúde. Não podemos negar que houveram muitos avanços na saúde¹¹⁵, mas o SUS que hoje temos está longe de ser o SUS previsto constitucionalmente e muito menos o sistema de saúde requerido pelo Movimento Sanitário.

Neste contexto, pode-se afirmar que a PNH pode ser um instrumento utilizado pelos profissionais de saúde em conjunto com os usuários e movimentos sociais na defesa do projeto de Reforma Sanitária desde que esta não se perca em um discurso vazio do comportamento cordial e no cumprimento de normatizações.

¹¹⁵ Podemos visualizar alguns avanços, tais como: a expansão do acesso à saúde para milhares de brasileiros; o acesso a uma parcela de medicações, o controle estatal sobre os sangue e hemoderivados, proibindo a sua comercialização; muitos avanços conceituais sobre a organização dos serviços e também sobre as práticas profissionais; o acesso a milhões de pessoas a tratamentos da AIDS, Diabetes, vários tipos de câncer; a articulação das ações de vigilância sanitária, epidemiológica, do meio ambiente e da saúde do trabalhador enquanto responsabilidade do Ministério da Saúde, entre outros. E, conforme Campos (2007), ainda podemos citar alguns resultados estatísticos destes avanços: a elevação da esperança de vida ao nascer e da expectativa de vida; a queda da mortalidade infantil; a diminuição da mortalidade por doenças infecciosas; a cobertura vacinal e diminuição das epidemias; entre outros.

Aqui, vale destacar que os assistentes sociais têm sido convidados para viabilizar esta política junto com os outros profissionais de saúde. Desta maneira, faz-se necessário que os assistentes sociais tenham clareza das diversas concepções de *humanização*, sendo primordial que a compreendam nos seus aspectos mais amplos, pois caso contrário, corre-se o risco de corroborar para a criação de ações voluntaristas e assistencialistas, conforme refletimos anteriormente. Acerca disto, o CFESS (2010) elucida:

O assistente social precisa debater o significado da humanização com a equipe a fim de evitar compreensões distorcidas que levem a uma percepção romântica e/ou residual da atuação, focalizando as ações somente na escuta e redução de tensão. A concepção de humanização, na perspectiva ampliada, permite aos profissionais analisarem os determinantes sociais do processo saúde-doença, as condições de trabalho e os modelos assistencial e de gestão. Nessa direção, cabe aos profissionais desencadear um processo de discussão, com a participação dos usuários, para a revisão do projeto da unidade de saúde, das rotinas dos serviços e ruptura com o modelo centrado na doença.

Em conformidade com o CFESS (2010), podemos afirmar que a defesa da concepção de *humanização* deve ser uma preocupação do assistente social e um compromisso respaldado no Projeto Profissional Crítico, considerando que os assistentes sociais afirmam a defesa pela qualidade dos serviços prestados, pela participação social, pela autonomia e integridade dos sujeitos, bem como pelo repúdio as discriminações e preconceitos. Logo, os serviços de saúde na perspectiva da *humanização* corroboram para que estes princípios sejam efetivados. No entanto, são inúmeros os desafios postos a esta política já que ela depende também de condições dignas de trabalho e salários compatíveis.

Por fim, vale destacar aqui que este é um momento importante para reavivar a luta por um sistema de saúde voltado para o fortalecimento do projeto democrático, universal, gratuito e de qualidade para a população, cuja organização se direciona pela participação social, pela descentralização e pela integralidade. Tudo isso direcionado pelas concepções ideológicas do Projeto de Reforma Sanitária, que para além de normatizações, transpira valores e princípios que dizem respeito à equidade, a justiça social e a cidadania, conforme destaca Bravo e Matos (2001, p. 212):

No embate dos dois projetos [...], considera-se necessário, na atual conjuntura brasileira, construir uma pauta entre os diversos sujeitos sociais preocupados com a política pública de saúde em torno de questões que possam resgatar o Projeto de Reforma Sanitária na sua totalidade e não apenas ficar restrito ao Sistema Único de Saúde, que, como afirma Neto (1997), é apenas estratégia de um projeto mais abrangente de ampliação de direitos sociais na direção da democracia de participação alargada. [...] Parte-se do pressuposto que só o aprofundamento da democracia e a mobilização dos movimentos organizados da sociedade brasileira poderão fazer face ao neoliberalismo que naturaliza a questão social, enfocando-a de forma individual, personalizada e focalista.

Pensando sobre estes aspectos é que podemos afirmar que os profissionais de saúde encontram-se permeados por desafios, mas, também, por possibilidades em suas intervenções profissionais, podendo fortalecer projetos diferenciados. Faz-se necessário que estes profissionais busquem entender as questões postas até aqui, desvelando a realidade social, seus determinantes sócio-históricos estruturais e conjunturais, a fim de atuar na direção que fortaleça o Projeto de Reforma Sanitária. Esta premissa traz consigo a exigência de se pensar como a categoria dos assistentes sociais vem estabelecendo as relações necessárias entre os compromissos do Projeto Profissional Crítico e os do Projeto de Reforma Sanitária, conforme veremos no próximo subitem.

2.6.3. As possibilidades e os desafios da intervenção profissional na saúde: estabelecendo relações entre o Projeto Profissional Crítico e o Projeto de Reforma Sanitária

Para pensar o Serviço Social na saúde a partir da década de 1990, faz-se necessário retomarmos que, nas décadas de 1980 e 1990, houveram vários avanços da vertente crítica do Serviço Social que compôs um novo projeto para a profissão e ganhou hegemonia no debate profissional. Contudo, ao mesmo tempo, como vimos neste estudo, ainda permaneceu um distanciamento entre esta vanguarda progressista e os assistentes sociais inseridos nos campos de intervenção. Acerca deste distanciamento, Matos (2003) aponta que:

- ficou uma lacuna entre o processo de intenção de ruptura veiculado por uma vanguarda intelectual acadêmica e o cotidiano dos assistentes sociais na intervenção socioprofissional, inclusive na saúde.
- na entrada da década de 90, quando a perspectiva de intenção de ruptura com o conservadorismo obteve a sua maioria intelectual foi o período também que se constatou o crescimento de uma ofensiva conservadora que estabeleceu uma crítica formal as correntes marxistas. Esta ofensiva conservadora recompõe-se questionando a teoria marxista como método de análise da realidade, difundindo que o marxismo não conseguiria responder aos desafios postos a profissão pela atualidade.
- o contexto conjuntural da década de 1990 é o da implantação e êxito ideológico do neoliberalismo no país que defende um Estado mínimo para as questões do social. Sendo este aparato ideológico necessário a reestruturação produtiva iniciada após a crise do capital a partir da década de 1970, conformando alterações no mundo do trabalho em que

prevalecem a precarização e a redução das conquistas trabalhistas e sociais em nome de uma adaptação inexorável aos novos ditames mundiais.

- A adesão dos assistentes sociais aos princípios colocados no SUS não veio acompanhada de sua inserção enquanto categoria no movimento de reforma sanitária e nem nos fóruns de discussão. Neste período ainda era um desafio para a profissão estabelecer uma articulação concreta entre a academia e os serviços na reflexão sobre o fazer profissional no setor saúde.
- Também haverá neste momento uma penetração ideológica e teórica na área da saúde coletiva que irá resgatar a questão do indivíduo e das relações micro desarticuladas da totalidade. Com isso, pode-se perceber um deslocamento de profissionais para a defesa de outras perspectivas na saúde e o aumento da ofensiva contra os princípios da reforma sanitária, bem como, uma crise no CEBES. Consequentemente, isto levará a um enfraquecimento do movimento sanitário, onde suas ideias e a defesa da seguridade social como um todo são colocadas como temas secundários. Para Matos (2003, p. 91), “pode-se afirmar que a hegemonia do marxismo no debate da saúde coletiva perdeu expressivo espaço, o que não aconteceu, pelo menos ainda, no debate do Serviço Social”.

A partir das considerações supracitadas, pode-se depreender que existem muitos desafios postos ao Projeto Profissional Crítico e para se avançar na profissão faz-se necessário recuperar as lacunas da década de 1980, onde, conforme Bravo e Matos (2006, p. 8), “a intervenção é uma prioridade, pois poucas alterações trouxeram os ventos da vertente intenção de ruptura para o cotidiano dos serviços” e isso rebate na atuação do Serviço Social na área da saúde até os dias atuais¹¹⁶.

Como destacou Matos (2003), podemos afirmar que houve um crescimento de concepções conservadoras dentro da profissão que desafiam a direção social hegemônica assumida pela profissão no final da década de 1980 e início da década de 1990. Em consequência, se renovaram as disputas teóricas, práticas, ideológicas e políticas na profissão. Podemos afirmar que esta tendência conservadora perpassa o campo sócio-ocupacional da saúde, sendo este um grande desafio para a categoria, já que a saúde constitui como um dos maiores campos de atuação do assistente social.

Podemos constatar em diversos estudos¹¹⁷ acerca da intervenção profissional dos assistentes

¹¹⁶ A partir da década de 1990 e, mais intensamente, a partir dos anos 2000, viu-se uma crescente produção no Serviço Social no âmbito da saúde, bem como a participação nas discussões da saúde coletiva e a inserção de representantes dos órgãos representativos da categoria e de profissionais em espaços de controle social. No entanto, conforme o CFESS (2010a) ainda existe uma lacuna entre aquilo que vem sendo produzido e discutido pelo meio acadêmico e pelos órgãos representativos da categoria e o cotidiano dos serviços.

¹¹⁷ Isto pode ser visto nas diversas produções acadêmicas, tais como dissertações, teses e livros, que vêm sendo produzidas sobre a intervenção profissional do assistente social que tem como campo de pesquisa os diversos serviços de atenção básica e especializada (secundária e terciária) nos variados municípios do país. Entre essas produções

sociais na saúde a afirmação de que neste campo de atuação os profissionais vêm se afastando do pensamento crítico das vanguardas progressistas (ou nunca se aproximaram dele) alegando que “na prática a teoria é outra”. Vale destacar aqui que, conforme Santos (2006; 2010), esta afirmação evidencia e fortalece três entendimentos equivocados: o primeiro, é que se faz uma associação direta entre essas duas dimensões: teoria de ruptura igual a prática de ruptura. Assim, espera-se que uma teoria direcionada para a ruptura com um referencial teórico conservador oferte, de imediato, uma prática de ruptura com a ordem conservadora. O segundo equívoco é o entendimento de que a prática oferece, de imediato, uma teoria e esta se resumiria a sistematização da prática. Desta maneira, a prática seria mais importante do que a teoria. E, o terceiro equívoco é o de que “a teoria social de Marx não instrumentaliza para a ação” (idem, p.113). Nesta afirmação a teoria social marxiana é “reduzida a algo que se 'encaixa na prática' e a prática social é reduzida à prática profissional que, por sua vez, é reduzida à utilização de instrumentos de intervenção” (idem).

O que não se percebe é que o conhecimento teórico não é estruturado através de “um modelo elaborado pelo pensamento, no qual a realidade deverá se encaixada, mas sim o resultado de um procedimento que procura captar o movimento do real e adequar às formulações intelectivas a ele” (SOUZA FILHO, 2003, p. 117). A teoria é a reconstrução do movimento do real em sua totalidade pelo pensamento, onde são apreendidas as contradições, as tendências, as relações e as determinações. Neste sentido, a teoria serve como referência para uma análise, porém não pode ser confundida com um modelo a ser seguido, nem ser entendida como absoluta. É através da teoria que se apreende as determinações que constituem a prática, sendo aquela condição para a explicação do real e também condição para desvendar as possibilidades de ação no processo social (IAMAMOTO, 2008). Acerca disto, Santos (2006) explica:

A teoria, por ser condição para explicar o real, pode contribuir com a descoberta de possíveis ações humanas. Essa constatação remete, mais uma vez, ao fato de que o âmbito da teoria é o âmbito da possibilidade, ou seja, a teoria possibilita a prática, mas não de forma imediata. Essa não é sua função precípua. Ela pode ter como intenção a transformação social, mas isso não significa que tal passagem dependa, exclusivamente, dela, embora seja uma condição. Sintetizando, a afirmação de que a teoria é um modo de ler e interpretar a realidade implica afirmar que a teoria tem como *locus* de atuação a prática, possibilitando transformações e se alimentando da mesma.

Ainda podemos afirmar que teoria e prática são diferentes e, portanto, não podem ser igualadas de forma imediata. Mas, ao mesmo tempo estabelecem uma relação de unidade. Acerca destas relações, Santos (2006, p. 131-132) pondera:

a reflexão teórica, por si só, não “constrói” um objeto, esse objeto já existe, ela permite ao

sujeito conhecer os elementos que compõem as determinações do objeto, para modificá-lo. Se a teoria é um instrumento de análise do real, esse objeto é anterior à teoria, portanto, pode-se inferir que essa última tem na prática seu fundamento. Dessa forma, na perspectiva do materialismo dialético, na prática a teoria só pode ser a mesma, uma vez que ela é o lugar onde o pensamento se põe. A teoria quer, justamente, conhecer a realidade, extrair as legalidades, as racionalidades, as conexões internas postas nos produtos da ação prática dos homens, assim, não há como na prática a teoria ser outra. Essa posição só é verdadeira se se considerar por teoria algo pronto, acabado, que se adequa a uma prática. Aqui a teoria é constante movimento, movimento que acompanha a prática e pode contribuir com ela.

Conforme Santos (2006), no caso do Serviço Social, enquanto uma prática profissional, a teoria permite que o assistente social apreenda o seu objeto de intervenção, o movimento dele, sua direção e suas contradições. Neste sentido, o “Serviço Social, ao necessitar conhecer seus objetos de ação e compreender as demandas por seus serviços, encontra, na Teoria Social de Marx os pressupostos e o método para conhecer a realidade que está posta pela prática social, buscando sua essência” (idem, p. 132).

Desta maneira, se as explicações acima forem consideradas pelos assistentes sociais as premissas que afirmam a disjunção entre teoria e prática são refutadas. No entanto, observa-se que desde a década de 1990 se expressa claramente um embate ao Projeto Profissional Crítico que passa pelo discurso da separação entre a teoria e a intervenção profissional e este discurso abre espaço para que outras perspectivas conservadoras se fortaleçam e/ou coloca o assistente social em busca de outros conhecimentos de outras áreas para se afirmar dentro dos processos de trabalhos em que se encontram, sendo isto muito frequente nos serviços de saúde.

Assim, a expectativa equivocada da categoria dos assistentes sociais no campo sócio-ocupacional da saúde em relação à função da teoria e da prática, conforme o CFESS (2010a, p.27), vem se revelando “na suposta necessidade da construção de um saber específico na área, que caminha tanto para a negação da formação original em Serviço Social ou deslança para um trato exclusivo de estudos na perspectiva da divisão clássica da prática médica”.

Considerando o exposto, vale apontar que o CFESS divulgou em 2010 um documento denominado de “Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde” com o objetivo de referenciar a intervenção dos profissionais alocados nesta política. Este documento faz uma importante crítica e análise acerca da atuação dos assistentes sociais na saúde, revelando os vários desafios e possibilidades destes profissionais neste campo, que vem absorvendo uma parte significativa de assistentes sociais.

Neste documento são apontadas três características fortes que vêm aparecendo no perfil destes profissionais que vão rebater na consolidação do Projeto Profissional Crítico: primeiro, a busca por uma formação em saúde pública, passando a se autoapresentar como sanitaristas, se afastando da identidade profissional; segunda, uma forte tendência em resgatar intervenções no

âmbito das tensões subjetivas, configurando uma intervenção de cunho terapêutico, denominada de Serviço Social Clínico ou Práticas Terapêuticas¹¹⁸; e, terceira, um discurso que defende a criação de entidades e a realização de eventos dedicados as áreas especializadas da prática médica, fragmentando o Serviço Social em áreas específicas interligadas aos tipos de doença (Id. *ibid.*).

O que está em questão não é a mera assimilação de outros conhecimentos que entrecruzam a intervenção profissional, mas a falta de identificação profissional que daí decorre. Os assistentes sociais passam a exercer outras atividades, absorvendo o conjunto de demandas que lhe são dirigidas a fim de buscar reconhecimento diante da equipe de trabalho. Passam a assumir ações que não lhe compete o que obscurece a função social da profissão ao distanciar das finalidades da categoria profissional. Conforme esclarece o CFESS (2010a, p. 29) a questão é:

a tentativa de obscurecer a função social da profissão na divisão social e técnica do trabalho, pois o problema não está no uso de referências que abordam o campo psi ou sobre doenças, mas sim quando este profissional, no cotidiano de seu trabalho profissional, se distancia do objetivo da profissão, que na área da saúde passa pela compreensão dos determinantes sociais, econômicos e culturais que interferem no processo saúde-doença e na busca de estratégias político-institucionais para o enfrentamento dessas questões.

Como também nos revela o importante estudo de Vasconcelos (2007), neste campo de intervenção os assistentes sociais vêm apresentando dificuldades para entender a própria profissão o que se desdobra em uma imprecisão nas intervenções profissionais, revelando ações de cunho voluntarista e empiricista que contribuem para a fragilização e indefinições do exercício profissional e, conseqüente, desqualificação da profissão na área da saúde.

No que concerne ao Serviço Social Clínico ou Práticas Terapêuticas, faz-se importante destacar que os assistentes sociais que vêm defendendo e realizando estas práticas são influenciados pelo pensamento pós-moderno que retoma ideias conservadoras e acabam por fortalecer os interesses do capital. Estas práticas são orientadas por uma concepção teórico-metodológica voltadas aos segmentos da psicanálise, contrapondo-se, assim, ao Projeto Profissional Crítico do Serviço Social, o qual diferentes destas práticas, tem respaldo no método crítico-dialético.

Assim, o Serviço Social Clínico ou as Práticas Terapêuticas consistem na utilização de correntes da psicologia nas orientações juntos aos usuários dos serviços, em que se reportam para as subjetividades no trato das necessidades sociais destes. Ou seja, este tipo de prática se volta para análises individualizantes, fragmentadas e desconectadas da perspectiva de totalidade.

¹¹⁸ Acerca do Serviço Social Clínico ou terapêutico, o CFESS (2010a, p. 27) afirma que “essa proposição é decorrente de um movimento composto de um grupo de assistente sociais com formação especializada em diversas abordagens clínicas: holística, bioenergética, psicodrama, terapia familiar sistêmica, transpessoal. É um grupo heterogêneo que reivindica das entidades da categoria e unidades de ensino o reconhecimento do caráter clínico ou terapêutico do exercício profissional”.

Ao realizar este tipo de intervenção, o assistente social se volta para a reafirmação de uma “pedagogia da ajuda”, retomando aqui as concepções de Abreu (2008), donde reatualiza a função pedagógica tradicional do assistente social. Sua intervenção se redimensiona para intervir em conflitos no âmbito familiar ou individual através de uma perspectiva que visa reordenar os “problemas” enfrentados pelos indivíduos. Desta maneira, as expressões da questão social são consideradas como problemas individuais que devem ser tratadas clinicamente a fim de se resolver os conflitos familiares ou individuais. Em outros termos, o assistente social se torna um terapeuta que indica as formas mais adequadas para que os indivíduos atendidos recuperem ou alcancem o “equilíbrio” familiar.

Considerando o exposto, pode-se afirmar que o Serviço Social Clínico ou as Práticas Terapêuticas vão contra aos princípios e valores do Projeto Profissional Crítico, e, conseqüentemente, das legislações profissionais, conforme esclarece o CFESS (2010b, p. 5):

Em nosso entendimento, não procedem os argumentos que defendem práticas terapêuticas como 'técnica e instrumentos' que sempre fizeram parte da história da profissão e, por isso, devem ser reconhecidas como competências profissionais. É certo que ações de teor psicologizante marcaram os primórdios da profissão. Mas é certo, igualmente, que nos afastamos substancialmente dessa vertente, e que a realização de terapias não integram nem a fundamentação teórica contemporânea da profissão e nem suas diretivas legais.

Insta salientar que desde 1996, intensificando a partir de 2002, o conjunto CFESS/CRESS vinha aprofundando e realizando debates acerca das competências profissionais, incluindo reflexões sobre a realização das chamadas Práticas Terapêuticas pelos assistentes sociais. Assim, através de vários encontros e da publicação de alguns textos foi sendo construída coletiva e democraticamente uma posição política com fundamentos teóricos e jurídicos sobre as práticas terapêuticas no âmbito do Serviço Social.

A partir deste longo processo intenso e democrático de debates foi publicada a Resolução 569/2010 que veda “a realização de terapias associadas ao título e/ou ao exercício profissional do assistente social” (CFESS, 2010b). Apesar da importância deste debate e da aprovação desta resolução que veda a terapia aos profissionais assistentes sociais, é possível observar que esta corrente “clínica” ainda vem defendendo os seus posicionamentos dentro de espaços profissionais e acadêmicos, reatualizando o conservadorismo na profissão.

Posto isto, podemos afirmar, mais uma vez, a necessidade urgente da apropriação de uma perspectiva teórico-metodológica e ético-política de norte marxista pelos profissionais assistentes sociais a fim de que sejam elaboradas intervenções com a intenção de atender aos compromissos apontados pela categoria no Projeto Profissional Crítico, dando continuidade ao processo de

rompimento com o conservadorismo. Conforme sintetiza Vasconcelos:

O que está em jogo para os assistentes sociais que objetivam uma ação profissional que rompa com o conservadorismo preponderante no domínio da ação profissional – numa direção que, “pondo como valor central a liberdade, fundada numa ontologia do ser social assentada no trabalho, toma como princípios fundamentais a democracia e o pluralismo e, posicionando-se em favor da equidade e da justiça social, opta por um projeto profissional vinculado ao projeto profissional vinculado ao processo de construção de uma nova ordem societária, sem dominação-exploração de classe, etnia e gênero” (Netto, 1996:117) – é a apropriação de uma perspectiva teórico-metodológica e ético-política que, colocando referências concretas para a ação profissional como expressão da totalidade social, gerando condições para um exercício profissional consciente, crítico e politizante, que só pode ser compreendido na relação de unidade entre teoria e prática (VASCONCELOS, 2007, p. 27-28, grifos da autora).

Desta maneira, reforço que se pretendemos dar rumos diferentes das ações conservadoras será necessário elaborarmos intervenções, dentro do quadro de possibilidades da inserção profissional, que estejam comprometidas com o Projeto Profissional Crítico, buscando suplantar a lacuna existente entre o exercício profissional e o debate teórico hegemônico da categoria. Assim, para ir além de leituras reducionistas da realidade social, tais como aquelas que se refugiam em ideias pós-modernistas e psicológicas, faz-se necessário aos assistentes sociais o comprometimento ético-político articulado aos fundamentos teórico-metodológicos do projeto crítico. Em suma, somente assim será possível desvelar a realidade social em sua totalidade, possibilitando trazer à tona as contradições e os movimentos inerentes a ela, donde os sujeitos sociais tem suas condições objetivas e subjetivas consideradas e articuladas a sua inserção de classe.

Podemos afirmar que uma atuação profissional do assistente social na saúde que busque o reforço a autonomia, a emancipação e a plena expansão dos sujeitos sociais requer necessariamente estar fundamentada nos valores e princípios do Projeto Profissional Crítico e articulado organicamente aos princípios e valores da Reforma Sanitária. Assim, os profissionais que atuam na área da saúde têm como premissa conhecer os fundamentos destes dois projetos, refletindo acerca das articulações possíveis entre eles a fim de criar ações que reforcem a garantia e a ampliação de direitos, bem como, os valores e compromissos com a democracia, a equidade e a justiça social. Acerca disto, Bravo e Matos (2006, p. 17) afirmam que:

O trabalho do assistente social na saúde deve ter como eixo central a busca criativa e incessante da incorporação dos conhecimentos e das novas requisições à profissão, articulados aos princípios dos projetos da reforma sanitária e ético-político do Serviço Social. É sempre na referência a estes dois projetos que se poderá ter a compreensão se o profissional está de fato dando respostas qualificadas as necessidades apresentadas pelos usuários.

Conforme destaquei anteriormente neste capítulo, o espaço dos assistentes sociais na saúde

ganhou maior visibilidade após o debate acerca da concepção ampliada de saúde, visto que os determinantes sociais são incluídos no processo saúde-doença, voltando-se para uma visão que privilegia a integralidade nas ações, intervenções e serviços. Para tanto, esta nova concepção de saúde, norteadada pelo princípio citado, passou a privilegiar atendimentos pautados na interdisciplinaridade e na intersetorialidade. Desta maneira, como já apontado, o assistente social se insere nas equipes interdisciplinares de saúde ocupando um espaço em que a finalidade de sua inserção¹¹⁹ se refere ao atendimento integral das demandas dos usuários, sendo incluído pelo Conselho Nacional de Saúde na listagem de profissionais de saúde através da Resolução n. 218/1997. Acerca do reconhecimento da inserção do assistente social na saúde, Costa (2006, p. 7) assinala:

Note-se que nos serviços de saúde, a inserção dos assistentes sociais no conjunto dos processos de trabalho destinados a produzir serviços para a população é mediatizada pelo reconhecimento social da profissão e por um conjunto de necessidades que se definem e redefinem a partir das condições históricas sob as quais a saúde pública se desenvolveu no Brasil.

Retomado estes aspectos, podemos observar que nos cotidianos das instituições de saúde existe um conjunto de demandas que revelam a necessidade da profissão na dinâmica dos processos coletivos de trabalho. Desta maneira, os assistentes sociais intervêm sobre duas formas de demandas: àquelas exigidas pelos empregadores, sujeita às regras mais gerais que qualificam o trabalho assalariado na sociedade capitalista; e, àquelas que se referem demandas dos profissionais, em que o assistente social, em função da relação direta que estabelece com o usuário, necessita imprimir uma orientação ao seu trabalho que vai requerer capacidade e relativa autonomia para direcionar a sua intervenção e alcançar os resultados esperados.

No âmbito das requisições colocadas aos profissionais pelos empregadores podemos distinguir uma diversidade de demandas que vão expressar a tensão existente entre as ações tradicionais de saúde e as novas proposições da Reforma Sanitária que vão interferir inclusive nas demandas postas ao Serviço Social. Dentro deste contexto, conforme Costa (2006), estas requisições podem ser agrupadas da seguinte forma:

1) as derivadas do histórico déficit de oferta dos serviços, para atender às necessidades de saúde da população, bem como da ênfase na medicina curativa; 2) as que dizem respeito às inovações gerenciais, tecnológicas e técnico-políticas implementadas no sistema; 3) as que

¹¹⁹ É claro que esta inserção é perpassada por duas condições objetivas: primeira, diz respeito a incorporação de outras profissões no campo da saúde de forma subsidiária e/ou subordinada à direcionalidade técnica do trabalho médico; a segunda, se refere ao entendimento de que a inserção do assistente social nos espaços sócio-ocupacionais, inclusive na saúde, está submetida a um conjunto de determinantes que são inerentes a divisão sócio-técnica do trabalho na sociedade capitalista, tais como, “o trabalho assalariado, o controle da força de trabalho e a subordinação do conteúdo do trabalho aos objetivos e necessidades das entidades empregadoras” (COSTA, 2006, p. 3).

respondem pelas necessidades que derivam da adaptação dos usuários e profissionais à atual estrutura tecno-organizativa do SUS (idem, p. 9).

É dentro deste contexto repleto de ambiguidades, onde as competências ocupacionais, frutos das novas necessidades técnicas e operacionais vão se redefinindo, que as demandas do Serviço Social se constituirão. Deste modo, os assistentes sociais irão criar ações que incidem sobre as contradições do sistema de saúde pública brasileiro, podendo contribuir para o processo de consolidação dos princípios do SUS ou realizando uma prática repetitiva e burocrática, focada no atendimento de demandas emergenciais e no cumprimento das demandas institucionais.

Em outras palavras, é no cotidiano das intervenções, nas mediações das relações de poder, que o Projeto Profissional Crítico vai se consolidando e, no âmbito da saúde, este projeto se articula com o projeto de Reforma Sanitária, ou seja, estes projetos têm uma relação intrínseca para os assistentes sociais que trabalham no campo sócio-ocupacional da saúde. Podemos afirmar que o Projeto Profissional Crítico do Serviço Social ao direcionar as intervenções profissionais no âmbito da saúde, estas, muitas vezes, aparecem também orientadas pelos princípios do projeto de Reforma Sanitária. Desta forma, os assistentes sociais têm um compromisso com o projeto de Reforma Sanitária na assunção de várias ações em defesa de um sistema de saúde democrático, universal, equânime e os demais princípios.

Assim, atuar na defesa do projeto Projeto Profissional Crítico significa atuar também na defesa da consolidação do Projeto de Reforma Sanitária, em detrimento do projeto privatista, pois aqueles dois projetos apontam na direção da democracia, da defesa do direito, da qualidade dos serviços prestados, do controle social e da qualidade de vida, sendo, *neste sentido*¹²⁰, a defesa de um mesmo projeto– um projeto em prol da ampliação e garantia dos direitos de cidadania.

Considerando o exposto até aqui, podemos afirmar que cabem aos assistentes sociais, orientados pelo Projeto Profissional Crítico, criar ações que se voltem para o reforço ao aprofundamento do Sistema Único de Saúde e a efetivação do direito à saúde¹²¹, articulando-se necessariamente aos outros segmentos que compartilham desta defesa.

¹²⁰ A defesa da ampliação e garantia do direito à saúde, no seu sentido ampliado, é um princípio destes dois projetos. No entanto, vale ressaltar aqui que o Projeto Profissional dos assistentes sociais possui uma especificidade disciplinar que não deve ficar restrita a defesa do Projeto de Reforma Sanitária.

¹²¹ Entendo este direito para além do acesso aos serviços, ou seja, entendo aqui o direito à saúde conforme a concepção que foi exposta na VIII Conferência de Saúde em 1986 por Paim (1986). Esta concepção se aproxima daquela apresentada por Miotto e Nogueira (2009) que inclui os três pilares a saber: necessidades sociais em saúde; direito à saúde e produção da saúde. As necessidades sociais em saúde são historicamente construídas e determinadas pelo movimento societário. O direito à saúde, mediado pelas políticas públicas, as quais refletem um patamar determinado da relação Estado e Sociedade, é operacionalizado através dos sistemas e serviços de saúde, envolvendo a gestão, o planejamento e a avaliação, além do controle social. A produção de saúde é entendida como um processo que se articula a partir das transformações econômicas, sociais e políticas, das ações de vigilância à saúde e das práticas de assistência à saúde.

Conforme Mioto e Nogueira (2009), faz-se necessário destacar que as competências e ações profissionais no âmbito da saúde se referem à universalidade, a integralidade e a equidade, mas não podem ficar circunscritas às demandas colocadas pela política governamental nos termos de suas prescrições e normas. Esta afirmação é muito importante para entendermos que a intervenção profissional na saúde se dará pela interlocução entre os projetos profissional e o projeto da Reforma Sanitária, mas não pela orientação restrita as normas e legislações produzidas pelo Ministério da Saúde. Considerando isto, podemos afirmar que a inserção do assistente social no campo sócio-ocupacional da saúde não deve torná-lo um sanitarista, mas deve levá-lo a apreender a determinação social da saúde vinculada a um campo de conhecimento que é o da ciências sociais em saúde. Assim, a intervenção do assistente social deve articular a realidade social e a produção de saúde. Ao entender esta vinculação as bases das ações profissionais são fortalecidas sem que se perca a sua especificidade disciplinar (*idem*).

Como vimos anteriormente, o SUS possui treze princípios que lhe dá o seu direcionamento, sendo importante para a reorganização dos serviços de saúde, assim como pelas concepções ideológicas que o atravessam. Destes princípios destaco aqueles que mais se articulam a intervenção profissional do assistente social, refletindo os posicionamentos possíveis destes profissionais diante do descumprimento de tais princípios por meio de violações ou mesmo da não efetivação, considerando as orientações dos documentos legais da profissão e do Projeto Profissional como um todo.

O princípio da universalidade garantiu juridicamente o acesso universal e igualitário aos serviços e ações de saúde a toda a população brasileira, ao mesmo tempo que incluiu a concepção de saúde de forma ampliada, articulando os setores social e econômico ao direito à saúde, como vimos neste estudo. No entanto, no que diz respeito ao acesso aos serviços de saúde podemos observar que este é dificultado por diversos fatores, entre eles, a precarização dos serviços de saúde devido à falta de investimento do Estado na Política de Saúde, como também já discutido aqui. Isto reflete uma situação de direito violado e cabe aos assistentes sociais, orientados pelo Projeto Profissional Crítico, se envolverem na luta pela garantia do acesso, pela ampliação dos serviços e dos recursos para um SUS público, gratuito e de qualidade. Ainda que não se refira, exclusivamente, à política de saúde, podemos encontrar no Código de Ética (CFESS, 1993a) princípios afirmados pela categoria que fundamentam este envolvimento, mais especificamente nos que seguem:

- Ampliação e consolidação da cidadania, considerada tarefa primordial de toda sociedade, com vistas à garantia dos direitos civis, sociais e políticos das classes trabalhadoras;

- 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;

Considerando estes compromissos dos assistentes sociais e a luta pela consecução da universalidade da saúde, faz-se necessário aos assistentes sociais criar ações e intervenções, juntamente com outros trabalhadores e movimentos sociais, que possam viabilizar a materialização destes princípios. Desta maneira, eles deixam de ser meros princípios para se efetivarem na realidade, sem desconsiderar, é claro, os determinantes de sua inserção profissional e macrossociais.

O assistente social pode se utilizar de vários instrumentos que tensionem o Estado na luta pela consolidação deste direito, como por exemplo: de forma pontual e individual, os assistentes sociais podem orientar os usuários para mandados judiciais que possibilitam a garantia de acesso aos serviços e medicações; de forma mais coletiva, podem atuar nos Conselhos de Saúde enquanto conselheiros ou realizando assessorias a estes, e, principalmente, na assessoria a movimentos sociais, instrumentalizando os sujeitos sociais na luta pela efetivação de uma política que atenda ao direito à saúde. Acerca disto o CFESS (2010, p. 43) aponta:

As ações a serem desenvolvidas pelos assistentes sociais devem transpor o caráter emergencial e burocrático, bem como ter uma direção socioeducativa por meio da reflexão com relação às condições sócio-históricas a que são submetidos os usuários e mobilização para a participação nas lutas em defesa da garantia do direito à Saúde.

Desta forma, neste contexto de desresponsabilização do Estado, faz-se urgente ao assistente social e outros profissionais, conforme Duriguetto (2012, p. 309, *grifos da autora*), “dotar os diferentes e diversos espaços institucionais conquistados (...) e os *não-institucionais* de intervenções e manifestações críticas e denunciativas desta realidade perversa e destituidora de direitos”. Acerca disto, o CFESS (2010, p. 57) aponta:

As atividades realizadas [pelos assistentes sociais] têm por objetivo contribuir na organização da população e dos usuários enquanto sujeitos políticos, que possam inscrever suas reivindicações na agenda pública da saúde.

Considerando o exposto, podemos afirmar que a participação social através dos Conselhos e Conferências, colocada como o oitavo princípio e diretriz do SUS, é um espaço que deve ser ocupado pelos assistentes sociais, enquanto um compromisso ético-político destes profissionais. O enfrentamento ao desmonte dos direitos, inclusive ao da saúde, deve se dar na articulação com outros espaços, indo para além do âmbito de inserção institucional, tendo o assistente social uma importante contribuição nestes espaços devido aos seus conhecimentos teórico-operativos,

conforme analisa Duriguetto (2012, p. 324):

Seja qual for a sua forma de atuação nos espaços conselhistas, o assistente social pode neles exercer e realizar a agenda e os princípios postos no *projeto ético-político* da profissão: pelo desenvolvimento de ações que contribuam para torná-los espaços propositivos e reivindicatórios; pela socialização de informações que subsidiem a formulação/gestão de políticas e o acesso aos direitos; pelo reforço de formas democráticas na gestão das políticas e programas através da ampliação dos canais de participação popular; pela capacitação política e técnica dos conselheiros, instrumentalizando-os com dados, condições de vida da população usuária da política alvo de intervenção, com análises e avaliações acerca da política em que atuam e dos programas e projetos desenvolvidos; conhecimento, socialização e operacionalização da legislação e da dinâmica orçamentária e dos trâmites burocráticos da administração pública etc.

Aliado a isso, como reforcei nos parágrafos acima, este trabalho com os Conselhos pode e deve desdobrar-se na articulação externa com as organizações populares, criando alianças na luta geral dos trabalhadores e dos interesses dos sujeitos sociais. Sendo este apoio, inclusive, afirmado pela categoria profissional no Código de Ética (1993a, p. 3), explícito no compromisso com a: “articulação com os movimentos de outras categorias profissionais que partilhem dos princípios deste Código e com a luta geral dos trabalhadores”.

Vale destacar que no âmbito das articulações externas a intervenção profissional tem a possibilidade de ir além da política que se opera e das determinações institucionais em que os assistentes sociais se inserem. Isto significa que além de fortalecer o SUS, o assistente social deve abrir caminhos para fortalecer o Projeto Profissional Crítico nas suas demais dimensões, fortalecendo os movimentos e as lutas sociais enquanto suas formas de resistência, conforme assinala Iamamoto (2006 apud DURIGUETTO, 2012):

Interferimos nas relações sociais cotidianas no atendimento às mais variadas expressões da questão social vividas pelos indivíduos sociais no trabalho, na família, na luta pela moradia, na saúde etc. Mas a questão social é desigualdade, mas também é rebeldia, pois os indivíduos sociais a elas também resistem e expressam seu inconformismo. Para nós, decifrar então as mediações através das quais se expressa a questão social tem importância por dois motivos: para apreender as expressões que as desigualdade sociais assumem na vida dos sujeitos e apreender e fortalecer suas formas de resistência já existentes ou ainda ocultas. Ou seja, suas formas de organização e as potencialidades de mobilização e luta.

Acerca desta dimensão política do Serviço Social, Silva e Silva (2011, p. 306) explica:

O desvelamento da dimensão política do Serviço Social permite-nos compreendê-lo no contexto das relações sociais. Todavia, essa compreensão não nega as determinações da emergência e a justificativa social da profissão, a partir da sua inserção na divisão sociotécnica do trabalho, enquanto profissão da assistência, nem nos transforma, também, em decorrência do exercício profissional, em militantes políticos-partidários. Por outro lado, desvenda e realça nossa função educativa que pode e deve se dar associada à prestação de serviços concretos. E, aqui, sim, a nova prática requer mecanismos coletivos

de apoio. A organização profissional em articulação com outras organizações – populares, sindicais e de outros profissionais – é buscada como mecanismo de suporte a uma prática profissional que se propõe a substituir a estratégia de socialização pela estratégia de organização.

Vale ilustrar algumas ações possíveis no âmbito da participação e da mobilização social levantadas pelo CFESS (2010, p. 59-60) que são de competência dos assistentes sociais, a saber:

- estimular a participação dos usuários e familiares para a luta por melhores condições de vida, de trabalho e de acesso aos serviços de saúde;
- mobilizar e capacitar usuários, familiares, trabalhadores de saúde e movimentos sociais para a construção e participação em fóruns, conselhos e conferências de saúde e de outras políticas públicas;
- contribuir para viabilizar a participação de usuários e familiares no processo de elaboração, planejamento e avaliação nas unidades de saúde e na política local, regional, municipal, estadual e nacional de saúde;
- articular permanentemente com as entidades das diversas categorias profissionais a fim de fortalecer a participação social dos trabalhadores de saúde nas unidades e demais espaços coletivos;
- participar da ouvidoria da unidade com a preocupação de democratizar as questões evidenciadas pelos usuários por meio de reuniões com o conselho diretor da unidade bem como com os conselhos de saúde (da unidade, se houver, e locais ou distritais), a fim de coletivizar as questões e contribuir no planejamento da instituição de forma coletiva;
- participar dos conselhos de saúde (locais, distritais, municipais, estaduais e nacional), contribuindo para a democratização da saúde enquanto política pública e para o acesso universal aos serviços de saúde;
- contribuir para a discussão democrática e a viabilização das decisões aprovadas nos espaços de controle social e outros espaços institucionais;
- estimular a educação permanente dos conselheiros de saúde, visando ao fortalecimento do controle social, por meio de cursos e debates sobre temáticas de interesse dos mesmos, na perspectiva crítica;
- estimular a criação e/ou fortalecer os espaços coletivos de participação dos usuários nas instituições de saúde por meio da instituição de conselhos gestores de unidades e outras modalidades de aprofundamento do controle democrático; incentivar a participação dos usuários e movimentos sociais no processo de elaboração, fiscalização e avaliação do orçamento da saúde nos níveis nacional, estadual e municipal;
- participar na organização, coordenação e realização de pré- conferências e/ou conferências de saúde (local, distrital, municipal, estadual e nacional);
- democratizar junto aos usuários e demais trabalhadores da saúde os locais, datas e horários das reuniões dos conselhos de políticas e direitos, por local de moradia dos usuários, bem como das conferências de saúde, das demais áreas de políticas sociais e conferências de direitos;
- socializar as informações com relação a eleição dos diversos segmentos nos conselhos de políticas e direitos;
- estimular o protagonismo dos usuários e trabalhadores de saúde nos diversos movimentos sociais;
- identificar e articular as instâncias de controle social e movimentos sociais no entorno dos serviços de saúde.

Isto posto, retomo aqui a análise acerca de outro princípio do movimento sanitário que pode ser articulado ao projeto profissional do assistente social - a integralidade. Como já exposto aqui, o princípio da integralidade carrega diversos sentidos que diz respeito à organização dos serviços de

saúde e às práticas profissionais no intuito de superar o paradigma curativista e criar um sistema que se pautar pelo conceito ampliado de saúde, revelando a importância de um trabalho interdisciplinar e intersetorial.

No que concerne ao assistente social podemos destacar que cabe a este profissional contribuir com as ações de promoção à saúde e prevenção, participando de projetos interdisciplinares a fim de quebrar com o modelo centrado no tratamento exclusivamente, colaborando para a reversão do modelo. Nesta inserção o assistente social se debruçará sobre os determinantes sociais que interferem na vida dos sujeitos, favorecendo que as necessidades dos sujeitos sejam atendidas de forma mais integral, em que se inclui a questão dos direitos, da promoção da cidadania e do processo de reflexão crítica.

No entanto, a atuação interdisciplinar, enquanto parte da integralidade, apresenta muitos desafios aos profissionais, já que o trabalho em equipe muitas vezes é realizado de forma fragmentada. Ou seja, o atendimento do usuário está sendo realizado por uma equipe multiprofissional, mas não é interdisciplinar, pois não tem uma articulação entre as várias ações e intervenções estabelecidas naquele atendimento, reduzindo a integralidade ao mero acesso as variadas disciplinas.

Por outro lado, existem profissionais que vêm criando projetos de Educação em Saúde ou estes são demandados pela direção do próprio serviço de saúde que se volta para o trabalho interdisciplinar. Estes projetos têm como objetivo a veiculação de informações aos usuários acerca de campanhas de saúde e informações sobre serviços e doenças, tendo um caráter de prevenção e promoção à saúde. Geralmente, estes projetos se dão por meio de reuniões ou salas de espera com os usuários e contam com a participação de várias profissionais. Apesar deste tipo de projeto ser um grande avanço para o reforço aos princípios do SUS, estabelecendo uma articulação entre vários profissionais, é possível observar que ele traz alguns desafios para a profissão, principalmente, ao que se refere ao objetivo do assistente social nestas atividades, bem como à sua identidade profissional.

Em relação aos objetivos colocados nestas atividades interdisciplinares de caráter educativo, em conformidade com o CFESS (2010), podemos situar que estas não devem pautar-se no mero repasse de informações e ou esclarecimentos que levem a simples adesão da população usuária aos tratamentos, serviços e cuidados, pois isto reforça a perspectiva de subalternização e controle dos mesmos. As intervenções dos assistentes sociais nestas atividades educativas devem romper com o caráter conservador dos projetos profissionais anteriores, ultrapassando as formas de pedagogia da ajuda e da participação, conforme Abreu (2008), e construindo uma pedagogia emancipatória. Isto significa que as ações pedagógicas destas atividades interdisciplinares devem ter como

“intencionalidade a dimensão da libertação na construção de uma nova cultura e enfatizar a participação dos usuários no conhecimento crítico da sua realidade e potencializar os sujeitos para a construção de estratégias coletivas” (CFESS, 2010).

Neste sentido, o assistente social deve intervir no sentido de uma reflexão crítica que possibilite aos sujeitos atendidos a análise e o desvelamento das situações vivenciadas por eles, de forma que consigam captar, na medida do possível, o movimento da realidade social e, a partir disso, participar, conscientemente, do processo de transformação dessa realidade enquanto ser histórico. Este processo pode ser realizado individualmente, mas nas relações desenvolvidas em grupo há a possibilidade da troca de experiência entre os usuários, onde se revela a manifestação da força que a organização possui e ainda fica mais explícita a condição de classe dos sujeitos envolvidos (VASCONCELOS, 1993).

Reafirmo aqui que as informações a serem trabalhadas pelos assistentes sociais nestes projetos não podem ser as mesmas trabalhadas pelos outros profissionais (médicos, enfermeiros, psicólogos, etc). Esta questão deve ficar clara neste estudo porque muitos assistentes sociais possuem uma indefinição nas suas atribuições neste tipo de trabalho, relegando a sua identidade profissional ao trabalhar com qualquer tipo de informação, inclusive no âmbito do biológico, orientando quanto à prevenção de doenças, hábitos saudáveis e mudanças de comportamentos. Aqui entro na questão da identidade profissional. O trabalho interdisciplinar deve ser valorizado desde que a identidade profissional do assistente social seja mantida, conforme o CFESS (2010) assinala:

O assistente social, ao participar de trabalho em equipe na saúde, dispõe de ângulos particulares de observação na interpretação das condições de saúde do usuário e uma competência também distinta para o encaminhamento das ações, que o diferencia do médico, do enfermeiro, do nutricionista e dos demais trabalhadores que atuam na saúde. A partir do exposto, identifica-se que cada um desses profissionais, em decorrência de sua formação, tem competências e habilidades distintas para desempenhar suas ações. Concorda-se com Iamamoto (2002) que o trabalho coletivo não dilui as competências e atribuições de cada profissional, mas, ao contrário, exige maior clareza no trato das mesmas. A atuação em equipe, portanto, vai requerer do assistente social a observância dos seus princípios ético-políticos, explicitados nos diversos documentos legais (Código de Ética Profissional e Lei de Regulamentação da Profissão, ambos datados de 1993, e Diretrizes Curriculares da ABEPSS, datada de 1996).

Ainda se tratando da indefinição dos assistentes sociais no trabalho interdisciplinar, podemos observar que muitos profissionais de outras áreas vêm requisitando aos assistentes sociais ações que não são atribuições dos mesmos. Estes, muitas vezes, cumprem essas atribuições sem nenhuma reflexão ou diálogo com os outros profissionais, visto que estão preocupados em garantir os direitos dos usuários ou mesmo por desconhecimento das suas atribuições e competências ou, até mesmo, para não se indispor com a equipe. O documento do CFESS (2010) exemplifica algumas

dessas requisições, a saber: marcação de consultas e exames; solicitação e regulação de remoção e alta; identificação de vagas em outras unidades para transferências; pesagem e medição de crianças e gestantes; convocação do responsável para informar alta e óbito; comunicação de óbito; emissão de declaração de comparecimento de atendimentos realizados por outros profissionais; montagem de processo e preenchimento de formulários para viabilização de Tratamento Fora de Domicílio (TFD), medicação de alto custo e fornecimento de equipamentos, bem como a dispensação destes.

Assim, o assistente social passam a realizar ações de caráter eminentemente técnico-administrativo e/ou ações que demanda uma formação técnica específica que não corresponde à formação profissional do assistente social. Acerca disto, o CFESS (2010) pondera:

O assistente social tem tido, muitas vezes, dificuldades de compreensão por parte da equipe de saúde das suas atribuições e competências face à dinâmica de trabalho imposta nas unidades de saúde determinadas pelas pressões com relação à demanda e à fragmentação do trabalho ainda existente. Entretanto, essas dificuldades devem impulsionar a realização de reuniões e debates entre os diversos profissionais para o esclarecimento de suas ações e estabelecimento de rotinas e planos de trabalho.

Diante das situações apresentadas, conforme o CFESS (2010), cabe ao assistente social esclarecer as suas atribuições e competências para os demais profissionais da equipe; elaborar junto com a equipe propostas de trabalho que delimitem as ações dos diversos profissionais; construir com a equipe propostas de treinamento e capacitação do pessoal técnico-administrativo no que concerne ao atendimento dos usuários, tais como, marcação de consultas e exames, convocação da família para comunicação de óbito e alta; incentivar e participar com a equipe de saúde da discussão do modelo assistencial e da elaboração de normas, rotinas e da oferta de atendimentos da unidade, tendo por base o interesse e demanda dos usuários; realizar *em conjunto* com a equipe de saúde a comunicação de óbito, cabendo ao assistente social esclarecer os benefícios e direitos referentes a situação; participar junto a equipe de trabalhos de cunho educativo nos diversos programas e clínicas; planejar, executar e avaliar com a equipe ações que assegurem a saúde como um direito; entre outras ações.

No que concerne a intersetorialidade, o assistente social ocupa um lugar importante no processo de relações com outros serviços e setores, sendo, geralmente, o profissional que mais estabelece relações intersetoriais com outras políticas sociais. Isto se dá porque o assistente social possui um conhecimento teórico-operativo que o leva a estabelecer uma relação com a rede social no intuito de atender as necessidades dos usuários, procedendo, geralmente, muitos encaminhamentos e orientações que promovem o acesso a outros serviços, bem como o acesso a medicações, a equipamentos e benefícios. Assim, podemos depreender que o assistente social no cumprimento ao “posicionamento em favor da equidade e justiça social, que assegure

universalidade de acesso aos bens e serviços relativos aos programas e políticas sociais” e pelo “compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população” (CFESS, 1993) acaba por efetivar intervenções que vão ao encontro do princípio da integralidade.

O terceiro princípio do SUS se refere à preservação da autonomia das pessoas, na defesa da integridade física e moral dos sujeitos. Ao analisar o sistema de saúde de forma geral, podemos observar que muitas vezes os usuários do SUS são desrespeitados nas suas escolhas, seus sentimentos, bem como no seu modo de pensar nas suas relações que estabelecem com os profissionais dos serviços de saúde, conforme dito anteriormente. Assim, é comum ouvirmos denúncias e queixas dos usuários que frequentam o sistema público de saúde. Inclusive, muitas destas denúncias chegam primeiro ao assistente social, já que este profissional, geralmente, se mostra mais acessível e disponível para estas questões. Considerando as situações existentes de descumprimento deste princípio, faz-se necessário que o assistente social se posicione na defesa ao respeito à autonomia e individualidades dos sujeitos atendidos diante da equipe dos serviços no qual trabalha. Este posicionamento está explícito no Código de Ética quando afirma o compromisso da categoria com a “defesa intransigente dos direitos humanos e recusa do arbítrio e do autoritarismo” (CFESS, 1993, p. 3) e nos seguintes artigos deste Código:

Art. 5) São deveres do assistente social (...) b) garantir a plena informação e discussão sobre as possibilidades e consequências das situações apresentadas, respeitando democraticamente as decisões dos usuários, mesmo que sejam contrárias aos valores e às crenças individuais dos profissionais, resguardados os princípios deste Código. (idem, p. 5).

Art. 6) É vedado ao assistente social: a) exercer sua autoridade de maneira a limitar ou cercear o direito do usuário de participar e decidir livremente sobre seus interesses. (idem, p. 5).

O quinto princípio do SUS diz respeito ao direito a informação dos usuários sobre o seu estado de saúde. Como já explicitado neste estudo, este direito surge devido ao autoritarismo de muitos profissionais sobre os usuários atendidos que negam o direito deles de receber informações sobre tudo o que se passa com o seu corpo, sobre os exames e resultados, inclusive ter acesso ao seu prontuário quando desejar. Diante disto, cabe ao assistente social também atuar em prol de que os direitos dos usuários não sejam violados, esclarecendo os seus direitos, inclusive sobre o direito à informação, auxiliando no processo de autonomia destes usuários na relação com a equipe de saúde e ultrapassando as concepções de “paciente” e “cliente” que vêm rebaixando a autonomia dos sujeitos durante muito tempo nos serviços de saúde. Este princípio pode ser articulado novamente aos princípios do Código de Ética que se reporta a ampliação e consolidação da cidadania com vista à garantia dos direitos civis, sociais e políticos e recusa do arbítrio e do autoritarismo.

O quarto princípio do SUS afirma a igualdade da assistência, vedando os preconceitos e

qualquer tipo de privilégios nos serviços de saúde. A questão do combate aos preconceitos e as discriminações¹²² aparecem duas vezes nos princípios do Código de Ética do assistente social (idem), ao se afirmar o “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” e, quando se afirma o “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”. Desta maneira, o assistente social tem como direcionamento profissional o combate a todo tipo de discriminação e preconceito. Para tanto, deve atuar dentro dos serviços de saúde na direção de que estes princípios sejam concretizados, inclusive através de denúncias aos órgãos responsáveis que se fizer necessário. Ou seja, o assistente social não deve ser conivente com situações de preconceito e discriminações que tomar conhecimento, inclusive, isto está exposto no Código de Ética (CFESS, 1993) ao ficar estabelecido que são deveres dos assistentes sociais:

Art. 3. c) abster-se, no exercício da Profissão, de práticas que caracterizem a censura, o cerceamento da liberdade, o policiamento dos comportamentos, denunciando sua ocorrência aos órgãos competentes. (idem, p. 4).

Art. 10. a -ser solidário/a com outros/as profissionais, sem, todavia, eximir-se de denunciar atos que contrariem os postulados éticos contidos neste Código. (idem, p.).

Art. 13. b - denunciar, no exercício da Profissão, às entidades de organização da categoria, às autoridades e aos órgãos competentes, casos de violação da Lei e dos Direitos Humanos, quanto a: corrupção, maus tratos, torturas, ausência de condições mínimas de sobrevivência, discriminação, preconceito, abuso de autoridade individual e institucional, qualquer forma de agressão ou falta de respeito à integridade física, social e mental do/a cidadão/cidadã.

Ainda sobre este princípio, o assistente social tem como dever atuar no reforço aos atendimentos prioritários (grávidas, deficientes, crianças e adolescentes, e idosos) que muitas vezes são desrespeitados.

O sexto princípio que diz respeito ao direito de informação quanto a potencial dos serviços e a sua forma de utilização pelos usuários. Podemos encontrar no Código de Ética (1993), o artigo quinto que se refere ao dever do assistente social de “democratizar as informações e o acesso aos programas disponíveis no espaço institucional, como um dos mecanismos indispensáveis à participação dos usuários (idem, p. 5)”. Assim, além de ser uma premissa do SUS, a democratização da informação está firmada como dever do assistente social.

Em linhas gerais, para a defesa do Projeto Profissional Crítico e do Projeto de Reforma Sanitária, faz-se necessário que o assistente social tenha uma direção social e política impressa as

¹²² Entendo aqui o privilégio de alguns como uma forma de discriminação inclusive.

suas intervenções a fim de desvelar as possibilidades de um fazer profissional crítico e competente. Vale destacar que uma intervenção direcionada neste sentido vai requerer vários elementos que articulados lhe imprimem direção e materialidade. Acerca disso, Miotto e Lima (2009) fizeram uma interessante divisão em que analisam a intervenção profissional agrupando os seus elementos de composição em duas ordens, chamados por elas de elementos condicionantes e elementos estruturantes da ação profissional.

Entre os elementos condicionantes as autoras apontam: o projeto profissional, enquanto condicionantes das finalidades profissionais; a natureza do espaço ocupacional, que incidem e condicionam os objetivos das intervenções profissionais e a própria autonomia profissional; e, as demandas/necessidades dos usuários, pois imprimem objetivos às intervenções a serem desenvolvidas, bem como são desencadeadoras do processo no qual os elementos condicionantes e estruturantes se articulam.

Já os elementos estruturantes dão sustentabilidade à intervenção profissional, são eles: o conhecimento/investigação, o planejamento, a documentação, os objetivos, as formas de abordagens dos sujeitos a quem se destinam as ações, os instrumentos técnico-operativos e outros recursos” (MIOTTO; LIMA, 2009).

O *conhecimento e investigação* se referem ao corpo de conhecimentos construídos e relacionados à realidade; àqueles referentes ao campo sócio-ocupacional no qual os assistentes sociais estão inseridos; e, também aos sujeitos atendidos. Tais conhecimentos vão se conectar as matrizes teórico-metodológicas que os assistentes sociais se orientam. Além disso, o conhecimento pressupõe o exercício da investigação que permite entender as particularidades dos diferentes campos sócio-ocupacionais, tanto no que se refere aos sujeitos quanto as instituições e territórios, e, também, permite definir as intervenções que melhor respondam às demandas e necessidades dos sujeitos atendidos (idem).

O *planejamento* é o que dará sustentação a intervenção profissional, pois permite projetá-la a partir dos conhecimentos e investigações obtidos “da realidade, da proposição de objetivos, da escolha de formas de abordagem e de instrumentos operativos”, conectados “à matriz teórico-metodológica eleita como norteadora do exercício profissional” (MIOTTO; LIMA, 2009, p. 37).

A *documentação*, conforme as autoras, é essencial para a intervenção profissional, não podendo ser negligenciada, visto que ela assegura o registro das informações e imprime o caráter de continuidade das ações, contribuindo para o processo de conhecimento/investigação da realidade, como para, assim como para a sistematização, a avaliação e o planejamento no campo profissional e institucional.

Pelo fato de as ações dos Assistentes Sociais estarem calcadas, basicamente, no uso da linguagem, a visibilidade da intervenção realizada só é obtida quando ocorre o registro eficiente da ação. Além disso, os registros permitem congregiar dados que podem resultar em avanços, tanto no momento em que se analisa a intervenção, procurando estabelecer novas prioridades, reconhecer as demandas, dentre outros, quanto no momento de reflexão crítica da realidade, dos espaços sócio-ocupacionais e de seus processos de trabalho, no intuito de ampliar o escopo de conhecimentos sobre a profissão e a sociedade.

Assim, o planejamento, a investigação e o registro/documentação das intervenções são partes importantes no processo de formulação, implementação e avaliação das ações empreendidas pelos assistentes sociais, colaborando para uma intervenção profissional mais qualificada e competente. Logo, cabe aos assistentes sociais a criação de ações investigativas que vão no sentido de revelar as reais condições de vida e demandas dos usuários, bem como planejar e registrar seu processo de trabalho, considerando que estas ações são subsídios para uma intervenção consciente. Neste sentido, conforme o CFESS (2010), podemos destacar as seguintes ações a serem implementadas pelos assistentes sociais:

- elaboração de planos e projetos de ação profissional;
- elaboração do perfil e das demandas da população usuária por meio de documentação técnica e da investigação;
- identificação das manifestações da questão social que chegam no espaço sócio-ocupacional por meio de estudos e sistemas de registro;
- realização de avaliação e o resultados alcançados do plano de ação realizado pelo Serviço Social e, em equipe, pela instituição;
- realização de estudos e de investigações com relação aos determinantes sociais da saúde;
- realização de pesquisas sobre a relação entre os recursos institucionais necessários e disponíveis, perfil dos usuários e demandas (reais e potenciais);
- realização de investigação de determinados segmentos de usuários objetivando a definição dos recursos necessários, identificação e mobilização dos recursos existentes e planejamento de rotinas e ações necessárias;
- realização de estudos em relação aos espaços de controle social a fim de subsidiá-los com relação às questões enfrentadas pelos conselhos na atualidade;
- realizar estudos da política de saúde, fornecendo subsídios para a reformulação da política de saúde;
- criar estratégias e rotinas de ação, como por exemplo fluxogramas e protocolos, que visem à organização do trabalho, à democratização do acesso e à garantia dos direitos sociais;
- sensibilizar os gestores da saúde para a relevância do trabalho do assistente social nas ações

de planejamento, gestão e investigação.

E, por último, Mioto e Lima (2009) explicam os outros três elementos estruturantes da ação profissional. Assim, os *objetivos* são definidos a partir das demandas/necessidades dos sujeitos e do espaço sócio-ocupacional. As *abordagens* são fundamentais para a aproximação com a realidade e com os sujeitos que serão atendidos. E, os *instrumentos técnico-operativos e os seus recursos* são utilizados na própria abordagem para chegar aos objetivos. Desta forma, estes três elementos encontram-se intrinsecamente articulados. Ou seja, a escolha da abordagem é vinculada aos objetivos propostos para a intervenção, sendo viabilizada pelos instrumentos e técnicas, como, por exemplo, as entrevistas, as reuniões, entre outros.

De forma geral, as autoras sintetizam como se dá a articulação entre os elementos condicionantes e os estruturantes da intervenção profissional:

A operacionalização da ação implica articular os conhecimentos entre o universal, o particular e o singular, ou, segundo Yamamoto (2005, p. 95), deve-se estabelecer “a relação indivíduo/sociedade; as relações entre as macroanálises e microsituações enfrentadas no cotidiano profissional”. É a partir das demandas postas pelos sujeitos, sejam elas de caráter coletivo ou singular, que o Assistente Social, a partir da finalidade assumida como horizonte para suas ações, define tanto o objetivo como o caráter da ação a ser empreendida, localizando-a dentro dos limites e possibilidades colocados pela natureza dos espaços sócio-ocupacionais. Essa definição é realizada através da investigação e do conhecimento das necessidades da população, expressas pelas suas demandas e pela realidade particular de suas condições de vida, e em diálogo com o corpo de conhecimentos já produzidos sobre as particularidades das situações e coerentes com a matriz teórico-metodológica que direciona determinado projeto profissional. No escopo dessa discussão, destaca-se que a pesquisa deve ser inerente ao exercício profissional, e que não é possível o desenvolvimento de um trabalho consistente e consequente sem planejamento e documentação. Diante disso, considerando que as ações profissionais condensam e expressam toda a formulação teórica, ética e técnica da profissão, não é possível concebê-las de forma isolada. (idem, p. 39).

Considerando o exposto por Mioto e Lima (2009), pode-se depreender que os assistentes sociais necessitam de uma competência teórica-metodológica e ética-política, articulada a sua dimensão técnica-operativa, pois a organização da intervenção está voltada para determinados objetivos. Desta maneira, o assistente social direcionado pelo Projeto Profissional Crítico atuará com as demandas dos usuários e da instituição empregadora, sendo necessário organizar e refletir sobre a sua intervenção profissional, direcionando-a, a partir de aportes teórico-metodológicos e princípios ético-políticos, para o fortalecimento das demandas e necessidades dos usuários atendidos e para a ampliação destas. Em suma, a materialização deste projeto se dá na intervenção a luz do referencial teórico, ético e político quando as intervenções são pensadas e planejadas, inclusive, traçando metas e objetivos a serem alcançados.

Para facilitar a leitura das demandas dos sujeitos sociais, os assistentes sociais dispõem da Lei de Regulamentação Profissional que direcionam as suas competências e atribuições e o Código

de Ética que apresenta ferramentas que são fundamentais para essa orientação. Além dos princípios do SUS que carregam concepções e diretrizes importantes para a orientação da intervenção profissional, conforme vimos aqui. Contudo, o conhecimento profundo destes instrumentos é pouco para se ter uma atuação profissional competente e alinhada com o Projeto Profissional Crítico do Serviço Social que desvele as demandas e necessidades dos sujeitos sociais que pretendemos essencialmente atender. Conforme as Diretrizes Curriculares da ABEPSS (1996), para uma análise crítica da realidade, que referende práticas competentes e qualificadas, são necessárias algumas competências fundamentais aos assistentes sociais, tais como:

- a apreensão crítica dos processos sociais de produção e reprodução das relações sociais em uma perspectiva de totalidade;
- a análise do movimento histórico da sociedade brasileira, buscando apreender as particularidades do desenvolvimento do capitalismo no país e as suas particularidades;
- a compreensão do significado social da profissão e de seu desenvolvimento sócio-histórico, nos cenários internacional e nacional, desvelando as possibilidades de intervenção contidas na realidade;
- a identificação das demandas presentes na sociedade, visando formular respostas profissionais para o enfrentamento das expressões da questão social.

Estas competências estão articuladas a formação profissional, mas, também, ao aprimoramento intelectual. Assim, apreender a realidade social em suas singularidades, particularidades e universalidade, em que são postas as demandas dos usuários, enquanto expressões da questão social requer conhecimentos que se articulam através de mediações com a realidade para a construção de novos conhecimentos que vão embasar as práticas profissionais.

Neste sentido, o CFESS (2010, p. 64-65) aponta ações que podem ser realizadas pelos assistentes sociais na direção do aprimoramento intelectual, são algumas delas:

- participar de cursos, congressos, seminários, encontros de pesquisas, objetivando apresentar estudos, investigações realizadas e troca de informações entre os diversos trabalhadores da saúde;
- qualificar o trabalho do assistente social e/ou dos demais profissionais da equipe de saúde por meio de assessoria e/ou educação continuada;
- elaborar plano de educação permanente para os profissionais de Serviço Social, bem como participar, em conjunto com os demais trabalhadores da saúde, da proposta de qualificação profissional a ser promovida pela instituição;
- criar fóruns de reflexão sobre o trabalho profissional do Serviço Social, bem como espaços para debater a ação dos demais profissionais de saúde da unidade;
- criar campos de estágio e supervisionar diretamente estagiários de Serviço Social e

estabelecer articulação com as unidades acadêmicas;

- participar ativamente dos programas de residência, desenvolvendo ações de preceptoria, coordenação, assessoria ou tutoria, contribuindo para qualificação profissional da equipe de saúde e dos assistentes sociais, em particular;
- assessorar entidades e movimentos sociais, na perspectiva do fortalecimento das lutas em defesa da saúde pública e de qualidade.

Podemos depreender que é a partir do conjunto de conhecimentos advindos da formação profissional, do aprimoramento intelectual e da postura investigativa do profissional que se pode alcançar uma intervenção competente, direcionada pelo Projeto Profissional Crítico, articulado as orientações do Projeto de Reforma Sanitária, conforme o CFESS (2010, p. 69):

A análise macroscópica da questão social expressa uma realidade que se materializa na vida dos sujeitos. A aproximação dos assistentes sociais com os usuários é uma das condições que permite impulsionar ações inovadoras no sentido de reconhecer e atender as reais necessidades dos segmentos subalternos. O assistente social pode dispor de um discurso de compromisso ético-político com a população, mas se não realizar uma análise das condições concretas vai reeditar programas e projetos alheios às necessidades dos usuários. É a capacitação permanente que possibilita ao profissional romper com a prática rotineira, acrítica e burocrática, e buscar, a partir da investigação da realidade a que estão submetidos os usuários dos serviços de saúde, a reorganização da sua atuação, tendo em vista as condições de vida dos mesmos e os referenciais teóricos e políticos hegemônicos na profissão, previstos na sua legislação, e no projeto de Reforma Sanitária.

Ao considerar todos os aspectos expostos aqui, os assistentes sociais tendem a conseguir a ultrapassar as imposições unilaterais do mercado de trabalho que conduz o exercício profissional a mera adequação das exigências institucionais, sujeitando os assistentes sociais a uma prática alienada, tecnicista e acrítica. Neste sentido, conforme o CFESS (2010, p. 40-41), para pensar e realizar uma atuação profissional competente e crítica do Serviço Social na área da saúde faz-se necessário:

- estar articulado e sintonizado ao movimento dos trabalhadores e de usuários que lutam pela real efetivação do SUS;
- conhecer as condições de vida e trabalho dos usuários, bem como os determinantes sociais que interferem no processo saúde-doença;
- facilitar o acesso de todo e qualquer usuário aos serviços de saúde da instituição e da rede de serviços e direitos sociais, bem como de forma compromissada e criativa não submeter à operacionalização de seu trabalho aos rearranjos propostos pelos governos que descaracterizam a proposta original do SUS de direito, ou seja, contido no projeto de Reforma Sanitária;
- buscar a necessária atuação em equipe, tendo em vista a interdisciplinaridade da atenção em saúde;
- estimular a intersetorialidade, tendo em vista realizar ações que fortaleçam a articulação entre as políticas de seguridade social, superando a fragmentação dos serviços e do atendimento às necessidades sociais;
- tentar construir e/ou efetivar, conjuntamente com outros trabalhadores da saúde, espaços nas unidades que garantam a participação popular e dos trabalhadores de saúde nas decisões a serem tomadas;

- elaborar e participar de projetos de educação permanente, buscar assessoria técnica e sistematizar o trabalho desenvolvido, bem como realizar investigações sobre temáticas relacionadas à saúde;
- efetivar assessoria aos movimentos sociais e/ou aos conselhos a fim de potencializar a participação dos sujeitos sociais contribuindo no processo de democratização das políticas sociais, ampliando os canais de participação da população na formulação, fiscalização e gestão das políticas de saúde, visando ao aprofundamento dos direitos conquistados.

Assim, cabe aos assistentes sociais voltar-se para uma perspectiva do direito e da cidadania, retomando os princípios ético-políticos do Projeto Profissional Crítico, cuja finalidade reside construir intervenções profissionais que contribuam para a ampliação de direitos e também para a construção de um processo emancipatório que, conforme Miotto e Lima (2009, p. 40) “oportunize aos indivíduos perceberem-se como sujeitos em sociedade, capazes de questionamentos sobre a ordem social estabelecida e de reivindicar Direitos, pretendendo a satisfação de suas necessidades, sejam elas materiais ou culturais”. E, citando Lima (2006 apud MIOTTO; LIMA, 2009, p. 40) ainda complementam:

A intenção dessa retomada consiste em efetivar e ampliar a Cidadania sem abdicar da busca pela transformação social. Tal finalidade representa, para o Serviço Social, um horizonte paradigmático a ser perseguido, isto é, as ações profissionais refletem um compromisso ético, sendo parte do exercício e da formação profissional a incumbência de construir as mediações, no momento da operacionalização, que as aproximem da sua concretização.

Para finalizar este capítulo, assinalo que a intervenção do assistente social na saúde, bem como nas outras áreas sócio-ocupacionais, está atravessada por limites e possibilidades. Um grande desafio ainda existente na profissão é realizar a conexão entre a prática profissional e o debate hegemônico na categoria, pois somente assim abre-se a possibilidade para a conformação de uma competência profissional crítica. Considerando a conjuntura atual em que os enfrentamentos profissionais se alargam cada vez mais, torna-se urgente tomar os fundamentos do Projeto Profissional Crítico como referência, a fim de apreendermos a realidade com olhar crítico na proposição de intervenções que se voltem para os compromissos com a garantia e ampliação de direitos e para a expansão plena dos sujeitos sociais. Em relação às possibilidades do campo profissional, o CFESS (2010, p. 31) afirma:

Enfim, não existem fórmulas prontas na construção de um projeto democrático e a sua defesa não deve ser exclusiva apenas de uma categoria profissional. Por outro lado, não se pode ficar acuado frente aos obstáculos que se apresentam na atualidade e nem desconsiderar que há um conjunto de atividades e alternativas a serem desenvolvidas pelos profissionais de Serviço Social. Mais do que nunca, os assistentes sociais estão desafiados a encarar a defesa da democracia, das políticas públicas e consubstanciar um trabalho – no cotidiano e na articulação com outros sujeitos que partilhem destes princípios – que questione as perspectivas neoliberais para a saúde e para as políticas sociais, já que este

macula direitos e conquistas da população defendidos pelo projeto ético-político profissional .

Por fim, torna-se primordial o fortalecimento do Projeto Profissional Crítico nos cotidianos profissionais, em que os assistentes sociais se contraponham-se aos valores liberais que geram desesperança, conformismo e encobrem a apreensão da dimensão coletiva das situações sociais presentes na vida dos sujeitos (CFESS, 2010). Assim, considerando as atribuições e competências profissionais, faz-se necessário que os assistentes sociais realizem ações que contribuam: para a defesa da política de saúde e sua viabilização a partir das orientações do Projeto de Reforma Sanitária; para a garantia dos direitos sociais; para o fortalecimento da participação social e das lutas dos sujeitos sociais. Foi pensando nestas questões, que conformam as possibilidades e os desafios profissionais, que este estudo se voltou para analisar a intervenção profissional do assistente social nos hospitais gerais do município de Juiz de Fora, analisando se os profissionais estão se direcionando ou não pelo Projeto Profissional Crítico, conforme veremos no próximo capítulo.

CAPÍTULO 3: UMA ANÁLISE DA INTERVENÇÃO PROFISSIONAL DOS ASSISTENTES SOCIAIS NOS HOSPITAIS GERAIS NO MUNICÍPIO DE JUIZ DE FORA

Para chegar ao objetivo proposto neste estudo optei por desenvolver uma pesquisa de caráter exploratório de abordagem qualitativa, pois este é um tipo de metodologia que não está preocupada com a quantificação e nem com as generalizações. Além disso, leva em consideração os significados, representações dos sujeitos e as relações sociais, podendo contribuir para a avaliação das ações profissionais. Assim, tal metodologia compreende as falas dos sujeitos, considerando que estas não são descoladas de seu contexto, sendo este tipo de pesquisa mais adequada ao objeto que foi pesquisado (MINAYO, 1993).

Vale retomar aqui neste momento duas condições imanentes ao exercício profissional dos assistentes sociais: primeiro, que ele não se trata de uma ação isolada que depende apenas da vontade do profissional, pois sua intervenção depende também do conjunto das relações e das condições sociais por meio da qual ela se realiza; segundo, que este é um espaço de possibilidade, em que os assistentes sociais podem construir suas estratégias profissionais e políticas, reforçando os interesses da classe dominada e se posicionar contra as injustiças sociais ao tomar a direção do Projeto Profissional Crítico do Serviço Social. Acerca disto, Iamamoto (2009) considera a profissão sob dois ângulos indissociáveis:

[primeiro ângulo] como realidade vivida e representada na e pela consciência de seus agentes profissionais expressa pelo discurso teórico-ideológico sobre o exercício profissional; [segundo ângulo] a atuação profissional como atividade socialmente determinada pelas circunstâncias sociais objetivas que conferem uma direção social à prática profissional, o que condiciona e mesmo ultrapassa a vontade e/ou consciência de seus agentes individuais. (IAMAMOTO; CARVALHO, 2009, p. 73).

Yazbek (2009b, p.4) ao analisar os ângulos postos por Iamamoto (2009) pondera que “estes dois ângulos constituem uma unidade contraditória, pois isso pode derivar em um desencontro entre as intenções do profissional, o trabalho que se realiza e os resultados produzidos”. Assim, considerando estes pressupostos busquei entender como vem se dando a intervenção profissional dos assistentes sociais pesquisados, analisando a adesão destes profissionais ao Projeto Profissional Crítico e, a partir disso, quais são os processos de intervenção que estão sendo planejados e executados pelos assistentes sociais ao responder as demandas que lhes são postas nos Hospitais Gerais do município de Juiz de Fora. Mas, sempre levando em consideração as limitações impostas a estes profissionais pelas condições objetivas de sua inserção assalariada e os determinantes macrossociais.

Para operacionalidade deste trabalho o cenário escolhido para a pesquisa de campo foi

composto pelos Hospitais Gerais do município de Juiz de Fora que têm seus serviços mantidos total ou parcialmente pelo SUS. Enquadram-se neste universo dez hospitais, a saber: Hospital Universitário de Juiz de Fora – HU/UFJF; Hospital Santa Casa de Misericórdia de Jesus; Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus; Hospital 9 de Julho; Hospital João Penido; Hospital Casa de Saúde HTO; Hospital de Pronto-Socorro Dr. Mozart Teixeira – HPS; Hospital Ana Nery; Hospital Dr. João Felício; e, Hospital Maria José Baeta Reis – ASCONCER.

Este campo de pesquisa foi escolhido considerando os seguintes fatores: 1) a minha experiência profissional em hospital geral onde pude identificar a necessidade de construir um trabalho que possa contribuir com a sistematização do conhecimento e com uma reflexão crítica acerca das ações profissionais desenvolvidas neste tipo de serviço que traz as suas peculiaridades de organização e de demandas postas a profissão; e, 2) a escolha de um tipo de unidade de atendimento possibilita uma comparação mais apurada acerca da organização dos serviços, das relações de poder existentes nas instituições, das relações de hierarquia e as demandas aos profissionais, pois estas instituições possuem diversas similaridades.

Para a seleção das assistentes sociais participantes foram adotados os seguintes critérios:

- de inclusão: a) estar atuando como assistente social no hospital; b) aceitar participar da pesquisa; e,
- de exclusão: a) está ocupando cargo administrativo ou outro que não seja o cargo de assistente social; b) está atuando como assistente social residente no hospital; c) está em período de férias, licença ou apresentar dificuldades para o agendamento da entrevista.

A proposta inicial era a de incluir os dez hospitais e todos os assistentes sociais que atendessem os critérios de inclusão supracitados, porém, os Hospitais Santa Casa de Misericórdia e Dr. João Penido tiveram que ser excluídos devido a não entrega pelos assistentes sociais do pedido de autorização para a realização da pesquisa à direção dos Hospitais no tempo solicitado¹²³, o Hospital Dr. João Felício foi excluído por não possuir assistente social e o Hospital Ana Nery por não conseguir a tempo a declaração assinada pela direção para entrar no Comitê de Ética.

Considerando os Hospitais Gerais de Juiz de Fora participantes da pesquisa, assinalo que a pesquisa foi composta por seis (6) hospitais, onde foram identificadas quinze (15) assistentes sociais fazendo parte do quadro de profissionais. Deste total, constituíram como sujeitos participantes da pesquisa dez (10) assistentes sociais. Isto ocorreu devido aos seguintes fatores de exclusão: três (3) assistentes sociais encontravam-se em período de férias; uma (1) estava de licença para a realização

¹²³ Ao entrar em contato com a direção dos hospitais, a maioria deles solicitou que os pedidos fossem entregues primeiro ao setor de Serviço Social para depois ser encaminhado para a direção. Assim, em muitos casos o assistente social ficou responsável por entregar o pedido de autorização para ser enviada ao Comitê de Ética.

de mestrado; e (1) assistente social não foi localizada a tempo para a marcação de entrevista¹²⁴. Na tabela abaixo é possível visualizar os locais pesquisados e o número de assistente social por hospital:

Instituições	Número de Assistentes Sociais nos hospitais	Número de Assistentes Sociais participantes
Hospital Universitário de Juiz de Fora – HU ¹²⁵	6	1
Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus	2	2
Instituto Oncológico	1	1
Hospital Casa de Saúde HTO	1	1
Hospital Dr. Mozart Teixeira	3	3
Hospital Maria José Baeta Reis	2	2
Total:	15	10

Para a coleta de dados foi adotada a entrevista semi-estruturada com os profissionais assistentes sociais dos Hospitais Gerais supracitados, tendo como base um roteiro de entrevista com questões pré-elaboradas¹²⁶. Acerca da formulação deste instrumento de coleta de dados, aponto que as perguntas das entrevistas foram construídas embasadas no referencial teórico visitado durante o processo de elaboração da pesquisa e, também, a partir da minha experiência profissional, considerando os objetivos a serem alcançados com a pesquisa. A entrevista semi-estrutura foi escolhida em consonância com a linha argumentativa de Marsiglia (2006, p. 10) ao explicar que “as entrevistas permitirão captar melhor o que os pesquisados sabem e pensam, permitem também ao pesquisador, observar a postura corporal, a tonalidade da voz, os silêncios, etc”. A autora ainda aponta que a entrevista semi-estruturada é um tipo de instrumento que permite que se revelem os sentimentos, valores e concepções mais profundos dos entrevistados (idem).

O período de coleta de dados foi de novembro de 2012 a janeiro de 2013. A abordagem dos profissionais ocorreu no próprio contexto institucional, sendo estabelecido entre o pesquisador e os entrevistados horários, local e tempo de duração das entrevistas. Nesses encontros foi explicada a pesquisa e respeitada à decisão dos sujeitos em participar ou não do estudo, sendo fornecido um

¹²⁴ Nos contatos realizados, os funcionários do hospital não conseguiram informar o horário e setor que a assistente social se encontrava naquele momento.

¹²⁵ O Hospital Universitário é dividido em duas unidades, apenas uma das unidades foi incluída, considerando que a maioria das assistentes sociais que atuam no hospital não incluído são residentes, sendo responsáveis por quase todas as atividades do hospital.

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido¹²⁷ que oficializou a participação das assistentes sociais e garantiu o sigilo das informações fornecidas.

As entrevistas foram gravadas mediante a autorização dos sujeitos abordados, e, posteriormente, foram transcritas na íntegra. As gravações e anotações serão guardadas por cinco anos, contados a partir da finalização da pesquisa, conforme orientações da Resolução 196/96 que trata das normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Os dados coletados foram organizados em três eixos e, posteriormente, foram feitas as análises dos conteúdos das entrevistas, indo além da mera descrição, pois considero que se trata de um exercício crítico de interpretação, como veremos nos itens e subitens que seguem.

3.1. Contextualizando o campo de pesquisa

Como já explicitado aqui neste estudo, uma das motivações para a escolha deste campo de pesquisa está relacionado à minha experiência profissional no Hospital Universitário do município de Juiz de Fora. Esta experiência suscitou o interesse em construir um trabalho que possa contribuir com a sistematização do conhecimento e com a reflexão crítica acerca das ações profissionais dos assistentes sociais nos hospitais gerais.

Os hospitais são campos de atuação que trazem muitos desafios aos profissionais, dentre estes, os assistentes sociais. Como analisei no capítulo 1, a inserção do assistente social na saúde se dá desde a sua institucionalização em 1930 e amplia-se a partir de 1945 em um contexto de expansão do mercado de trabalho devido às exigências e necessidades do capitalismo no país, aliadas às mudanças no quadro internacional. Retomo aqui que o assistente social foi demandado para o setor da saúde para “lidar com a contradição entre a demanda e o seu caráter excludente e seletivo” (Bravo; Matos, 2006, p. 4). De forma geral, como pudemos ver, a inserção do assistente social na saúde esteve, durante um longo período, caracterizada por ações de caráter curativo, psicologizantes, normativo e pautada em uma intervenção no modo de vida dos indivíduos, interferindo nos seus hábitos de higiene e saúde, donde seus referenciais teóricos se pautaram em matrizes conservadoras baseadas nas doutrinas da Igreja Católica, no neotonismo, e, posteriormente, mescladas com as perspectivas positivistas e fenomenológicas.

Na década de 1970, como vimos, surgiu o movimento de Intenção de Ruptura que buscou romper com as teorias e práticas tradicionais do Serviço Social, trazendo novos aportes teóricos – marxistas, e, posteriormente, marxianos - que levaram a revisão da profissão nas décadas de 1980 e

¹²⁶ O roteiro está disponibilizado no Anexo 1.

¹²⁷ Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética do Hospital Universitário da UFJF e, portanto, foi utilizado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, bem como os demais procedimentos obrigatórios regulamentados pelo Comitê.

1990. Este processo de renovação do Serviço Social é dinâmico e, portanto, permeado por rupturas e continuidades.

Como assinalado no capítulo 2, uma parte das assistentes sociais atuantes na área da saúde ficaram afastadas do movimento de Intenção de Ruptura, bem como do movimento sanitário ocorrido nas décadas de 1970 e 1980. Isto nos revela que ficou uma lacuna entre o processo de intenção de ruptura veiculado pela academia e o cotidiano dos assistentes sociais na intervenção socioprofissional, inclusive na saúde. Isto também revela que a adesão dos assistentes sociais aos princípios colocados no SUS não veio acompanhada de sua inserção enquanto categoria no movimento de reforma sanitária e nem nos fóruns de discussão. Desta maneira, estima-se¹²⁸ que, atualmente, uma parcela de assistentes sociais inseridos no campo sócio-ocupacional da saúde continue realizando intervenções de cunho conservador, revelando-se acríticos em relação à realidade social nas suas diversas dimensões.

Para além das questões desta ordem, temos também os desafios em relação à consolidação do SUS no contexto adverso dos governos neoliberais que primam pelo corte nos investimentos nas políticas sociais, transformando o SUS em um projeto interrompido, de acordo com o que busquei mostrar no capítulo 2.

A partir de tudo o que foi exposto aqui, podemos afirmar que os princípios e diretrizes do SUS, enquanto parte do Projeto de Reforma Sanitária, encontram muitos desafios para se materializar, com destaque para a atenção especializada de média e alta complexidade. Conforme analisei no subitem 2.6.2., a atenção especializada de média e alta complexidade, foi organizada antes do movimento sanitário, a partir da lógica do mercado e do modelo médico-hegemônico¹²⁹. Desta forma, a atenção especializada surgiu e se consolidou permeada por uma perspectiva curativista, carregando a herança da medicalização dos “pacientes” em que se focam os atendimentos na doença. Dentro deste contexto, surgem diversos conflitos, tais como a falta de uma concepção que valoriza o usuário e a desvalorização dos profissionais não médicos. Assim, podemos afirmar que os hospitais são campos de disputa e de relações de poder, onde a equipe apresenta concepções de saúde diferenciadas, donde, muitas vezes, estas não favorecem os usuários do sistema de saúde público.

Os hospitais possuem particularidades que podem tornar os processos de trabalho mais

¹²⁸ Esta estimativa pode ser confirmada pelas referências bibliográficas apontadas por todo este estudo, e, principalmente, nos Parâmetros para a atuação dos assistentes sociais na saúde (CFESS, 2010), visto que este documento traz uma análise sintética dos principais desafios que estão postos à profissão e ao Projeto de Reforma Sanitária, inclusive tratando dos embates teóricos e das escolhas profissionais que vêm sendo realizadas pela profissionais assistentes sociais.

¹²⁹ Diferente da Atenção Primária à saúde que nasce pelos movimentos progressistas da saúde, considerando os debates e movimentos externos que a influenciaram.

conflitivos do que na atenção básica, visto que a quantidade de profissionais e variedade de especialidade é superior ao das unidades básicas, bem como a estrutura física do hospital. Desta forma, a equipe, dificilmente, se conhece inteiramente, tornando mais difícil o trabalho interdisciplinar. Este contexto heterogêneo e complexo para muitos dos usuários resulta muitas vezes na violação de direitos, tais como, falta de respeito, maus-tratos, descaso, discriminações e preconceitos; falta de informação sobre seu processo saúde-doença, não sendo informado e ouvido sobre o seu próprio tratamento; falta de informação sobre os serviços, o fluxo do hospital, os exames e tratamentos disponíveis; falta de integração entre os profissionais e serviços, rompendo com a integralidade e o conceito da saúde ampliado; falta de compromisso e de responsabilização da equipe para com os usuários; falta de qualquer tipo de participação dentro da instituição; entre outras violações; conforme explicitarei no capítulo anterior. Considerando isto, podemos afirmar que o hospital se torna um campo fértil para a atuação do assistente social, já que este profissional tem no seu Código de Ética o compromisso com os direitos dos sujeitos, com a qualidade dos serviços, se posicionando a favor da autonomia e do respeito às diferenças e contra as violações de direitos e discriminações.

Vale ressaltar aqui que para além dos usuários, existe uma demanda também aos assistentes sociais em relação aos próprios funcionários das unidades de saúde que estão submetidos a condições de trabalho e vida precarizadas. Pode-se afirmar que o trabalho do assistente social no hospital é muito amplo e as demandas são as mais diversas possíveis, visto que seu objeto de intervenção são as expressões da questão social, tais como, todos os tipos de violência, pobreza, drogadição, abandono, entre outras.

Além destas questões relacionadas ao processo de trabalho em saúde, retomo aqui que existem questões relacionadas à organização e financiamento dos serviços de saúde que geram a falta de investimento em recursos materiais e humanos, resultando em demandas reprimidas, precariedade dos serviços e a burocratização. Assim, podemos afirmar que se encontram comprometidas a qualidade e quantidade de serviços oferecidos na rede de saúde, provocando um obstáculo à integração do sistema de saúde e, conseqüentemente, não se encontra espaço para a reversão do modelo técnico-assistencial, tanto nas práticas profissionais quanto na própria organização dos serviços.

Assim, faz-se importante estarmos atentos a essas questões, pois dentro deste cenário repleto de desafios ao Projeto de Reforma Sanitária, intensifica-se o debate acerca do futuro do sistema de saúde público em que um grupo defende a privatização deste setor, combatendo o princípio da universalidade através da defesa de um sistema público voltado exclusivamente para os pobres, pautando-se por uma concepção individualista e fragmentada da realidade. Enquanto outro grupo

defende o aprofundamento e consolidação do SUS, buscando que aquilo que foi legalmente conquistado seja colocado em prática, dando seguimento ao Movimento de Reforma Sanitária no país. Isto quer dizer que estes dois projetos ainda estão em disputa, mesmo com a conquista legal do sistema de saúde, conforme aponta o CFESS (2010a, p. 26):

Os dois projetos políticos existentes na saúde continuam em disputa (o projeto da reforma sanitária versus o projeto privatista). O atual governo ora fortalece o primeiro projeto, ora mantém a focalização e o desfinanciamento, característicos do segundo. Percebe-se, entretanto, uma ênfase maior no projeto privatista.

A partir do exposto, identifica-se que ambos os projetos – Projeto de Reforma Sanitária e Projeto Privatista – no contexto anteriormente apontado tem apresentado aos assistentes sociais diferentes intervenções no campo da saúde conforme pontua Bravo e Matos (2006):

O projeto privatista requisitou, e vem requisitando, ao assistente social, entre outras demandas: seleção socioeconômica dos usuários, atuação psicossocial através de aconselhamento, ação fiscalizadora aos usuários dos planos de saúde, assistencialismo através da ideologia do favor e predomínio de práticas individuais. Entretanto, o projeto de reforma sanitária vem apresentando, como demandas, que o assistente social trabalhe as seguintes questões: busca de democratização do acesso às unidades e aos serviços de saúde, atendimentos humanizado, estratégias de interação da instituição de saúde com a realidade, interdisciplinaridade, ênfase nas abordagens grupais, acesso democrático às informações e estímulo à participação do cidadão.

Partindo da linha argumentativa de Costa (2006), estamos vivenciando um conjunto de requisições expressivas da tensão existente entre as ações tradicionais da saúde e as novas proposições do SUS. Desta forma, este conflito presente nos serviços do SUS determina o campo de atuação dos diversos profissionais, em especial, o dos assistentes sociais.

Considerando tudo o que foi exposto aqui, torna-se importante pensar e repensar as intervenções profissionais nos serviços de saúde e, em especial, nos hospitais, pois como explicado este é um espaço que apresenta diversas contradições, sendo *locus* fértil para as intervenções dos assistentes sociais em prol da ampliação e defesa de direitos, assim com na afirmação da autonomia e da emancipação humana.

3.2. Caracterização dos sujeitos de pesquisa e análise dos dados

Como explicado anteriormente, esta pesquisa contou com a participação de dez (10) assistentes sociais das quinze (15) que compõem o quadro de profissionais dos seis (6) hospitais incluídos neste estudo. No tocante ao sexo dos dez (10) sujeitos que conformaram esta pesquisa

observou-se que todos eram mulheres. A profissão ainda é majoritariamente composta por mulheres e esse dado não difere da tendência histórica da profissão. A partir desta constatação, as participantes da pesquisa foram denominadas por “entrevistada” para garantir o sigilo, conforme a Resolução em Pesquisa com Seres Humanos, atribuindo a esta denominação uma numeração aleatória de 1 até 10 para diferenciá-las.

Em relação a idade das entrevistadas, constatou-se que a faixa etária variou entre 29 e 52 anos, sendo que 60% das entrevistadas estão entre 29 e 39 anos de idade, 30% entre 41 e 45 anos, e uma com 52 anos, o que representa 10%. Estes dados podem ser melhor visualizados pela tabela que se segue:

Tabela 1. Faixa etária das entrevistadas

20-29	30-39	40-49	50-59
1	5	3	1

Fonte: Dados coletados pela pesquisadora

Acerca da instituição de ensino foi identificado que sete (7) das entrevistadas formaram na Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF) e três (3) formaram na Universidade Salgado de Oliveira (Univero), instituição privada localizada no próprio município da pesquisa. No que se refere ao ano de formação de graduação, correlacionando com a faixa etária apresentada, observa-se que cinco (5) assistentes sociais se formaram na primeira década dos anos 2000, cinco (5) se formaram ao longo da década de 1990, como pode ser visto na tabela abaixo:

Tabela 2: Período de formação

1990-1994	1995-1999	2000-2004	2005-2009
3	2	2	3

Fonte: Dados coletados pela pesquisadora

Considerando os dados supracitados, pode-se afirmar que todas as assistentes sociais que participaram da pesquisa se formaram no período após o Congresso da Virada de 1979, que foi o marco emblemático no processo de rompimento com o conservadorismo que deu início a um processo do redimensionamento do perfil profissional com a revisão das Diretrizes Curriculares em 1982 e do Código de Ética Profissional em 1986, conforme explicitado no capítulo 1 deste estudo. Assim, todas se formaram após a implementação das Diretrizes Curriculares de 1982 e após o

Código de Ética de 1986. Inclusive, 70% destas assistentes sociais formaram após a segunda revisão do Código de Ética de 1993 e da Lei de Regulamentação profissional, também de 1993. E, 50% formaram após a segunda revisão das Diretrizes Curriculares em 1996. Considerando isto, pode-se afirmar que todas as profissionais entrevistadas tiveram, supostamente, as suas formações posteriores e/ou durante o processo de redimensionamento ocorrido na profissão que conformou um novo perfil acadêmico embasado em referências críticas que buscou romper com o histórico conservadorismo presente na profissão.

Considerando a apreensão crítica do processo histórico e as demandas postas ao Serviço Social, pode-se observar que no período que 90% das assistentes sociais formaram já havia sido incluídas na nova formação profissional a discussão da Política de Seguridade Social afirmada na Constituição Federal de 1988 e as leis de regulamentação do SUS de 1990.

Em relação ao tempo de serviço foram constatadas as seguintes situações: duas (2) assistentes sociais estão a menos de um (1) ano trabalhando nos hospitais, quatro (4) estão trabalhando entre um (1) a cinco (5) anos, e as outras quatro (4) estão entre seis (6) a dez (10) anos nos campos pesquisados. Uma assistente social informou que ocupou a direção do hospital por um pouco mais de 2 (dois) anos. A partir disso, podemos afirmar que as assistentes sociais entraram no espaço hospitalar há mais de quinze (15) anos após a promulgação da Constituição Federal e mais de treze (13) anos após as legislações que normatizaram o SUS.

Tabela 3: Tempo de serviço

Até 1 ano	Entre 1 a 5 anos	Entre 6 a 10 anos
2	4	6

Fonte: Dados coletados pela pesquisadora

Isto significa que as assistentes sociais entraram nos seus campos de trabalho em períodos em que já se haviam legalizado a reversão da lógica hospitalocêntrica e curativista. Ou seja, o campo de atuação aparece regulamentado pelas legislações do SUS em que as diretrizes e princípios são os norteadores da saúde pública no país, mesmo com todas as ofensivas dos governos neoliberais e dos movimentos privatistas, já situados neste estudo.

O fator tempo de serviço também é importante para as análises acerca dos conhecimentos que os profissionais têm sobre o seu campo de trabalho, visto que a inserção prolongada nos serviços lhes possibilitam entender a dinâmica dos serviços e as relações que ali se estabelecem, facilitando o processo de reflexão sobre as possibilidades e limites profissionais dentro da instituição.

Pode-se acrescentar ainda que o fato de uma das assistentes sociais já ter ocupado o cargo de direção no hospital nos remete a certo reconhecimento da profissão para além das atividades executivas, isto é, a competência da assistente social, enquanto membro da categoria, supostamente, foi reconhecida no campo da gestão hospitalar. Este é um lugar significativo para o Serviço Social, principalmente, se esta profissional tiver seus compromissos balizados no Projeto Profissional Crítico e no de Reforma Sanitária. A partir desta inserção na gestão do hospital, abre-se um campo amplo de possibilidades para viabilização dos direitos, como, por exemplo, através de ações que corroborem para o acesso ao hospital; a participação social, criando uma gestão democrática que inclua a participação dos usuários e funcionários através de comissões gestoras; ações de *humanização*, no seu sentido amplo, reorganizando os serviços e desenvolvendo ações de capacitação que contribua para o aumento do compromisso e responsabilização da equipe profissional; entre outras ações possíveis.

Outros fatores relacionados as condições e relações de trabalho que podem interferir na forma como as assistentes sociais organizam e planejam o seu trabalho são a carga horária para qual foram contratadas e o tipo de vínculo empregatício. Acerca disto, cabe retomar aqui que devemos levar em consideração as condições objetivas sob as quais se desenvolve o trabalho do assistente social. Assim, subjacente as projeções profissionais existem um conjunto de determinações sociais inerentes ao trabalho na sociedade capitalista, as quais os assistentes sociais não ficam de fora. A condição de assalariamento dos profissionais faz com que estes não intervenham de forma independente, ou seja, a sua autonomia aparece relativizada, conforme abordei neste estudo. Mais ainda quando as relações de trabalho aparecem cada vez mais precarizadas em um contexto conjuntural em que o desemprego e a flexibilização ganham espaço. Acerca disto, Guerra (2010, p. 719) afirma:

[o assistente social] tem na flexibilização uma forma de precarização do seu trabalho tanto como segmento da classe trabalhadora quanto como profissional que atua no âmbito dos serviços, das políticas e dos direitos sociais. A precarização do exercício profissional se expressa por meio de suas diferentes dimensões: desregulamentação do trabalho, mudanças na legislação trabalhista, subcontratação, diferentes formas de contrato e vínculos que se tornam cada vez mais precários e instáveis, terceirização, emprego temporário, informalidade, jornadas de trabalho e salários flexíveis, multifuncionalidade ou polivalência, desespecialização, precariedade dos espaços laborais e dos salários, frágil organização profissional, organização em cooperativas de trabalho e outras formas de assalariamento disfarçado, entre outras. Essas características marcam os espaços laborais dos assistentes sociais, ainda que de formas, níveis e graus distintos, segundo a sua inserção diferenciada e diferentes condições sócio-ocupacionais.

No contexto dos hospitais do Brasil é possível ver claramente esta precarização do trabalho do assistente social até porque muitos são entidades beneficentes sem fins lucrativos ou instituições

privadas, o que torna as condições de trabalho mais delicadas, considerando que os profissionais estão submetidos a contratos temporários ou a regime celetista. No caso dos sujeitos desta pesquisa, constatou-se que sete (7) das assistentes sociais possuem contrato celetista, uma (1) contrato temporário e, apenas duas (2) são concursadas - há mais de sete (7) anos-, e, portanto, regidas pelo regime estatutário que lhes traz mais garantias e estabilidade no trabalho.

Tabela 4: Tipo de contrato trabalhista

Contrato temporário	Contrato celetista	Contrato estatutário
1	7	2

Fonte: Dados coletados pela pesquisado

No entanto, apesar dessas garantias, vale reafirmar que todas as assistentes sociais estarão sujeitas às regras mais gerais que qualificam o trabalho assalariado, que por sua vez aparece no interior de um processo de trabalho coletivo nos serviços de saúde.

Em relação à carga horária das assistentes sociais pesquisadas nos hospitais verificou-se que duas (2) assistentes sociais trabalham 25 horas/semana, seis (6) declararam que trabalham 30 horas/semana e duas (2) trabalham 40 horas/semana¹³⁰. Ainda vale destacar que duas das profissionais entrevistadas possuem dois vínculos empregatícios em instituições diferentes. A questão dos múltiplos empregos é uma realidade que vem de forma crescente atingindo os assistentes sociais. Esta busca por mais de um emprego advém da precariedade das condições e relações de trabalho e influencia também na forma como o assistente social atua, já que este encontra-se sobrecarregado, conforme afirma Guerra (2010):

¹³⁰ Cabe explicar que uma das entrevistadas que cumpre 40 horas/semana é concursada do município de Juiz de Fora, onde o cumprimento da Lei Federal n. 12.317/2010 que determina a carga horária máxima de 30 horas para o assistente social vem sendo descumprida pela Prefeitura Municipal. Apesar das incessantes discussões das profissionais na Câmara de Vereadores, o prefeito vetou o pedido para o cumprimento da lei, conforme podemos ver no trecho a seguir: “Vejo-me compelido a vetar integralmente o Projeto de Lei aprovado essa Egrégia Casa Legislativa, que “Fixa a jornada de trabalho de titulares dos cargos de Assistente Social do Município de Juiz de Fora - MG.” Inobstante a louvável iniciativa dessa respeitável Câmara de Vereadores, o veto integral ao Projeto de Lei n.º 195/2011 se impõe por razões de ordem eminentemente jurídicas. Quando da análise dos aspectos legal/jurídico, em que pese estar o referido Projeto de Lei em conformidade com as diretrizes e procedimentos legais determinantes da Lei Complementar n.º 95/1998, o mesmo não pode prosperar tendo em vista a constatação de vício tanto de iniciativa quanto de legalidade. O vício de iniciativa que macula o Projeto de Lei proposto é flagrante pois, em que pese tratar referida Proposição de fixação de jornada de trabalho de titulares dos cargos de Assistente Social, com base na Lei Federal n.º 12.317/2010, esta não tem aplicabilidade ao servidores municipais, haja vista as previsões contidas na Lei Orgânica do Município - LOM. Especificamente, o artigo 36, desta Lei define que cabe privativamente ao Prefeito a iniciativa de legislar quanto à *criação, transformação, extinção de cargos, funções ou empregos públicos dos órgãos da administração direta, autárquica e fundacional e a fixação ou alteração da respectiva remuneração* (inciso I); bem como quanto a *servidores públicos, seu regime jurídico, provimento de cargos, estabilidade e aposentadoria* (inciso II)”. Já a outra assistente social que cumpre 40 horas/semana em um dos hospitais se explica pela duplicidade de contratos. Seu vínculo se dá por um contrato de 20 horas/semana pela instituição privada (conveniada SUS) e outro de 20 horas/semana pela Fundação de apoio ao hospital. Assim, possui dois contratos de trabalho, apesar de suas atividades ocorrerem, majoritariamente, no mesmo hospital.

Comparece hoje nos espaços laborais do assistente social o crescente aumento de profissionais que possuem mais de um vínculo de trabalho, o que caracteriza o pluriemprego, bem como se observa a inserção socioprofissional em duas ou mais políticas sociais, rotatividade no emprego, instabilidade e insegurança, jornada de trabalho extensa (cumpre carga horária de mais de dez horas diárias de trabalho), além do sobretrabalho ao qual a mulher encontra-se submetida.

Assim, conforme Iamamoto (2007), o atual quadro sócio-histórico não é um mero pano de fundo, ele atravessa e conforma o cotidiano profissional e afeta as suas condições e relações de trabalho, assim como afeta a vida da população, reconfigurando as demandas postas a categoria. Desta maneira, cabe ao assistente social, diante dos seus compromissos ético-políticos, intervir e compreender as novas configurações e manifestações da questão social que são expressadas pela precarização do trabalho e pela penalização dos trabalhadores (IAMAMOTO, 2009a), inclusive da própria categoria. Neste contexto de flexibilização, privatização e aprofundamento das desigualdades fica posto o desafio de desvendar as “lógicas” do capitalismo, conforme Yazbek (2009a), a fim de adensar a luta pela manutenção e ampliação das políticas sociais, assim como politizar a abordagem da “questão social”.

Sendo estas questões transversais a intervenção profissional, elas serão também abordadas durante vários momentos desta análise, visto que é primordial articular as condições objetivas e subjetivas dos sujeitos da pesquisa, possibilitando uma aproximação da realidade em direção a totalidade do objeto pesquisado.

Até aqui ocupou-se de caracterizar o perfil das entrevistadas e as condições de trabalho nas quais elas estão submetidas a partir dos dados que foram coletados nas entrevistas. A partir deste momento, serão analisados os aspectos da intervenção profissional, buscando entender como as assistentes sociais que participaram desta pesquisa vêm direcionando o seu trabalho, tendo como eixo de análise o Projeto Profissional Crítico.

No intuito de sistematizar e analisar o material coletado, os demais dados foram agrupados nos três (3) eixos, a seguir: *Eixo 1- Referências de conhecimento, aprimoramento intelectual e investigação/pesquisa; Eixo 2- Organização e execução das atividades: objetivos e demandas; Eixo 3- Articulação com espaços de participação e mobilização popular.* Através do *Eixo 1* será possível identificar os conhecimentos apropriados e utilizados pelas assistentes sociais nas suas intervenções profissionais, considerando as referências expostas nos capítulos 1 e 2 deste estudo, possibilitando compreender com quais projetos (profissional e de saúde) que as suas referências de conhecimento estão vinculadas. No *Eixo 2*, poder-se-á verificar como estão organizadas as atividades profissionais dos assistentes sociais e como se dá a sua execução, considerando os objetivos e demandas postas aos profissionais. Por meio deste eixo será possível verificar como vem se dando a materialidade do

Projeto Profissional Crítico, articulado com o Projeto de Reforma Sanitária, no cotidiano de trabalho das entrevistadas ao estabelecerem seus objetivos profissionais para o atendimento das demandas e necessidades dos usuários dos serviços, assim como na direção de um processo de reflexão que contribua para o protagonismo histórico dos sujeitos sociais. No *Eixo 3*, foi reservado para se discutir a participação e mobilização popular, pois esta é uma dimensão que merece relevo na intervenção profissional, considerando que através dela abre-se um maior campo para a luta pela ampliação e garantia de direitos, para que as demandas sejam analisadas coletivamente e para estimular o protagonismo dos usuários e trabalhadores de saúde no controle social e nos diversos movimentos sociais.

Assim, estes eixos serão utilizados na organização dos dados, pois acredito que através desta divisão será possível refletir de forma detalhada acerca de como as assistentes sociais estão pensando a profissão, as demandas, os desafios do cotidiano, assim como, entender com qual projeto de profissão se identificam e de que maneira esse projeto orienta o seu exercício profissional, considerando todos os desafios institucionais e conjunturais. Ainda, vale apontar que a divisão desta análise em três (3) eixos não os tornam independentes, visto que eles compõem o processo de trabalho dos assistentes sociais em que são articuladas as dimensões teórico-metodológica, ético-política e técnica-operativa.

3.2.1. EIXO 1: Referências de conhecimento, aprimoramento intelectual e investigação/pesquisa

Apesar de entender que tudo o que diz respeito à intervenção das assistentes sociais está permeado por seus conhecimentos, de forma consciente ou não, este subitem teve como objetivo analisar o discurso das assistentes sociais sobre suas referências de conhecimento e a procura por uma educação permanente que amplie e reatualize estas referências. Desta maneira, o subitem destina-se ao discurso direto das assistentes sociais sobre as suas referências de conhecimento para a intervenção profissional. As informações trazidas aqui foram articuladas aos outros subitens também, pois, como apontado anteriormente, não é possível debater nenhum dos itens de forma independente.

A primeira questão deste eixo que foi destinada às assistentes sociais se refere ao aprimoramento intelectual. Insta salientar que, conforme vimos no Capítulo 1, o aprimoramento intelectual aparece duas vezes no Código de Ética do assistente social enquanto um compromisso da categoria na perspectiva da competência profissional, tendo como objetivo a melhoria na qualidade dos serviços.

Acerca disto, foi perguntado durante a entrevista se as assistentes sociais tinham realizado ou pretendiam realizar algum tipo de educação permanente, tais como capacitações, residência, especialização, mestrado e doutorado. Das dez (10) assistentes sociais apenas duas (2) não tinham nenhum tipo de formação continuada, mas, disseram que ainda desejam realizar. Uma assistente social está cursando pós-graduação em “Instrumentalidade do Serviço Social”. As outras sete (7) são especialistas nas mais diversas áreas: “Gestão de Programa de Saúde da Família”, “Saúde Coletiva”, “Dependência Química”, “Infância e Juventude”, “Formação de Dinâmica de Grupo”, “Gestão Hospitalar”, “Recursos Humanos” e “Municipalização da Assistência Social”. Duas (2) entre estas assistentes sociais possuem duas (2) especializações; e uma outra possui mestrado acadêmico em “Saúde Coletiva” e pretende realizar o doutorado nesta área. E, ainda vale complementar que uma das assistentes sociais especialistas disse que pretende realizar o mestrado em Serviço Social.

Considerando as áreas que as profissionais vieram se aprofundando, pode-se observar que uma parte significativa se voltou para estudos no âmbito da saúde, com destaque para a gestão em saúde e a saúde coletiva. Vale destacar que em Juiz de Fora não existe especializações e cursos de extensão públicos na área de Serviço Social, o que é um fator que dificulta a escolha por especializações e cursos na área, considerando que para isso faz-se necessário um investimento dispendioso com cursos privados ou em outros municípios.

Ainda vale considerar que o aprimoramento intelectual buscado pelas assistentes sociais, de forma geral, pode contribuir na ampliação do seu conhecimento acerca das demandas e necessidades dos usuários, adensar os seus conhecimentos teórico-operativos acerca da profissão, ampliar o seu conhecimento sobre as políticas sociais e questões que referem aos seus espaços sócio-ocupacionais, contribuindo de forma significativa no desvelamento da realidade e no estímulo a uma postura investigativa que leve a construção de ações competentes. No entanto, o aprimoramento intelectual por si só não é capaz de levar a essas contribuições, faz-se necessário que o assistente social esteja envolvido com uma orientação crítica e reflexiva, pois o conteúdo absorvido será interpretado conforme as suas vinculações teórico-metodológicas e ético-políticas.

Como vimos no capítulo 2, os Parâmetros para a atuação do Serviço Social na Saúde do CFESS revelou que três características fortes vêm aparecendo no perfil dos assistentes sociais deste campo sócio-ocupacional que rebatem na consolidação do Projeto Profissional Crítico. Estas fortes tendências estão relacionadas à apropriação de conhecimentos na área da saúde que levam aos assistentes sociais se autodenominarem como sanitaristas e se afastam da identidade¹³¹ profissional

¹³¹ Aqui entra o debate da histórica subalternidade profissional e da identidade profissional. Não cabe a este estudo aprofundar estas questões, pois se assim o fizesse levariam a outros caminhos, desviando do objetivo proposto para esta pesquisa. Para aprofundar esta questão conferir a tese de doutorado de Ortiz (2007).

(CFESS, 2010). Assim, o aprimoramento intelectual na área da saúde passa a ser a referência principal para o assistente social, relegando as referências teórico-metodológicas e ético-políticas da sua formação profissional. Volto a afirmar, o aprimoramento intelectual é muito importante para a competência profissional, desde que não haja um obscurecimento da função social da profissão que leva a um distanciamento das finalidades da categoria profissional. Acerca disto, o CFESS (2010, p. 27-28) aponta:

O exercício profissional do assistente social não deve desconsiderar as dimensões subjetivas vividas pelo usuário e nem se reduzir a defesa de uma suposta particularidade entre o trabalho desenvolvido pelos assistentes sociais nas diferentes especialidades da medicina. Esta última perspectiva fragmenta a ação do assistente social na saúde e reforça a concepção de especialização nas diversas áreas médicas e distintas patologias, situação que tem sido colocada pelas demais profissões de saúde como necessária de superação. As novas diretrizes das diversas profissões têm ressaltado a importância de formar trabalhadores de saúde para o Sistema Único de Saúde, com visão generalista e não fragmentada.

Assinolo aqui também que existem outras formas de educação permanente que são importantes para o aprimoramento intelectual dos assistentes sociais, como, por exemplo, a supervisão de estagiários de Serviço Social, a preceptoria de residentes, a participação nas entidades organizativas e em eventos e capacitações formuladas por elas, a participação em eventos relacionados ao objeto de intervenção do Serviço Social, bem como os cursos de curta e média duração também relacionados à área.

Em relação às entidades organizativas da profissão, principalmente, o conjunto CFESS/CRESS, podemos observar que apesar de possuir como atribuição precípua a fiscalização do exercício profissional, estas entidades vêm potencializando, nas duas últimas décadas, a sua inserção e intervenção junto aos profissionais no que concerne a qualificação teórico-política. Com isso, conformam espaços de discussão e capacitação que possibilitam aos profissionais uma maior qualificação de suas intervenções nos seus cotidianos de trabalho frente aos processos sociais que estão em curso. Desta maneira, o conjunto CFESS/CRESS vem ampliando o debate com a categoria em diversos eventos e comissões acerca dos direitos de cidadania, da prestação dos serviços sociais e do processo de trabalho dos assistentes sociais, articulando-os aos desafios postos pela conjuntura atual.

Considerando a importância da participação nestes espaços para o aprimoramento intelectual, foi perguntado as assistentes sociais se elas participam dos espaços abertos nas entidades organizativas da profissão. Apenas uma das entrevistadas afirmou que já participou de uma comissão do CRESS após se formar, mas depois mudou de Juiz de Fora e acabou deixando de

participar, conforme abaixo:

Fazia muito quando era nova. Tinha uma comissão lá que eu não lembro o nome, mas a gente trabalhava com os profissionais do interior. Mas, aí eu fui embora. O meu sonho era voltar para Juiz de Fora. (...) Eu voltei, mas fiquei 2 anos fora. Tem 6 meses que eu voltei a trabalhar. Mas, eu ainda estou assim meio..., tenho que voltar, tenho que entrar no meio de novo. (Entrevistada 8).

Também foi questionado se as entrevistadas participam dos eventos veiculados pelas entidades da categoria. Oito (8) das assistentes disseram que não participam de eventos destas entidades e duas (2) disseram que às vezes participam. No último ano nenhuma assistente social afirmou ter participado dos eventos destas entidades. Ainda vale apontar que em novembro do ano passado o Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social (ENPESS) foi em Juiz de Fora, local de trabalho das assistentes sociais entrevistadas. É claro que devemos considerar também duas questões sobre este evento: ele possui um custo mais elevado, considerando os baixos salários pagos da maioria dos assistentes sociais, a não participação de muitos assistentes sociais que se encontram afastados da academia é esperada; a outra questão se refere ao longo tempo de duração do evento, o que dificulta a solicitação de saída do trabalho para comparecer nele.

Quando perguntadas em relação a eventos relacionados à profissão, a maioria das assistentes sociais se referiram a participar de eventos e capacitações ocorridas dentro dos espaços sócio-ocupacionais que estão (ou estavam) inseridas nos últimos anos, conforme se segue:

Costumo participar da área, por exemplo, do hospital ou do meu outro serviço onde eu trabalho. (Entrevistada 2).

Eu participei da Agenda Família, porque eu trabalhava na Secretaria de Assistência. Então, eu participei de todos os projetos lá, de palestras (Entrevistada 9).

Eu participei, mas não tem relação com o Serviço Social. Tem a ver com o Pro-Hosp¹³². Então, está relacionado com outra área, que é gestão hospitalar. Não tem a ver diretamente com o Serviço Social. (Entrevistada 4)

Eu participava muito de eventos realizados pela secretaria Estadual de Assistência Social. Esses eventos realizados pela Secretaria de Desenvolvimento Social, do Estado, pelo MDS, pelos Conselhos Estaduais. Eles organizavam muitos encontros, seminários; tudo sobre a gestão da política pública de Assistência Social. Eu participava de muitos encontros destes. Lá a gente discutia muita a questão dos profissionais, do Serviço Social, da atuação, mas não eram encontros realizados pelo CRESS, nem pelo CFESS não. Mas, tinha muito a abordagem sobre a atuação dos profissionais (Entrevistada 8).

A partir dos relatos acima, podemos afirmar que as assistentes sociais privilegiam a participação em eventos ocorridos no próprio trabalho. Observe que essas capacitações são

¹³² O Pro-Hosp é um programa estadual de fortalecimento e melhoria da qualidade dos hospitais do SUS, onde são destinados recursos àqueles hospitais participantes que devem cumprir uma série de medidas estipuladas pelo Programa.

importantes para os profissionais, pois nelas podem ser adquiridos conhecimentos técnicos específicos as áreas de atuação do profissional, o que propicia um melhor entendimento da política pública e dos serviços que a materializa. No entanto, muitas vezes estes eventos estão se tornando a única forma de capacitação que as assistentes sociais vêm participando. Logo, pode ser observado um afastamento das discussões que perpassam a qualificação profissional específica do Serviço Social. Mas, tem-se que levar em consideração também que as duas Faculdades de Serviço Social localizadas no município não possuem um cronograma de eventos e de cursos a serem oferecidos para os profissionais, logo, pode-se afirmar novamente que a participação em cursos e eventos na área de Serviço Social se torna dispendiosa, considerando o pouco investimento das instituições de ensino no aprimoramento intelectual dos profissionais do município.

Ao mesmo tempo, deve-se supor também que muitos assistentes sociais não entendem o aprimoramento intelectual como um compromisso enquanto profissional e, portanto, não valorizam tanto os espaços de capacitação e de troca de conhecimentos que sejam externos a instituição. Acreditam que este aprimoramento é simplesmente uma escolha pessoal, tornando a sua importância secundária para a sua intervenção. Em termos gerais, deve-se considerar que o interesse por estas capacitações devem partir do comprometimento com um exercício profissional competente em que o profissional deve buscar, através de diversos mecanismos, o envolvimento com as entidades da categoria e com eventos externos a sua inserção profissional¹³³. Os eventos, principalmente, ligados as entidades organizativas possibilitam que os profissionais qualifiquem e renovem os seus conhecimentos para a apreensão da profissão, das demandas postas aos assistentes sociais e da realidade social em uma perspectiva de totalidade que podem propiciar condições objetivas de construir intervenções comprometidas com o Projeto Profissional Crítico.

Considerando o exposto aqui, pode-se afirmar que o aprimoramento intelectual deve ser visto como parte do trabalho do assistente social, pois auxilia no processo de desvelamento da realidade e na proposição de novas intervenções. Neste sentido, o assistente social poderá ter uma postura qualificada e renovada frente à dinamicidade da realidade social, possibilitando que novas ações sejam definidas para melhor responder as demandas e necessidades dos usuários. Acerca disto, o CFESS (2010, p. 69) aponta:

É a capacitação permanente que possibilita ao profissional romper com a prática rotineira, acrítica e burocrática, e buscar, a partir da investigação da realidade a que estão submetidos os usuários dos serviços de saúde, a reorganização da sua atuação, tendo em vista as condições de vida dos mesmos e os referenciais teóricos e políticos hegemônicos na profissão, previstos na sua legislação, e no projeto de Reforma Sanitária.

¹³³ Alguns dos eventos promovidos pela instituição abordam assuntos vinculados a prática médica colaborando apenas em alguns aspectos com a intervenção profissional.

Vale retomar aqui que, conforme Mito e Lima (2009), estes conhecimentos se conectam as matrizes teórico-metodológicas presentes na profissão. Isto significa que a formação profissional conforma um conjunto de conhecimentos que antecedem os aprimoramentos e capacitações realizados em áreas específicas e estes devem ser conectados a ela. Em outras palavras, faz-se necessário que o assistente social tenha a apreensão de um conjunto de referências técnicas, teóricas, éticas e políticas que qualifique e enriqueça o exercício profissional, tornando-o consciente para os seus agentes (GUERRA, 2007). Conforme Guerra (2007), a ultrapassagem da mera cotidianidade que atinge o patamar do exercício crítico, competente e comprometido se dá pela via do **conhecimento teórico**, da escolha consciente por valores universais, da direção política que atribui a sua prática, bem como de uma postura **renovada e qualificada**.

As duas próximas questões colocadas para as entrevistadas se referem aos conhecimentos que elas acreditam ser fundamentais para a sua intervenção profissional. A maioria das assistentes sociais disse que precisam ter conhecimento das legislações, como podemos ver nas falas a seguir:

Legislação. O tempo todo a gente esbarra em legislação. Legislações específicas de paciente oncológico, legislações de saúde, política pública de saúde (Entrevistada 1).

O Serviço Social é bem amplo, né? Eu acho que a gente tem, aqui pelo menos, a gente tem que ter contato com o INSS, questões de direitos do paciente com câncer: FGTS, fundo de garantia, PIS, o transporte, né? Questão até jurídica também, tem medicação que só com a autorização judicial. Então, é um leque, né? E cada vez surge uma demanda assim... às vezes até nova que a gente não tenha aqui. Quando a gente pensa que já passou por tudo, já viu tudo, aparece alguma coisa. (Entrevistada 2).

Legislação, principalmente. A gente precisa se inteirar de tudo. Primeiramente, direitos e deveres de uns e de outros, dos pacientes, do hospital em relação ao paciente. Mesmo que a gente tem que buscar recurso, [...] alguma coisa, pra gente buscar uma orientação. (Entrevistada 7).

O Código de Ética, todas essas legislações do SUS são muito importantes. Estatuto da criança e do adolescente, Estatuto do Idoso. Tudo que envolve o usuário. Por exemplo, a gente atende criança e adolescente, você tem que está sabendo. Você atende idoso, aparece muito caso de idoso, você tem que saber [...]. Legislação até previdenciária é importante porque vem muita demanda aqui da pessoa que sofreu acidente de trabalho, da pessoa que sofreu acidente e pagava INSS. Se você sabe, você já orienta a família e ela já vai no lugar certo [...]. Aí, eu acho que do SUS, que é muito importante. Essas coisas novas também de território, que eu nem sabia. Eu estudei pra concurso, não sabia que tinha avançado tanto. Esse pacto pela humanização. Tudo o que fala de SUS a gente tem que saber. Essas questões de BPC, LOAS. Até de passe interestadual, até coisa lá do MDS de benefício. Tudo o que a gente pode está orientando a família, o usuário, você tem que entender para você poder está orientando. (Entrevistada 8).

O Código de Ética profissional é uma importante legislação para o profissional e foi reportado apenas por uma das entrevistadas nesta questão. Já a *Entrevistada 1* apontou para uma visão mais ampliada sobre os conhecimentos necessários, apesar de não aprofundar a questão,

conforme podemos ver a seguir:

A prática, a teoria e um olhar investigativo. Eu acho que o assistente social precisa ter este olhar (Entrevistada 1).

Outras assistentes sociais enfatizam a questão do conhecimento acerca da rede de serviços e da própria instituição:

O primeiro é o conhecimento da rede. Isso é ponto fundamental para a nossa intervenção. E, segundo, o conhecimento da realidade da instituição (Entrevistada 5).

Olha, conhecimento da rede de saúde, impacta muito porque às vezes o médico fica dependendo..., geralmente, o médico ou outro profissional não tem acesso por completo a rede de saúde. Então, às vezes o médico vai depender de um encaminhamento ou alguma coisa que vai depender de um contato antes com a gente, pra gente está junto com o médico, tentando identificar um melhor órgão assim que poderia encaminhar. Geralmente, nem todo mundo tem acesso a esse conhecimento, a essa rede de atenção à saúde. (Entrevistada 6)

A maioria dos nossos pacientes aqui não são de JF, então, a gente também tem que contar com este conhecimento que a gente acaba obtendo que vem das secretarias, seja lá de que forma for, o que o município dele pode está ofertando para ele também. Então, a gente tem que ter esse conhecimento bem grande e, principalmente, o que o hospital oferta porque nós somos realmente um elo de ligação dele, do usuário com a instituição. (Entrevistada 4).

E, a *Entrevistada 10* acredita que os conhecimentos fundamentais a sua intervenção são aqueles relacionados à saúde e relata a necessidade de se especializar em uma determinada área a qual está atuando mais especificamente:

Conhecimentos..., é complicado... Eu acho que você deve se atualizar na saúde, o problema é que a saúde ela abrange várias outras coisas também, né? Falar que você precisa estudar saúde, mas você acaba tendo que estudar um pouco de cada coisa, que a saúde agrega tanta coisa. [...] Eu acho muito difícil você cair em uma frente [de trabalho] sem dar uma estudada sobre a área. Você precisa se especializar um pouco mais, estudar um pouco sobre isso. (Entrevistada 10).

Em síntese, os conhecimentos mencionados foram:

Tabela 5: Referências de conhecimentos

Legislações variadas	Rede de serviços	Conhecimentos na área da saúde	Teoria/prática	Conhecimento Institucional	Legislação profissional - Código de Ética
5	3	1	1	1	1

Fonte: Dados coletados pela pesquisado

A partir destas respostas, pode-se afirmar que a maioria das assistentes sociais entrevistadas acredita que os conhecimentos principais para a sua intervenção estão relacionados com a

interpretação de legislações e conhecimentos sobre a rede de serviços. Isto significa que os conhecimentos instrumentais são privilegiados em detrimento dos fundamentos teórico-metodológicos e ético-políticos. Somente uma assistente social se refere ao conhecimento teórico. Conforme Iamamoto (2008), é através do conhecimento teórico que se apreende as determinações que constituem a prática, sendo aquela condição para a explicação do real e também condição para desvendar as possibilidades de ação no processo social.

O conhecimento de legislações e da rede de serviços é importante para a intervenção profissional, pois através destes conhecimentos é possível facilitar o acesso dos usuários aos serviços de saúde da instituição e da rede de serviços e aos demais direitos sociais. Assim, a preocupação das entrevistadas em conhecer a rede de serviços e as legislações significa, supostamente, o compromisso destas com a garantia e ampliação de direitos, indo na perspectiva do Projeto Profissional Crítico e do Projeto de Reforma Sanitária. Conforme vimos, o trabalho intersetorial é um elemento importante para se alcançar a integralidade do atendimento prevista pelo SUS. O assistente social é um dos profissionais que mais estabelece relações intersetoriais que possibilitam a continuidade do tratamento em outros serviços da rede de saúde, o acesso a equipamentos e medicações, bem como o acesso a bens e serviços ofertados pelas outras políticas sociais.

No entanto, cabe assinalar aqui que somente os conhecimentos relacionados com as legislações e com a rede de serviços não dão subsídios para apreender o objeto de intervenção do assistente social, seu movimento e suas contradições. Assim, são necessários, também, conhecimentos que desvendem o seu objeto de intervenção, que são as expressões da questão social, para que haja uma compreensão das demandas e necessidades dos sujeitos atendidos. É neste movimento que se dá a unidade entre conhecimento teórico e prático.

Importante se faz também refletir que existe uma equivocada expectativa da categoria dos assistentes sociais em relação à teoria e a prática que se revela na suposta necessidade de construir um saber específico na área da saúde que muitas vezes caminha para a negação da formação original em Serviço Social, conforme o CFESS (2010). É importante que os assistentes sociais entendam das especificidades da área de atuação no hospital, mas não deve perder de vista a totalidade social e a sua identidade profissional. Insta salientar que às vezes esse afastamento não se torna visível, já que o assistente social continua orientando direitos e realizando encaminhamentos próprios do Serviço Social, porém não realiza as articulações necessárias para a compreensão da realidade social, restringindo as suas intervenções e seus conhecimentos ao aprofundamento de uma doença específica, inclusive, tomando para si orientações das áreas da Psicologia, Enfermagem e Medicina.

No que concerne as legislações específicas do Serviço Social, vale retomar que somente apareceu uma vez referência ao Código de Ética. Também não foram citados os conhecimentos teóricos-metodológicos fundamentados na teoria social de Marx e na tradição marxista, que podem auxiliar no desvelamento da realidade e das demandas e necessidades dos sujeitos. No entanto, na próxima pergunta acerca dos autores que as entrevistadas vêm se utilizando para refletir e organizar a sua prática profissional foram citadas leituras marxistas. Assim, foram obtidas as seguintes respostas:

Maria Inês de Souza Bravo e eu me direciono muito pelas diretrizes do assistente social na saúde do CFESS. (Entrevistada 1).

José Paulo Netto, Marilda também, que é fundamental. E, livros voltados para a oncologia também. (Entrevistada 2)

Eu gosto muito do José Paulo. (Entrevistada 9).

A gente lê mais Marilda, né? E os que discutem mais saúde, não estou lembrando agora mais especificamente. Mas, assim, a gente tem que ter muitas leituras das leis que embasam o nosso serviço e tem também uns livros de atualização para previdência, para outros benefícios, que a gente está sempre lendo também. (Entrevistada 6).

Eu não lembro nome de autor. Eu li muita coisa porque eu fiz um concurso agora para o Rio de Janeiro, para trabalhar em saúde e um no final do ano passado, em 2011, que aí eu conheci o pacto pela *Humanização*. Eu estudei muita coisa, muita legislação nova na área da saúde. É, muito texto bom. Li uns agora para um concurso que teve em Macaé, mas não deu para estudar legal não. Mas, assim, nome específico não sei não. Mas, a gente lê sempre Yamamoto na questão do Projeto Ético-Político. Mas, vou ser sincera de nome assim, eu não vou lembrar. (Entrevistada 8).

A *Entrevistada 8* ainda acrescentou a seguinte preocupação nesta questão:

O que eu lembro, que eu associo muito a estes textos que eu li e que tem a ver com o Código e com o Projeto Ético-Político é ir mais, é não só olhar o usuário que está aqui. É ver de onde ele pertence, a classe. Então, você vê o que está fazendo, o que está acontecendo aqui é reflexo de quê. [...] Eu sempre estou associando, só que eu acho que tenho que ler mais. (Entrevistada 8).

Ao que parece às leituras que a assistente social vem realizando no intuito de ser aprovada em um concurso está possibilitando que ela reflita mais as relações de produção e reprodução da classe trabalhadora, estabelecendo conexões entre a vida dos sujeitos atendidos e a sua inserção sócio-histórica, que é atravessada por determinantes advindos da sociedade capitalista.

Em relação às outras entrevistadas, José Paulo Netto, Marilda Villela Yamamoto, Maria Inês Souza Bravo e os Parâmetros do CFESS foram citados como autores que compõem os seus referenciais teóricos, como exposto nas citações acima. Aliado a isso, houve uma reafirmação de referências a documentos na saúde e nas legislações para orientar-se profissionalmente por parte de

algumas entrevistadas, enfatizando-se a preferência pelas legislações e normatizações do Ministério da Saúde:

Essas de prática. De Serviço Social, atualmente, eu nem venho fazendo leitura desses livros clássicos não. A gente vem ao longo do tempo aprimorando, o que tem de moderno, o que a gente pode..., principalmente, legislação. Que é o que mais nos interessa atualmente essa questão da legislação que ampara o usuário do SUS em todos os seus sentidos. A política nacional de humanização, o HumanizaSUS, a carta de direitos dos pacientes. A gente tem sempre embasado nisso. Principalmente, o estatuto da criança, do Idoso, esses são principalmente os nossos instrumentos de trabalho (Entrevistada 4).

Então... Depende. Vamos supor a medida que vão surgindo algumas novidades, digamos assim, de atualizações de leis, acho que a primeira coisa é, a gente sempre acompanha como que vai evoluindo, o que orienta politicamente. Então, acho que é a primeira coisa que a gente vê. Igual eu falei, cada ambulatório que a gente se insere tem um tipo de protocolo, então tem um protocolo de atendimento, tem uma lei que respalda [...]. Então, geralmente, a gente vai primeiro na parte mais burocrática, mais legal, mais política assim, vê normas, [...]. Então, você dissecar aquilo tudo, né? Aí, depois que eu acho que é o acadêmico, você vai ver se tem algum texto mais recente sobre aquilo. Mas, eu acho que quando você está no serviço a primeira coisa é buscar mesmo algum aparato jurídico legal, as orientações, o que o governo prevê, o que o SUS prevê para aquilo que você está trabalhando. (Entrevistada 10).

E, ainda complementa que o seu olhar para o campo de atuação é muito específico:

Aí, também a parte legal, enquanto profissão, que orienta a parte do Serviço Social. Então, a gente tem o código tem, mas eu acho super legal os parâmetros que é o mais recente que a gente tem de orientação da atuação da saúde. Mas, eu confesso assim que eu olho ainda muito específico. O que eu sei das outras frentes nossas? Não sei se é porque não dá tempo também. Então, você acaba tendo que priorizar. Tem muita coisa que eu sei muito superficialmente, teve muita novidade na assistência nos últimos tempos, mas que eu acompanho muito superficialmente porque você tem que priorizar e dar uma focada aqui, conforme as demanda. Então, ainda sei muito pouco em cima de como está a demanda assistencial, a gente sabe que tem a rede, que tem o CRAS, que tem o SUAS, mas eu queria me aprofundar mais nessa área, mais dentro do debate. Eu acompanho mais distante, eu, realmente, leio mais sobre saúde mesmo. Eu gosto muito. (Entrevistada 10).

Considerando o conjunto das afirmações das entrevistas, pode-se perceber que algumas assistentes sociais estabelecem em seus discursos um distanciamento entre a teoria e a prática; e uma fragmentação entre os vários conhecimentos, focando-se, principalmente, se não exclusivamente, no conhecimento e interpretação de normas e leis e de saúde. Insta apontar que usar os conhecimentos advindos das legislações é muito importante, mas estas devem estar associadas a outros conhecimentos carregados de concepções ídeo-políticas, criando ações que não só se remeta a orientações e encaminhamentos, mas, também, que se direcione para o processo reflexivo dos usuários e o fortalecimento de espaços de mobilização popular, a fim de que as intervenções não terminem apenas no atendimento imediato das demandas.

Considerando o exposto até aqui sobre os referenciais de conhecimento e aprimoramento

intelectual buscado pelas assistentes sociais, foi direcionada uma questão mais direta sobre os projetos profissionais que as assistentes sociais se orientam, visando articular com o que já havia sido exposto, aproximando mais dos objetivos da pesquisa. Assim, foi perguntado a cada entrevistada: você se orienta por qual projeto profissional? Na verdade, esta é a pergunta central deste trabalho e quando direcionada as entrevistadas foi com o objetivo de fazer uma interpretação para além do discurso indireto encontrado nas referências de conhecimento e na busca por aprimoramentos intelectuais.

Assim, acerca da questão, das dez (10) entrevistadas cinco (5) afirmaram se orientar pelo Projeto Profissional Crítico¹³⁴; duas (2) identificaram o seu projeto profissional como “clínico” e “institucional”; uma (1) afirmou desconhecer o Projeto Profissional Crítico e não se posicionou quanto à questão; e, uma (1) estabeleceu uma relação entre o Projeto Profissional Crítico e o Projeto de Reforma Sanitária, afirmando que se orienta pelos dois projetos. Seguem as respostas das entrevistadas acerca da questão:

Na verdade, a nossa intervenção é muito voltada para a realidade da instituição. (Entrevistada 5).

O clínico, né? (Entrevistada 2).

Eu acho que a gente busca mais o clínico e o institucional. Não dá pra gente ter uma prática dissonante do que o hospital acredita e com que ele nos oferta. A gente trabalha muito nessa linha, bem mais nessa do que na outra, eu acho. (Entrevistada 4).

Vale destacar que a identificação do projeto profissional com o da instituição pode levar a ações instrumentais que atendam apenas as demandas imediatas, o que muitos assistentes sociais chamam de “apagar fogo” das instituições nas quais trabalham. Deste modo, a intervenção se prende a aparência da realidade social, intervindo ao nível do imediato, em que através de uma análise mais limitada da realidade são incapazes de aprendê-la em sua totalidade e como possibilidade, no seu vir a ser, como superação dialética (GUERRA, 2005; 2010). Esta identificação leva a uma prática tecnicista e burocrática, revelando uma reatualização do conservadorismo profissional, onde os profissionais são demandados, como em outrora, a diminuir os conflitos que surgem nas instituições.

Já o caráter clínico afirmado pelas entrevistadas se dá pela via da psicologização das demandas, recuperando o caráter dos projetos conservadores que se voltam para a “ajuda” dos indivíduos atendidos, mesclado com o discurso do direito. As expressões da questão social, neste caso, podem permanecer sendo tratadas como problemas individuais, contribuindo para a sua

¹³⁴ Aqui mantenho o nome Projeto Profissional Crítico, mas as entrevistadas se referiram a Projeto Ético-Político, considerando que esta é a denominação mais corrente dentro da profissão.

despolitização.

Sob o ponto de vista de Guerra (2005), as demandas da contemporaneidade estão atravessadas por novas mediações e para respondê-las vem prevalecendo o caráter voluntarista, missionário e vocacional da profissão, através da atualização de mecanismos técnico-instrumentais. A autora assinala que as demandas as quais trabalhamos são saturadas de determinações que “exigem mais do que ações simples, repetitivas, instrumentais, de rápida execução, de resolução imediata, de decisões tomadas em caráter de urgência, isentas de conteúdo ético-políticos” (*Ibid.*, p.25). Se os profissionais se prendem apenas as demandas institucionais e/ou se voltam para práticas terapêuticas o Projeto Profissional Crítico é colocado em xeque, pois acaba gerando uma forma irracional de interpretar os movimentos sócio-históricos, onde os valores democráticos-universais e os projetos societários alternativos são desacreditados, corroborando para o retrocesso da profissão.

Em relação às outras assistentes sociais, como dito anteriormente, cinco (5) afirmaram se orientar pelo Projeto Profissional Crítico, mas não acrescentaram nenhuma reflexão a esta questão, e uma (1) afirmou se orientar pelo Projeto Profissional Crítico e pelo Projeto de Reforma Sanitária, conforme o relato abaixo:

Ai, é difícil isso, né? Acho que está tudo tão interligado [...]. O meu olhar é todo orientado pela minha formação [...]. Estou chamando de formação aquilo que veio no meu processo de graduação, tudo que veio desse projeto, concordo. Por isso que eu até brinquei com você acho que está mais para projeto ético-político do que para alguma coisa clínica [...]. Porque se você for olhar toda a trajetória da saúde, ela também se orienta de certa forma com uma perspectiva também crítica. . Então, acho que está tudo muito interligado. Você se orienta pela saúde pública, você defende a saúde pública. Eu acho que são olhares, mas dentro da mesma perspectiva, uma perspectiva crítica. Uma perspectiva de defesa dos direitos, uma defesa do SUS. Então, por isso que eu falo que é uma formação que eu não sei se está tão separada, porque eu acho que o projeto da Reforma Sanitária vai ao encontro do projeto ético-político nosso. Então, pode dizer que são os dois projetos que orientam: Projeto da Reforma Sanitária e Projeto Ético-Político, acho que os dois são totalmente articulados. (Entrevistada 10).

Interessante que a *Entrevistada 10* revela um conhecimento mais profundo sobre o Movimento de Reforma Sanitária, salientando a sua perspectiva crítica e ideológica. Isto possibilita pensar a saúde para além do acesso aos serviços, visto que o projeto de Reforma Sanitária se refere ao conceito ampliado de saúde que compreende as condições de vida e trabalho dos sujeitos como determinantes do seu processo saúde-doença. Logo, afirma a necessidade de uma articulação entre a política de saúde e as políticas sociais e econômicas do país. Conforme Paim (1986, p.46):

o perfil de saúde de uma coletividade depende de condições vinculadas à própria estrutura da sociedade, e que a manutenção do estado de saúde requer a ação articulada de um

conjunto de políticas sociais mais amplas, relativas ao emprego, salário, previdência, educação, alimentação, ambiente, lazer

A próxima pergunta feita aos assistentes sociais se refere a um importante componente do Projeto Profissional Crítico - o Código de Ética. Visando aprofundar sobre os conhecimentos que as assistentes sociais se utilizam na sua orientação profissional, foi pedido a elas que falassem sobre os princípios do Código de Ética que direcionam o trabalho delas no hospital. Algumas entrevistadas não conseguiram responder a questão, conforme podemos ver abaixo:

Ah, lembrar, eu realmente não lembro não porque são muitos e eu não sei assim exatamente para estar te respondendo. (Entrevistada 3).

Eu não consigo te responder. (Entrevistada 1)

Ética é tudo na vida. Faz tanto tempo que eu estudei que a gente não lembra. Mas, eu acho que a gente tem que agir com seriedade, com respeito, com lealdade ao outro. Fazer de forma mais correta que a gente puder. Não é verdade? (Entrevistada 7).

Outras entrevistadas trouxeram o dever/direito de sigilo profissional do assistente social em relação aos usuários ao responder esta questão:

O sigilo, né? Eu acho que tem que ter a ética profissional voltada para o sigilo. Eu acho que a sua conduta profissional tem que ter isso. (Entrevistada 2)

Os princípios básicos. A **questão do sigilo profissional**. Apesar da gente não ter ambiente adequado a gente procura preservar dentro dos nossos limites e a questão ética com o profissional com quem a gente trabalha. A gente divide também o espaço, divide os projetos, divide a ação, então assim, é questão de buscar ser ético com o profissional que também trabalha com a gente, além de ser ético com o usuário obviamente. [...] Duas coisa que a gente não pode perder de vista com relação a ética que a gente deve ter com o usuário: a gente vê isso com muita frequência, não deixar que isso se torne natural pra gente. E, segundo a rapidez do nosso atendimento, a demanda por atendimento é imensa e a gente tem que dar respostas muito imediatas. Então, a gente tem que tomar o cuidado de não tornar isso muito automático. Está vendo a questão da individualidade de cada um, não deixar perder isso. (Entrevistada 5)

Apenas duas (2) entrevistadas apontaram dois princípios do Código de Ética se referindo ao compromisso com a defesa dos direitos humanos e com o empenho na eliminação de todos os tipos de preconceito:

Eu lembro dos princípios. Eu acho, assim, o que mais impacta aqui no hospital, o que mais tem a ver, eu acho que é aquela defesa intransigente dos direitos humanos. (Entrevistada 6).

Engraçado eu nunca parei para pensar sobre isso, nunca sistematizei isso. Primeira coisa eu não sou uma pessoa de leis. A nossa colega de trabalho aqui é uma fissurada em leis, acho que ela deve saber o código de ética de cor, adora. E, eu acho que eu sou uma pessoa que jamais faria direito odeio ficar olhando normas e princípios e tal, não sou muito normativa assim. Eu não sei, primeiro porque eu não decoro [...]. A primeira coisa que veio a minha cabeça foi a questão de trabalhar o preconceito. Assim, confesso que eu nunca parei para pensar nisso, mas na hora que você falou o que te orienta, a primeira coisa que veio na

minha cabeça foi preconceito, sabe? (Entrevistada 10).

Como explicado neste estudo, o Código de Ética (1993), mais do que normas e prescrições de direitos e deveres, traz no seu bojo uma orientação teórica e valorativa da categoria profissional, sendo, portanto, um valioso elemento do Projeto Profissional Crítico. Assim, o CE rompe com a concepção de neutralidade profissional e ultrapassa os valores abstratos dos Códigos conservadores anteriores na profissão. Ele exalta a existência genérica dos sujeitos em seus aspectos universalizantes, trazendo valores radicalmente humanos e democráticos, atravessados por um compromisso com a autonomia, a emancipação e a plena expansão dos indivíduos sociais (CFESS, 1993a). Desta, maneira, exige reflexões e ações críticas no cotidiano profissional à luz da liberdade, da democracia, da justiça social, da equidade e da emancipação humana. Conforme Barroco (2012), a realização ética não depende de uma “boa” intenção dos profissionais, ela deve ser realizada de forma consciente (ação teleológica), só assim os princípios deste Código ganham espaço para se materializar. Isto significa que as ações dos profissionais reproduzem valores e posicionamentos de valor que irão omitir, negar ou afirmar finalidades com conteúdos valorativos.

Logo, o conhecimento do CE é primordial para aqueles assistentes sociais que afirmam se orientar pelo Projeto Profissional Crítico, pois aquele revela os valores éticos fundamentais para uma intervenção crítica e reflexiva, explicitando as finalidades profissionais do conjunto da categoria. Assim, orientar-se pelo Código de Ética não significa a memorização do seu conteúdo, mas sim a compreensão dos seus fundamentos para que as intervenções sejam construídas¹³⁵ sob a sua orientação, ganhando, portanto, materialidade.

Barroco (2012) destaca que a tradução dos valores essenciais para a intervenção profissional vem sendo uma das grandes dificuldades encontradas por muitos profissionais. Isso se dá porque os valores defendidos pelo Código de Ética muitas vezes são abstraídos de suas determinações históricas, ao passo que as visões que são incorporadas pela sociedade se dão por meio da ideologia dominante, o que contribui para essa abstração e para que o significado real destes valores sejam ocultados. Para finalizar esta questão, insta apontar que a apreensão e orientação dos assistentes sociais destes valores ético-políticos impressos no CE dependem, a priori, de conhecimentos teórico-metodológicos. Logo, assinala-se a importância de estabelecer uma articulação entre os conhecimentos teórico-metodológicos, ético-políticos e técnico-instrumentais, reafirmando que estes formam “uma unidade na diversidade”, conforme Santos (2008).

E, por último, pressupondo os conhecimentos das assistentes sociais sobre o movimento

¹³⁵ Considerando aqui todos os determinantes que a profissão sofre, ainda sim, orientar-se pelo Projeto Profissional Crítico e pelo Código de Ética, como elemento deste projeto, abre um campo de possibilidades para que as finalidades profissionais sejam alcançadas nos seus mais diversos níveis.

sanitarista, foi perguntado às entrevistadas acerca das possíveis articulações entre este Projeto de Reforma Sanitária e o Projeto Profissional Crítico. Algumas das assistentes sociais ficaram confusas com a questão colocada, alegando dificuldade em explicar, conforme os trechos abaixo:

Ah, como eu posso te explicar, é ... Ah, não sei colocar isso em palavras. Ah, mas eu acredito que sim, tá? (Entrevistada 3).

Eu acho, mas não sei como te responder. Como eu vou te responder? Ah, não sei como te responder. Tem, é tratar o indivíduo com os direitos, por exemplo, que ele tenha assegurado os seus direitos sociais, políticos, seus direitos básicos de sobrevivência. Porque lá eles começaram a tratar saúde como..., antes era tratado saúde como ausência de doença e eles viram que não. Então, a Reforma lutou por isso, que a questão da saúde envolvia uma série de outras questões: de habitação, de trabalho, que o projeto ético-político fala muito isso, né? Das condições de trabalho, de educação, de moradia, de tudo. Então, é..., eu não sei é te explicar, eu não consigo te explicar. A luta era para assegurar que todos esses direitos fossem garantidos, sem ter contribuição para isso, que fosse um direito de todos. E, aí muitos assistentes sociais participaram disso, também da Reforma, auxiliando. Eu não sei se foram só debates, em termos de produção teórica, mas eu acho que não, teve também atuação. (Entrevistada 8).

Eu acho que a Reforma Sanitária foi positiva porque a saúde passou a ser vista como um direito de todos os cidadãos, um dever do Estado. E, passou a trabalhar com a prevenção, não só mais de forma curativa. Agora, de acordo com o nosso projeto ético-político, eu acho que a saúde está mais humanizada. Eu acho que o trabalho está sendo mais humanizado. (Entrevistada 9)

Apesar da dificuldade de explicar esta articulação, algumas entrevistadas estabeleceram certas relações entre os projetos, revelando os seus conhecimentos acerca dos princípios e diretrizes do SUS e a intervenção do assistente social. Aparece nas respostas das entrevistadas a questão do conceito ampliado de saúde; a saúde como direitos de todos e dever do Estado; a participação social e a garantia de acesso. Como mostrado neste estudo, são inúmeras as articulações possíveis entre os dois projetos, visto que os dois vão em direção a ampliação e a garantia de direitos, do controle social e de valores radicalmente democráticos. Sendo assim, estabelecer estas articulações a fim de dar respostas qualificadas as necessidades e demandas dos usuários requer um conhecimento aprofundado dos fundamentos dos dois projetos. Acerca disto, Bravo e Matos (2006, p. 17) afirmam:

O trabalho do assistente social na saúde deve ter como eixo central a busca criativa e incessante da incorporação dos conhecimentos e das novas requisições à profissão, articulados aos princípios dos projetos da reforma sanitária e ético-político do Serviço Social. É sempre na referência a estes dois projetos que se poderá ter a compreensão se o profissional está de fato dando respostas qualificadas as necessidades apresentadas pelos usuários.

E, como última questão deste eixo, pergunte sobre a questão da investigação/pesquisa como uma forma de conhecer a realidade social, desvelando as suas determinações, contradições e

movimentos a fim de compreender as demandas e necessidades dos sujeitos atendidos para além da imediatividade as quais são apresentadas no cotidiano de trabalho. Desta maneira, questionei às assistentes sociais se elas já haviam realizado alguma pesquisa/investigação. Das dez (10) entrevistadas cinco (5) nunca realizaram pesquisa/investigação na instituição, sendo que destas, duas (2) têm pouco tempo que estão no hospital, logo, não tiveram a possibilidade de estar efetuando nenhuma ação investigativa. Das outras cinco (5), uma parte disse que faz “pesquisa” de satisfação dos usuários e/ou realiza (ou foi realizada) pesquisas pelas estagiárias com a participação delas, conforme pode ser visualizado nas respostas que seguem:

A gente está fazendo agora. As minhas estagiárias estão fazendo o levantamento das abordagens sociais que a gente fez sobre o perfil dos pacientes que a gente atende. (Entrevistada 1).

No [ambatório 1¹³⁶] a gente fez a partir da monografia das meninas, a gente fez o perfil socioeconômico. O caso da [doença 1], eles têm um grupo, uma coisa que realmente tem o mesmo peso, para a maioria, do que uma consulta medica. O objetivo maior das meninas era avaliar mesmo, compreender o processo grupal mesmo. Eu acho que é isso mesmo, a concepção... Qual que é a concepção pra esses usuários desse grupo. Compreender mesmo, avaliar o impacto, o que representa pra eles esse grupo. Porque a gente sentia isso no “tête-à-tête”, na convivência, queria sistematizar o que representa pra eles esse grupo na vida deles. E a gente está pensando em sistematizar agora as fichas [do ambatório 2], mas para ter uma visão bem global em cima dessa ficha [...] de abordagem mais ampla, sistematizar isso. Mas, quando a gente faz alguma coisa, a gente faz mais pontual para às vezes enviar para um congresso alguns dados. Algumas precisam de mais tempo, da mais trabalho de fazer. (Entrevistada 10)

A gente já realizou por um período longo a pesquisa de satisfação do usuário, não com o Serviço Social, mas com todos os funcionários dos setores da instituição. Era uma pesquisa que ela era bimestral que a gente realizava, também contando com as alunas da faculdade para nos auxiliar na realização. Mas, a gente também teve que interromper por conta da redução do número de estagiárias. Uma vez a gente teve uma pesquisa. As acadêmicas fizeram uma pesquisa com os profissionais aqui do entendimento que eles tinham do papel do Serviço Social, pena que eu não tenho em mãos para te mostrar o que apareceu... (risos). (Entrevistada 5).

Específico do Serviço Social? O Hospital é quem faz pesquisa aí de satisfação. Tem um setor de qualidade que faz pesquisa de satisfação. Mas, nós não. (Entrevistada 3).

Não, eu penso em fazer nos pacientes na cirurgia. (Entrevistada 9).

Em relação as assistentes sociais que nunca realizaram pesquisa/investigação foi perguntado sobre o porquê de não terem realizado, algumas respostas obtidas foram:

Não teve essa necessidade ainda. E assim não foi... não teve. (Entrevistada 2)

Eu acho que o tempo ainda não deixou (risos). Acho que a demanda ainda não deixou. (Entrevistada 6).

¹³⁶ Os nomes dos ambatórios foram suprimidos para garantir o sigilo das informações fornecidas pela entrevistada.

No que concerne a importância de realizar pesquisas/investigação no campo sócio-ocupacional, duas entrevistadas posicionaram que estas podem melhorar a qualidade do atendimento prestado aos usuários, conforme podemos ver abaixo:

Às vezes a gente é meio preguiçoso confesso. Mas quando você faz é muito legal. Você visualiza muito melhor. Eu acho muito interessante quando a gente tentou mapear, tentou fazer um perfil socioeconômico. Eu acho que pesquisa só agrega, sistematizar só contribui, só aprimora seu trabalho. (Entrevistada 10).

Porque a gente não sabe. A gente tem ideia, mas não conhece o usuário que a gente atende. Eu acho que quando a gente conhece, a gente consegue tratar melhor, direcionar o tratamento. (Entrevistada 1).

Interessante apontar que aqueles espaços sócio-profissionais que contêm estagiárias estão mais propícios ao envolvimento de pesquisas pelos profissionais, visto que as acadêmicas realizam suas pesquisas de monografia na área do estágio e/ou auxiliam na sistematização de dados coletados pelos profissionais durante algum tempo, agregando conhecimentos ao campo de estágio. Assim, a supervisão de estágio pode ser vista como um aprimoramento intelectual, como assinalado anteriormente, pois contribuem muito para que os assistentes sociais permaneçam articulados com o ambiente acadêmico, possibilitando que os conhecimentos dos profissionais, de certa forma, sejam atualizados e renovados, inclusive, pela pesquisa.

A postura investigativa é uma das atribuições e competências do assistente social presente na Lei n. 8.662/1993 e, conforme Guerra (2009), ela é uma pré-condição do exercício profissional competente e qualificado, sendo necessário que se torne um elemento constitutivo do trabalho profissional.

Assim é que, no cumprimento das atribuições e competências socioprofissionais, há que se realizar permanentemente a pesquisa das condições e relações sob as quais o exercício profissional se realiza, dos objetos de intervenção, das condições e relações de vida, trabalho e resistência dos sujeitos sociais que recebem os serviços. Faz-se necessário não apenas coordenar e executar políticas sociais, projetos e programas, mas também avaliá-los, coordenar pesquisas, realizar vistorias, perícias e laudos, emitir parecer técnico, formar assistentes sociais. Aqui se reconhece e se enfatiza a natureza investigativa das competências profissionais. Mais do que uma postura, o caráter investigativo é constitutivo de grande parte das competências/atribuições profissionais (GUERRA, 2009, p.).

Mas, cabe fazer algumas considerações acerca do que foi colocado como pesquisa pelas entrevistadas. Primeiro, a construção de perfil dos usuários atendidos muitas vezes ficam apenas na aparência, tratando-se apenas de uma sistematização de dados, o que não a caracteriza como uma pesquisa e/ou investigação. Neste caso, o conhecimento se limita a tornar conhecido o existente e apenas reproduz a realidade conforme ela se apresenta no imediato, ou seja, na sua aparência,

mantendo-se a realidade. A atitude investigativa é a permanente busca do novo pela reconstrução de categorias teórico-metodológicas para a leitura e para a intervenção na realidade social. Desta maneira, a investigação e a pesquisa tornam possível a superação da visão pragmática na ação profissional, centrada na imediatividade dos fatos. A investigação e a pesquisa, mesmo que em níveis diferenciados, se constituem na construção de um conhecimento que partindo de uma razão dialética que “capta o movimento do objeto, a sua lógica de constituição, percebe o que o objeto é e como chegou a ser o que é (seu processo de constituição), quais seus fundamentos, sua capacidade de transformar-se em outro” (GUERRA, 2009, p. 8). Este conhecimento produzido a partir da realidade, mas em um processo dialético, vai além da imediatividade da vida cotidiana. Assim, a pesquisa e a investigação permitem entender as particularidades do campo sócio-ocupacional, macrosociais, assim como ao que se refere aos sujeitos atendidos, possibilitando assim definir as intervenções que melhor respondam as demandas e necessidades dos sujeitos, conforme explicado por Miotto e Lima (2009) neste estudo.

Desta maneira, é muito importante que os assistentes sociais tenham uma postura investigativa para aproximar-se mais da realidade social, ultrapassando aquilo que está dado como imediato. Para tanto, faz-se necessário também uma conexão com as matrizes teórico-metodológicas aos quais os assistentes sociais se orientam, visto que somente através dessa conexão, os dados levantados podem ser sistematizados e interpretados para as finalidades profissionais, ultrapassando a imediatividade da informação para compreender a dinamicidade da realidade, seus determinantes, duas contradições. Caso contrário, estes dados terminam em si, conformando apenas um perfil dos usuários ou uma opinião destes sobre um serviço ou uma ação, perdendo o seu significado de investigação.

Acerca da “pesquisa de satisfação” uma das assistentes sociais ao falar da identificação dos usuários nestes questionários revela a sua intervenção a partir deles:

Com certeza. Igual uma funcionária falando que não pode, que não pode haver identificação. Eu falei: “ele pode ter o PhD do PhD, eu estou me colocando no lugar do usuário”. Eu vou fazer uma reclamação, eu quero uma satisfação, eu quero entender. Se eu chego no hospital, se eu sou atendida, se não me agrada determinado setor e eu coloco ali, eu quero colocar o meu telefone, eu quero colocar o meu nome pra que alguém me responda. [...] Eu concordo que a pessoa tem a liberdade de deixar o nome e o telefone. De modo que eu possa retornar, vejo um problema, vejo junto ao que aconteceu. Vou a direção, buscando às vezes uma possível solução ou se aconteceu uma possível internação como podemos agir, o que a gente pode fazer de forma diferente para sanar aquele mal-estar, o que aconteceu se tem fundamento mesmo e retorno. (Entrevistada 7).

Quanto aos questionários de satisfação do usuário, vale reter que estes se tratam de uma forma de captar algumas demandas que não foram atendidas pelos profissionais no momento em

que os usuários estiveram presentes na instituição, mas não conformam pesquisa/investigação. Estes questionários podem contribuir muito para a ação profissional, já que é um meio de entender quais foram as dificuldades e problemas encontradas pelos usuários nos hospitais, principalmente, no que concerne a violação de direitos, que às vezes não as procuraram. Ou seja, isso possibilita que o profissional reflita sobre o campo sócio-ocupacional e ainda intervenham em situações que forem de sua competência, interpretando as demandas que aparecem nestes questionários de satisfação. Mas, para tanto, também faz-se necessário um trato teórico, ético e político na leitura destes questionários, pois, caso contrário, as intervenções do assistente social podem ir na direção de amenizar conflitos e não de garantir direitos. Estes questionários podem servir como subsídios para investigações também, já que trazem uma visão dos usuários sobre os serviços prestados, trazendo dados iniciais que podem ser aprofundados em uma pesquisa/investigação.

Postas essas análises acerca dos referenciais de conhecimento, do aprimoramento intelectual e da investigação/pesquisa, faz-se necessário entender como as assistentes sociais a partir destas referências estão organizando e execução das suas atividades profissionais, considerando os seus objetivos e demandas. Com isso, será possível aprofundar o entendimento sobre qual a direção que vem sendo dada a intervenção profissional dos assistentes sociais de uma parcela significativa dos hospitais gerais de Juiz de Fora.

3.2.2. EIXO 2: Organização e processos de execução das atividades profissionais: objetivos e demandas

Primeiramente, aponta-se que neste eixo não foram trabalhadas as análises a partir de cada questão realizada nas entrevistas, pois as respostas das entrevistadas, em sua maioria, apareceram interligadas, estando dentro de um processo contínuo da organização e execução das atividades. Além disso, as perguntas tiveram variações de acordo com aquilo que era desenvolvido pelas entrevistadas, considerando as escolhas profissionais e as demandas institucionais e dos usuários aos quais elas atendem. Desta maneira, serão apontadas algumas questões a serem analisadas, mas as respostas não foram, necessariamente, retiradas somente das questões explicitamente apresentadas.

A priori, insta observar que os seis (6) hospitais incluídos nesta pesquisa possuem atendimentos via ambulatório e internação. Todas as assistentes sociais atendem o hospital inteiro através do plantão ou de solicitações dos outros profissionais e uma parcela delas faz parte de programas do hospital e/ou desenvolve projetos. Assim, além de cumprirem estas atividades que são parte integrante da organização profissional, as assistentes sociais podem organizar outras

atividades de trabalho. Isto significa que podem ampliar as suas ações para responder a outras demandas e necessidades dos usuários atendidos, identificando potenciais espaços de atuação que vão para além das demandas institucionais e de intervenções imediatistas, considerando uma orientação na perspectiva do Projeto Profissional Crítico. Isso pode ocorrer através da criação de projetos individuais ou em parceria com outros profissionais que se direcionem para a perspectiva da garantia e ampliação de direitos, e através da mobilização e da participação social.

Considerando o exposto, todas as entrevistadas relataram que tem liberdade para organizar o seu trabalho e intervir, inclusive, a maioria relatou ter uma articulação direta com as direções dos hospitais. Isto significa que, supostamente, a autonomia, mesmo que relativa, dos profissionais vem sendo respeitada e a profissão, *neste sentido*, vem sendo reconhecida por muitas instituições, como podemos ver abaixo:

O Serviço Social ganhou um espaço muito grande de uns anos pra cá. Muito grande, muito reconhecimento. Eu tenho acesso direto à direção do hospital por telefone, pessoalmente, por e-mail, eles me respondem. Então, reconhecem o serviço. Mas, a remuneração é muito ruim e carga horária também é muito pesada. Ainda mais em uma instituição de saúde. Eu nunca consigo fazer [as horas para quais ela foi contratada]. [...] eles me ligam em casa e não tem como não vir, como não atender. Porque aí a equipe sabe que pode contar, os outros acompanhantes percebem isso, faz muita diferença. (Entrevistada 1)

Nós somos muito realizadas no nosso trabalho. Eu sou realizadíssima, adoro o que eu faço. A gente fica muito feliz porque a gente é uma referência no hospital. Nós não somos assistentes sociais colocadas em uma mesa para cumprir exigências. Não somos. Somos ouvidas, participamos de reunião da direção para opinar. O diretor é uma pessoa extremamente acessível que toda demanda que a gente leva dá a gente a oportunidade de fazer proposições de melhorias. A gente só fica triste com a nossa sala, né? Já foi muito melhor. Só que assim, a gente tem uma respeitabilidade muito grande aqui dentro. A gente consegue uma grande parte... a gente fica muito feliz, acho que quase tudo o que a gente começa a gente consegue finalizar, às vezes é frustrante você não conseguir. (Entrevistada 5)

Acho que agente tem limites como em todo lugar tem, de recursos, de restrição de alguma coisa, mas tem também a possibilidade de propor geral, de ter uma autonomia maior, os projetos que você propõe, os planos, as intervenções que você pensa. Em geral, eu não me lembro de ter tomado um não da direção daqui. Não só eu como o restante da nossa equipe quando propõe algo. Às vezes ele coloca algum limite, mas não que ele [o diretor] não esteja aberto, [ele diz] “eu só não tenho perna pra assumir toda a sua ideia, mas sempre há possibilidade [...], quanto mais, melhor”. É muito tranquilo nesse sentido. A questão de ousar, de propor, inclusive de protagonizar, de coordenar. A gente coordena muitas frentes, a gente puxa muita coisa. Eu acho que a gente sempre aqui tem liberdade pra isso. [...] Então, eu acho que tem muita possibilidade de criar, de propor, a gente tem muito. Não posso reclamar não. (Entrevistada 10)

Em relação aos trechos supracitados e outros posicionamentos das assistentes sociais durante as entrevistas pôde-se observar que ter conhecimento sobre a instituição e as correlações de forças que nela se estabelecem é muito importante para que o assistente social consiga se organizar dentro

da instituição, identificando os espaços que pode vir a atuar na direção das suas finalidades profissionais. Em outras palavras, isto significa que as assistentes sociais partindo de uma análise institucional e de outras relações podem criar ações de acordo com os seus objetivos profissionais, que partem de suas escolhas teórico-metodológica e ético-política, ou seja, se remetem as finalidades do projeto profissional a qual se orientam.

No entanto, vale destacar que apesar de existir um reconhecimento do Serviço Social nas instituições - considerando que na ótica da maioria dos empregadores o Serviço Social atua na garantia do “bom” andamento da rotina institucional-, os profissionais ainda sofrem uma desvalorização quanto aos salários pagos e na disponibilização de salas para as suas intervenções, conforme foi mostrado nas colocações das entrevistadas 1 e 5, respectivamente. Esta desvalorização deve ser entendida em um campo maior em que as relações de subordinação são inerentes à condição dos trabalhadores assalariados, entre eles os assistentes sociais. Situação agravada pelas relações impostas pela reestruturação produtiva que imprimiu uma flexibilização do mercado de trabalho sob a retórica política do neoliberalismo.

Esta questão também é um determinante na organização e intervenção das assistentes sociais, considerando que as condições e relações de trabalho podem implicar no maior ou menor envolvimento das profissionais em atividades, assim como no planejamento de suas ações, visto que para isso faz-se necessário condições materiais também. Assim, neste contraditório processo de reconhecimento *versus* desvalorização – que diz respeito ao caráter subsidiário do Serviço Social em relação às atividades-fins das organizações de saúde -, pode-se observar que outras assistentes sociais também têm problemas com relação às salas que ocupam.

Dos seis (6) hospitais quatro (4)¹³⁷ deles, até o momento da entrevista, não possuíam sala exclusiva para o Serviço Social. A realidade encontrada foi a divisão de salas entre as assistentes sociais e outros profissionais. Em um hospital é dividido com os profissionais de enfermagem e em outros dois hospitais divide-se com a psicologia. E, ainda um caso em que a assistente social não possui sala no hospital. Assim, apenas em dois (2) hospitais existem salas exclusivas para as assistentes sociais, inclusive, em um destes hospitais as profissionais possuem duas salas, uma sala de permanência e outra para atendimentos individuais. No entanto, nestes últimos, as profissionais entrevistadas se queixaram da inadequação das salas que ocupam por falta de espaço e/ou por não possuir uma sala apenas para atendimentos individuais. Seguem os relatos das entrevistadas sobre a divisão de salas ou com a inadequação delas:

¹³⁷ Alguns assistentes sociais se queixaram da divisão de salas com outros profissionais, outros acreditam que não há a possibilidade do hospital construir uma sala exclusiva para o Serviço Social, logo, se organizam com os outros profissionais para que todos utilizem a sala e respeitem o espaço do outro. Foi constatado que dois hospitais estão sendo ampliados e, pelo relato das entrevistadas, serão criadas salas (uma sala em cada hospital) exclusivas nos hospitais para o Serviço Social.

Não está satisfatório. Não preserva o sigilo. Comprometeu na questão do estágio porque a gente teve que reduzir o número, porque aqui não comporta estagiário. A gente tem só uma estagiária por causa disso. Teve época de ter 4 estagiárias. (Entrevistada 4).

Olha eu acho que o que é previsto em lei para a gente ter a sala pelo o que o nosso conselho preconiza que a gente tem que ter privacidade, eu acho que a gente aqui tem sim o que é previsto, o que é básico e necessário ter. Agora tem algumas outras pequenas coisas, no dia a dia que também facilita o nosso trabalho que às vezes a gente tem um pouco de dificuldade [...]. Por exemplo, a gente tem uma sala boa adequada, mas a gente não tem até hoje uma estante. [...] Mas, por outro lado quando eu vejo o institucional, vejo que não é um problema só do Serviço Social. A gente vê que vários setores também já entrou com requerimento de uma série de outras coisas para ter na sua sala e não foi atendido ainda pelo setor de compras [...]. A gente tem a sala, tem o telefone, a gente tem acesso ao sistema, a gente tem o prontuário eletrônico, com os registros, mas eu acho que [...] o mobiliário nosso ainda está a desejar. (Entrevistada 10).

Não está nem um pouco satisfatório. Ela é pequena, ela não tem espaço pra gente às vezes ter um assunto mais reservado. A gente se utiliza da ouvidoria. Aqui já foi..., eu não tive a oportunidade... Mas, ela já teve a oportunidade de pegar uma sala extremamente bacana que tinha uma ante-sala de espera e uma sala reservada para o atendimento. Hoje nós fomos reduzidas a um espaço pequeno e a gente tem a ouvidoria por exigência de espaço. Então, quando a gente tem que tratar de algum assunto de forma muito reservada a gente utiliza o outro espaço. Mas, poderia ser uma sala muito maior. (Entrevistada 5)

Algumas assistentes sociais explicam como se organizam na divisão da sala para resguardar o sigilo:

É, nós dividimos a sala com a psicologia e, geralmente, os atendimentos é feito no leito porque a maioria dos pacientes não têm condição de está vindo aqui. E os pacientes do ambulatório a gente atende no consultório e até mesmo aqui quando a gente está sozinha, né? A gente faz o atendimento individual e, também, quando necessário junto. A gente já fez uma solicitação nossa de está pedindo outra sala. Porque sempre tem a psicologia que o atendimento é muito mais individual. Para eles tem mais essa dificuldade. O nosso não, os nossos atendimentos são mais rápidos, mais informativos. Então, é mais tranquilo. E a psicologia demora mais tempo no atendimento e tudo. Quando o Serviço Social e a Psicologia tem atendimento ao mesmo tempo a gente arruma outra sala. (Entrevistada 2).

Atualmente, a gente está dividindo esta sala com a secretaria de enfermagem. Só que a gente está de mudança. Foi um pedido nosso. A gente vai para a nossa nova sala. A gente só está dependendo de algumas coisas ligadas a manutenção. A gente sempre pede licença. E elas também sempre que vê que tem um usuário chegando elas mesmo já saem. Exceto, assim, um atendimento que a gente tem que fazer no leito. Dependendo a gente arruma um biombo, coloca atrás para resguardar, diminui um pouco do tom da voz. Quando o paciente deambula a gente até consegue fazer com que ele venha até a sala ou, então, ir para um outro ambiente do hospital que está vazio no momento. (Entrevistada 6)

É do Serviço Social e da Psicologia. A gente tem uma agenda, a não ser as intercorrências que têm. Mas, a gente tem uma agenda aqui e a gente consegue se organizar. Então, dois dias da semana de manhã, duas horas por manhã, a psicóloga atende paciente ambulatorial, que ela agenda previamente. Aí, eu fico com os pacientes internados. No outro horário, eu tenho os atendimentos ambulatoriais também. Aí, eu atendo em um outro horário e um outro dia. Aí, ela é que vai para os andares. Se eu precisar usar e ela não estiver atendendo, aí eu peço licença e ela vai atender, e vice-versa. A Psicologia mais porque o Serviço Social tem muitos formulários, né? E, ficam todos aqui dentro do armário. Então, eu preciso estar na sala para poder atender, para poder encaminhar, a psicologia não. Então, a maioria das

vezes ela vai para um consultório atende e depois retorna. Este hospital, a estrutura dele é muito antiga não tem espaço físico (Entrevistada 1).

Ainda vale apontar que a mesma entrevistada que relatou que o reconhecimento do Serviço Social vem crescendo no hospital, mostrou em outra fala que questionar a divisão da sala com a Psicologia poderia acarretar até mesmo a perda da sala, corroborando para o que foi dito anteriormente sobre os aspectos contraditórios em que reconhecimento e desvalorização se processam nas instituições.

E pra gente questionar junto a instituição a necessidade de uma outra sala, eles são capazes até de tomar essa sala nossa, deixar a gente sem porque tem muito médico atendendo sem está tendo consultório. A demanda é muito grande e não tem como ampliar. Então, a gente tem que se organizar mesmo, o Serviço Social e a Psicologia pra gente não sair perdendo. Existe uma proposta há muito tempo de ampliar o hospital, de ampliar a instituição, mas não saí do papel. A gente se questiona? Muito, mas aí é parte de cima, não tem como... (Entrevistada 1)

Insta refletir que o Código de Ética Profissional (1993) prevê como direito do assistente social ter condições de trabalho condignas ao exercício profissional, conforme aparece no art. 7º desta lei e foi complementado pela Resolução CFESS n. 493 de 2006. Nestas duas legislações fica resolvido que é dever do assistente social informar por escrito à instituição ao qual trabalha acerca das inadequações constatadas e, caso não seja tomada nenhuma providência, o profissional deve informar ao CRESS para que este possa intervir:

Art. 7º Constituem direitos do/a assistente social:

a- dispor de condições de trabalho condignas, seja em entidade pública ou privada, de forma a garantir a qualidade do exercício profissional;

Art. 13 - São deveres do/a assistente social:

a- denunciar ao Conselho Regional as instituições públicas ou privadas, onde as condições de trabalho não sejam dignas ou possam prejudicar os/as usuários/as ou profissionais;

Esta garantia de condições de trabalho diz respeito ao sigilo profissional, pois apesar do Código de Ética colocar como dever do assistente social “incentivar, sempre que possível, a prática interdisciplinar” (CFESS, 1993), não significa que este deva dividir a sala de atendimento com outros profissionais, pois o atendimento na mesma sala, seja com profissionais de psicologia ou de enfermagem, não garante o sigilo profissional. Inclusive, nos atendimentos das outras profissionais este sigilo também é quebrado. A *Entrevistada 3* revela isto no seu relato:

Ela é dividida com duas psicólogas, inclusive o CRESS já veio aqui várias vezes pra ver a possibilidade de separar. O hospital está em reforma, então, assim, eles estabeleceram um prazo para está fazendo essa divisão. Compromete muito. Falta de privacidade, tanto pra elas psicólogas, como pra nós assistentes sociais. É tudo junto. Sempre junto. As pessoas

aqui dentro têm a mania de achar que Serviço Social e Psicologia são uma coisa só. Aí, confundem demais essas coisas. E isso incomoda a gente, a gente já reclamou. A gente pede isso constantemente. Mas, eles alegam falta de espaço mesmo. Eu já trabalhei em outros lugares essa é a primeira vez que eu trabalho junto com elas e não é legal. Tanto pra elas também, né? Eu acho que não dá certo. (Entrevistada 3).

Interessante apontar que quando as assistentes sociais se posicionam quanto as instalações físicas que estão sendo disponibilizadas pelas instituições existe uma preocupação muito grande em relação à preservação do sigilo das informações expostas pelos usuários. Inclusive, essa preocupação também aparece em relação ao espaço para guardar os registros, onde todas as assistentes sociais afirmaram possuir local para isso e a maioria afirmou que possui armário ou gaveta com chave para guardar o material sigiloso. Isto pode nos indicar que as assistentes sociais, no que concerne ao sigilo, estão tratando o Código de Ética como um instrumento de defesa dos interesses dos usuários e não apenas como um instrumento de defesa dos seus próprios direitos.

De forma geral, podemos afirmar que garantir e lutar por melhores espaços físicos para os atendimentos com o intuito de preservar o sigilo é um compromisso ético e estas posturas reforçam o Projeto Profissional Crítico, onde o respeito ao usuário ganha destaque. No entanto, ao mesmo tempo devemos considerar que algumas assistentes sociais se preocupam com a questão do sigilo porque já foram notificadas pela fiscalização do CRESS e, portanto, esta preocupação é mera formalidade.

Ainda considerando que as condições físicas podem influenciar na organização do trabalho das assistentes sociais foi perguntado acerca da disponibilidade de espaços para a realização de atividades grupais com os usuários dos serviços. Dos seis (6) hospitais, quatro (4) possuem salas para realização de atendimentos em grupo e nos outros dois (2) hospitais as assistentes sociais disseram que não realizam atividades grupais com os usuários em suas intervenções. Com isso, depreende-se que a maioria das assistentes sociais possui locais para a realização de atividades grupais com os usuários, mesmo que estes locais não sejam ideais¹³⁸. As três (3) assistentes sociais que declararam não realizar atendimentos em grupo justificaram que é por causa da grande demanda e duas (2) delas ainda afirmaram que a criação de atividades em grupo não fazem parte do perfil hospitalar.

Ao que se refere ao *locus* hospitalar, duas assistentes sociais afirmaram que o hospital não é um lugar de realizar atendimentos grupais com os usuários, afirmando que este não é um lugar de “prevenção”. Mesmo considerando que cada hospital tenha as suas especificidades, faz-se importante recuperar aqui que a concepção de que o ambiente hospitalar não possibilita ações de

¹³⁸ Uma das assistentes sociais apontou que a sala de reunião é pequena e outra que realiza atividade em grupo em um auditório do hospital.

prevenção, sendo considerado apenas o âmbito da recuperação e do tratamento, remete a uma perspectiva voltada para a doença, onde o médico é a figura central e não o usuário. Isto revela uma postura que reforça valores contrários ao do Projeto de Reforma Sanitária, pois segmenta os serviços de acordo com as suas complexidades, desconstruindo a noção de integralidade das ações em que a promoção, a prevenção e a recuperação formam um conjunto de ações integradas em qualquer serviço de saúde, seja no nível da atenção básica ou em níveis de média e alta complexidade (PINHEITO; MATTOS, 2003).

A articulação da promoção, prevenção e recuperação em todos os níveis está exposta no relatório da VIII Conferência de Saúde (ANAIS, 1986), que foi o grande marco para a criação de um sistema de saúde público atravessado pelos conceitos de saúde como um direito social e pautado pela integralidade, universalidade e equidade:

Direito à saúde significativa a garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação de saúde, em todos os seus níveis [...]. (idem, p. 382).

E, também, é o segundo princípio da Lei 8.080/90 que regulamenta o SUS:

II- integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema

Conforme vimos neste estudo, uma das concepções de integralidade da assistência consiste nesta articulação que muitas vezes ainda vem sendo negada pelos profissionais que atuam nos hospitais, não corroborando para a reversão do modelo técnico-assistencial tradicional.

No que concerne ao Serviço Social, pode-se observar que no âmbito da prevenção e da promoção à saúde estendeu-se um campo de possibilidades de intervenção profissional que, geralmente, se dá por via das salas de espera, nos grupos, nas campanhas, ou mesmo individualmente, onde se estabelece a socialização de informações que vão na perspectiva do conceito ampliado de saúde, acesso aos direitos, assim como para estimular as reflexões críticas dos usuários e o seu protagonismo na participação social. Interessante apontar que uma das assistentes sociais apontou essa importância da perspectiva da prevenção e promoção à saúde nos hospitais:

A gente tem muitos projetos aqui, a gente coordena muitos aqui e trabalha muito com outras áreas também [se refere aos projetos de outras disciplinas as quais o Serviço Social participa]. Então, a gente tem sim, por mais que o hospital ainda tem um..., até pela organização do sistema, ainda tem essa prioridade do terciário ou do secundário de ter essa dimensão mais especialidade, enfim, mas aqui acho que é um diferencial, pelo menos é o que me atrai muito trabalhar aqui. A gente tem realmente um caráter previsto na rede de

atendimento, mas a gente não se restringe a ele. A gente faz muita prevenção, muito trabalho sócio-educativo, que é o que eu gosto mais inclusive de fazer no meu caso. Então, principalmente, aqui no caso onde a gente tem oportunidade de criar mais vínculo, a maioria deles tem um controle sistemático. Então, a maioria hoje dos ambulatórios, as especialidades ela oportuniza a gente ter esses trabalhos de nível coletivo. (Entrevistada 10).

Pode-se afirmar que as atividades em grupo são espaços férteis para se trabalhar com prevenção e promoção à saúde, sendo que o conjunto destas dimensões se remete ao conceito ampliado de saúde e, portanto, aos determinantes sociais da saúde, donde as intervenções dos assistentes sociais são importantes neste processo, principalmente, quando se trata do acesso aos direitos, sua ampliação, na perspectiva da promoção da cidadania, da construção da integralidade e da participação social (NOGUEIRA; MIOTO, 2006b). É neste escopo de proposições que o Projeto Profissional Crítico ganha materialidade, onde as ações de promoção à saúde não podem ser desconsideradas pelos assistentes sociais inseridos neste campo sócio-ocupacional, seja através de atendimentos em grupo, coletivos e/ou individuais. Desta maneira, o discurso de que o hospital não é lugar de ações de promoção e/ou prevenção é incompatível com as orientações do Projeto de Reforma Sanitária e do Projeto Profissional Crítico.

Cabe agora entrar nos aspectos mais específicos da organização e dos processos de intervenção das assistentes sociais entrevistadas. Primeiro, vale considerar que o assistente social é contratado para intervir nas instituições como parte de um trabalho coletivo que implementam as ações institucionais, cujo resultado é um trabalho combinado ou cooperativo. A relação que o profissional estabelece com o seu objeto de trabalho depende também do recorte das políticas definido pela instituição, que estabelecem as demandas e prioridades que serão atendidas, desta maneira a autonomia do assistente social não é absoluta. (IAMAMOTO, 2009b).

Em relação às demandas institucionais, pode-se apontar que as assistentes sociais são contratadas pelos hospitais para responder às expressões multifacetadas da questão social produzidas pela sociedade capitalista. Como vimos neste estudo, as políticas sociais, inclusive a de saúde, foram criadas para amenizar o conflito de classes e garantir a reprodução do capital em um período, já sinalizado neste estudo, do desenvolvimento do capitalismo. É neste contexto que o Serviço Social se institucionaliza e se consolida, sendo contratado pelas instituições, até os dias de hoje, para responder as expressões da questão social através da veiculação de bens materiais e ideológicos. Atualmente, as expressões da questão social aparecem renovadas e complexificadas, pois é impressa de historicidade. Com isso, para além das demandas tradicionais, são postas novas demandas aos profissionais, mas que se originam da mesma questão social.

Assim, as demandas institucionais postas aos profissionais se referem à satisfação de

necessidades reais dos sujeitos atendidos, mas possui um caráter contraditório, visto que os serviços prestados não alteram a vida dos sujeitos e podem contribuir para o seu imobilismo. Acerca disto, Behring (2009, p. 16) revela:

Assim, apesar de a política e o direito constituírem dimensões relevantes na institucionalização e no modo de ser das formações sócio-históricas classistas, não é por intermédio desses complexos que se torna possível alcançar o núcleo central de estruturação da sociabilidade e da individualidade. Nesse sentido, quando os direitos são conquistados e regulados na forma da lei, isso não significa a superação nem da desigualdade social nem das formas de opressão vigentes na vida cotidiana. As lutas por direito nutrem de possibilidades o processo de socialização da política, ao tempo em que explicitam seu limite, quando se constitui um tipo de universalidade abstrata no reconhecimento de sujeitos de direitos universais, uma forma particular de a burguesia reivindicar para si o domínio ideológico da sociedade. Nesse sentido, o destino das lutas por direito está determinado na dinâmica da luta de classes, num complexo jogo que envolve disputas ideológicas quanto à concepção de sociedade e de projeto societário que se deseja afirmar. Esse processo não pode prescindir da organização política das classes trabalhadoras nem a estas se limitar, pois depende de um conjunto de condições objetivas que interferem na história.

A autora ainda explica que longe de negar ou desvalorizar as lutas pela realização de direitos, ela quer deixar claro que faz necessário que as conquistas no campo do direito não sejam motivação para a renúncia da organização política das classes subalternizadas, ou seja, “o que está em jogo é a capacidade de o segmento do trabalho construir um projeto político emancipatório frente ao capital, ou seja, lutar por direitos, mas ir além dos direitos” (idem, p. 17).

Considerando o exposto até aqui, deve-se considerar duas coisas: primeiro, as demandas postas aos assistentes sociais estão em um campo contraditório em que o atendimento aos direitos favorecem a diminuição do conflito; segundo, ao mesmo tempo estes direitos são conquistas histórica dos sujeitos sociais.

Dentro da conjuntura neoliberal atual, vê-se uma diminuição dos investimentos em políticas sociais, onde os serviços se tornam cada vez mais focalizados e fragmentados, indo contra a ampliação do acesso e da garantia de direitos universais e ampliados. Vale destacar que neste quadro de restrição de direitos constata-se um aumento das desigualdades sociais que irão se expressar das diversas formas no cotidiano de trabalho dos assistentes sociais. Assim, é neste quadro que se gestam as demandas colocadas aos profissionais assistentes sociais que apesar de estarem impressas no âmbito do direito, se configuram como direitos restritos e de controle social, muitas vezes aparecendo como favor. Assim, cabe ao assistente social desvelar as armadilhas neoliberais para revelar o caráter de direito destas demandas. Isto se dará através do conhecimento objetivo da realidade, apreendendo os processos sociais da produção e da reprodução das relações sociais; da consolidação de pesquisas e investigações que possibilitem o conhecimento profundo da realidade brasileira; da compreensão do significado social da profissão e das possibilidades contidas

na realidade (ABEPSS, 1996); e, na identificação das demandas a fim de formular respostas profissionais que ampliem e garantam direitos, mas também que suscite a mobilização e participação conjunta com outros profissionais e sujeitos coletivos no processo de luta por uma sociedade emancipada.

Importante reter aqui que ao mesmo tempo que as assistentes sociais cumprem uma demanda institucional elas também possuem autonomia (relativa) para decidir como serão as respostas dadas aos usuários, considerando o seu arsenal teórico-metodológico, ético-político e técnico-operativo, conforme Iamamoto:

Na direção de expansão das margens de autonomia profissional no mercado de trabalho, é fundamental o respaldo coletivo da categoria para a definição de um perfil da profissão: valores que a orientam, competências teórico-metodológicas e operativas e prerrogativas legais necessárias à sua implementação, entre outras dimensões, que materializam um projeto profissional associado às forças sociais comprometidas com a democratização da vida em sociedade. Este respaldo político-profissional mostra-se, no cotidiano, como uma importante estratégia de alargamento da relativa autonomia do assistente social, contra a alienação do trabalho assalariado (IAMAMOTO, 2009c, p. 16).

Assim, superando uma visão fatalista e, também, messiânica da profissão, pode-se abrir um campo de possibilidades que se justifica pelo potencial que os profissionais dispõem para impulsionar a luta por direitos a pela democracia em todos os espaços sociais. Conforme Iamamoto (2009c), este potencial é derivado das contradições presentes nas relações sociais, da dimensão política e ideológica da profissão e do posicionamento teórico-prático dos sujeitos profissionais diante dos projetos societários. Considerando o exposto, pode-se depreender que para a defesa da autonomia relativa dos assistentes sociais, estes contam com a sua qualificação acadêmico-profissional especializada, com as legislações que regulamentam suas funções privativas e competências profissionais e com as articulações com outros profissionais que participam do mesmo trabalho coletivo, assim como com as forças políticas dos Conselhos, organizações e movimentos que os profissionais se articulam. Ou seja, a intervenção profissional, apesar de estar submetida às características comuns aos processos de trabalho da sociedade capitalista, ela se dá na relação direta do profissional com os usuários, o que possibilita imprimir uma direção ao seu trabalho.

Assim, importa destacar como se dão esses processos, ou seja, como as assistentes sociais planejam, pensam e orientam o seu trabalho no sentido de atender as demandas que lhe são postas. Nas próximas questões intentamos desvelar como é desenvolvida as intervenções profissionais e quais os seus objetivos, seja no âmbito individual, grupal ou coletivo, partindo da questão fundamental deste trabalho: com qual projeto profissional as assistentes sociais nos hospitais gerais de Juiz de Fora estão se orientando no planejamento e desenvolvimento de suas intervenções?

Considerando estes aspectos, perguntamos as assistentes sociais quais são os seus objetivos profissionais, visto que estes são embasados por elementos teóricos e perpassados por valores éticos, e, portanto, devem ser formulados de acordo com as finalidades genéricas do projeto profissional a que se vinculam. Acerca disto, como visto, Miotto e Lima (2009) esclarecem que os objetivos dos profissionais são definidos a partir das demandas e necessidades dos sujeitos atendidos e do espaço sócio-ocupacional, mas de forma articulada ao projeto profissional, pois este condiciona as suas finalidades profissionais. No caso do Projeto Profissional Crítico, como visto no capítulo 1, este projeto expressa referências profissionais críticas e comprometidas com valores éticos, políticos, democráticos que se revelam na luta pela ampliação e garantia de direitos e pelo compromisso e afirmação por uma sociedade emancipada, livre da dominação e exploração de classe, etnia e gênero. Desta maneira, foi em relação a estas referências profissionais críticas e aos valores éticos expostos neste projeto que foram analisadas as respostas das entrevistadas.

De forma surpreendente, a questão do direito, enquanto parte dos objetivos profissionais dos assistentes sociais, não apareceu diretamente na fala de 50% das entrevistadas. Para responder a esta questão as assistentes sociais apontaram como objetivos profissionais o repasse de informações; a melhoria da qualidade do atendimento junto com a equipe; o fortalecimento de vínculos; fazer mediações no provimento daquilo que não foi assegurado; e, propiciar o acolhimento do usuário.

Ainda vale apontar que apesar da maioria das assistentes sociais não terem utilizado o termo “direito” quando explicaram os seus objetivos profissionais, pode-se perceber que suas colocações vão nessa perspectiva. Ou seja, aparecem, implicitamente, ao mencionarem o repasse de informações que se voltam para a orientação e/ou encaminhamentos para acesso aos benefícios e aos serviços, ao revelarem suas preocupações com a qualidade dos serviços prestados, com a valorização da escuta dos usuários e a busca por suas demandas e com o asseguramento dos direitos que estão sendo violados. Neste sentido, isso nos revela que as profissionais estão se voltando para uma perspectiva de direitos que supera os traços assistencialistas e de ajuda das políticas sociais e da profissão, enquanto viabilizadora dos serviços e benefícios destas políticas. Em suma, a questão dos direitos de forma direta ou indireta estão presentes nos discursos e objetivos dos profissionais, conformando práticas que vão ao encontro da garantia de direitos que, em certa medida, fortalecem o Projeto Profissional Crítico.

A gente pretende alcançar o maior número de pacientes possíveis, família possível. Está informando, o nosso trabalho é muito informativo. **Está passando estas informações.** (Entrevistada 3).

Meu objetivo profissional é intervir junto aos outros profissionais, tentando **dar a melhor qualidade de atendimento** ao paciente e a sua família (Entrevistada 7).

Dos outros 50% das entrevistadas, 20% não responderam a questão e 30% das assistentes sociais se reportaram diretamente a garantia de direitos, a saber:

O objetivo geral, como aqui ou no outro trabalho que eu tenho, é está tentando levar para as pessoas o entendimento daquilo que elas têm **direito**, das necessidades delas. Está orientando, né? Para elas terem acesso ao serviço público de uma forma geral (Entrevistada 2).

Em primeiro lugar, trabalhar em rede (...). A gente trabalha com uma população extremamente vulnerável, desconhecedores de quase todos os seus **direitos**. Então, muitas vezes somos nós que fazemos esse direcionamento em todos os sentidos: INSS, benefícios, tudo. Em todos os espaços que ele precisa ser encaminhado, precisa ser amparado, resguardado com defensoria pública, com CRAS, com CREAS, tudo. Nosso trabalho é esse, promover uma saúde com qualidade e uma assistência com dignidade. Eu acho que a gente vem trabalhar assim, a gente faz um esforço pra que a gente consiga atender neste contento. (Entrevistada 5).

As pessoas me perguntam assim, o que o Serviço Social faz? Garante **direitos**, busca a **ampliação de direitos**, estimula o usuário, mostra que ele é um **ser social** que ele precisa **participar** dos espaços populares, dos espaços de participação popular para poder ampliar direitos. (Entrevistada 1).

Dessas três assistentes sociais que apontarem como objetivo profissional a orientação dos direitos dos sujeitos, apenas a última faz referência a ampliação dos direitos e a necessidade da participação popular, considerando o usuário como “ser social” e estimulando a sua autonomia como sujeito histórico. Interessante assinalar que esta visão dos objetivos profissionais está ancorada nos conhecimentos advindos dos fundamentos do Projeto Profissional Crítico, que abre um campo de possibilidades para a intervenção profissional.

Ainda vale retomar que apesar de ser muito positivo que a perspectiva do direito está sendo trabalhada por todas¹³⁹ as assistentes sociais, aparecendo no seu discurso ou não, destaca-se aqui que para alcançar as finalidades profissionais postas ao Projeto Profissional Crítico faz-se necessário que os assistentes sociais tenham maior clareza dos seus objetivos profissionais e um maior adensamento teórico. Pode-se observar que muitas vezes os assistentes sociais substituem seus objetivos profissionais por uma ou outra atividade que realizam dentro do seu campo de intervenção, podendo levar a limitação das possibilidades profissionais. Como exemplo desta substituição pode-se observar as falas das assistente sociais que referiram como seus objetivos profissionais o *acolhimento* e o *vínculo*, conforme podemos ver a seguir:

O **objetivo nosso é, primeiramente**, eu acho que é o **acolhimento**, que é primordial pra se ter uma maior efetividade dentro do hospital e com todos os profissionais. Porque você chegando ao paciente, falando a mesma língua que ele, tratando adequadamente, você vai está familiarizando e dando liberdade pra ele também, pra ele está **chegando com as**

¹³⁹ Isto aparecerá nas atividades organizadas e realizadas por elas, conforme veremos no próximo subitem.

demandas. (Entrevistada 6).

Eu vejo a necessidade, neste pouco tempo que eu estou aqui, do fortalecimento de vínculos. Eu acho que o trabalho do Serviço Social é interessante nisso. A gente **trabalhar esse fortalecimento de vínculo**. A gente chega aqui e depara com situações de **vínculos familiares fragilizados**. A gente tem que correr para que **essa pessoa tenha um acompanhante ou ter uma visita**. **Eu acho que a função do Serviço Social é essa**, seria uma das prioridades aqui no hospital (Entrevistada 9).

Os conceitos de *acolhimento* e *vínculo* referidos pelas entrevistadas 6 e 9, respectivamente, advém da discussão que foi consolidada com a Política de Humanização (2004), conforme vimos no capítulo 2. Os termos *acolhimento* e *vínculo* se espalharam amplamente no discurso das assistentes sociais inseridas no âmbito da saúde devido à implementação desta Política. Mas, também, porque a prática de acolhimento e a questão do vínculo entre profissional e usuários, no seu significado, já vem sendo utilizadas historicamente pela profissão, conforme aponta Chupel e Miotto (2010).

Assim, considerando o *acolhimento* como uma atividade da prática profissional, seja como processo de escuta ou outra intenção, e o *vínculo*, enquanto processo de relação de confiança entre usuário e profissional, estes não podem ser os objetivos dos profissionais assistentes sociais. Na verdade, estes são meios que podem levar a objetivação de intervenções profissionais e devem ser valorizados para que o profissional se aproxime das demandas e necessidades dos usuários, conforme as assistentes sociais estão fazendo, mas, não podem ser confundidos como os objetivos profissionais e/ou como a função do Serviço Social.

Vale destacar também que as assistentes sociais trouxeram elementos interessantes em suas falas nesta questão: a primeira quando relacionou o acolhimento a um processo para se chegar as demandas dos usuários; e, a segunda, quando se refere a criação de vínculos como uma forma de garantir que os usuários tenham o acompanhamento familiar quando estão doentes, que conforme outras informações trazidas por esta assistente social durante a entrevista, caracterizam situações de abandono, principalmente, a idosos e usuários de drogas. Assim, as assistentes sociais revelam que as atividades executadas possuem uma finalidade que está relacionada com uma perspectiva de direitos. Mas, como dito anteriormente, faz-se necessário que os seus objetivos profissionais estejam articulados a dimensão teórico-metodológica e ético-política da profissão, visto que sem estas articulações, a intervenção profissional ficará limitada em seus diversos aspectos.

Ainda vale problematizar que a apropriação destes termos sem uma reflexão teórica crítica pelos profissionais assistentes sociais levam ao adensamento de posturas neoconservadoras, em que a focalização nos processos de *vínculo* e *acolhimento* podem resultar em ações individualizadoras e psicologizantes, onde a intervenção social se pauta em criar relações harmônicas e/ou em mero comportamento cordial.

Considerando o exposto, pode-se afirmar que a defesa do “fortalecimento de vínculos” em que a preocupação do profissional assistente social se foca em refazer os laços familiares, sem considerar que as condutas e dificuldades trazidas pelas famílias estão imersas dentro de uma dinâmica histórica marcada por contradições da sociedade capitalista, podem levar a análises individualizantes, fragmentadas e desconectadas da totalidade, onde a intervenção se redimensiona para intervir nos conflitos familiares na perspectiva de reordenar os “problemas” enfrentados pelos indivíduos e na responsabilização da família (CRESS, 2004). Com isso, a intervenção do assistente social pode se transformar em uma reatualização da “pedagogia da ajuda”, de acordo com os apontamentos de Abreu (2008) trazidos neste estudo.

Para que isso não ocorra, conforme analisado anteriormente, os novos conhecimentos que vão sendo adicionados a formação profissional devem ser articulados aos referenciais teórico-metodológicos e ético-políticos para que possam ser compreendidos e materializados em consonância com o Projeto Profissional Crítico. Esta articulação não pode ser confundida com a superposição de conhecimentos, - pois isso seria afirmar o ecletismo profissional-, mas sim, enfrentar o desafio de decifrar o que são essas novas categorias que entram em relação com a intervenção profissional pelo movimento histórico.

Neste sentido, os objetivos profissionais devem ser embasados, conscientemente, pelos conhecimentos teórico-metodológicos e pelos valores ético-políticos para não terminarem em si. Somente assim abre-se a possibilidade de ultrapassar ações individualizadas e criar visibilidade as demandas e necessidades dos sujeitos no seu sentido histórico e coletivo.

Considerando o exposto até aqui, vale retomar que os assistentes sociais ao serem contratados estão submetidos às condições de uma profissão inserida na divisão sócio-técnica do trabalho, e, portanto, deve atender as imposições institucionais, dentro de um parâmetro ético. Uma destas imposições se refere à organização do Serviço Social dentro da instituição. Acerca disto, foi perguntado as assistentes sociais como é a rotina delas de trabalho e depois foi sendo feitas várias questões para entender como se dava os processos de organização e intervenção. Assim, das dez (10) entrevistadas, sete (7) atendem no plantão e realizam atendimentos via projetos, enquanto três (3) entrevistadas atendem os usuários somente através do plantão, conforme veremos ao longo deste eixo.

A principal atividade da maioria das assistentes sociais se concentra em atender as demandas dos usuários internados através de uma abordagem individual nos leitos. Assim, cabe analisar como são feitas essas abordagens e quais os seus objetivos. Diariamente, seis (6) entrevistadas vão aos leitos e abordam os usuários. Esta abordagem aos leitos recebe nomes diferenciados pelas assistentes sociais, tais como “busca ativa”, “acolhimento” e “visita diária”.

Estas visitas que eu faço nos leitos, eu tento fazer isso diariamente. Mas, às vezes não é possível porque a gente já chega aqui com alguma demanda, por exemplo, da vara da infância tem muita. Então, a gente acaba tendo que priorizar e não consegue passar em todos os leitos. Então, acaba que às vezes a gente passa na pediatria, assim, todos os dias eu me comprometo em passar em todas. Mas, às vezes eu consigo passar só na enfermaria. (Entrevistada 9).

Quando o paciente interna, a gente vai no leito, fala do serviço e ai ele é acolhido naquele momento. A gente tem essa sala que a gente fica aqui e lá em cima também. Tanto na pediatria, na clínica médica e na cirúrgica. Geralmente, a gente atende todas as enfermarias. No ambulatório a gente não faz individualmente, a gente não consegue atender todo mundo. O hospital deve ter quase uns 2000 atendimentos por mês. Então, a gente não atende. Não dá para atender todo mundo. Mas, conforme a demanda, a solicitação a gente vai atendendo..(Entrevistada 2).

Eu chego, venho na sala. Aí, a gente tem acesso no computador a listagem de paciente quem chegou, quem teve alta, quem foi a óbito. De acordo com a lista a gente ou as pessoas vem até nós ou nós vamos lá. A gente vai no leito. Pacientes internados a gente procura atender o máximo possível, não dá para atender todo mundo porque são 65 pacientes internados mais os ambulatórios [...]. Aí não é possível todo mundo não. (Entrevistada 3)

Nós temos dois meios de atuação: a gente tem a busca-ativa e tem, também, os casos que o médico repassa ao Serviço Social, geralmente, por meio de parecer. Ele coloca uma justificativa da necessidade da nossa intervenção e é avisado e a gente tem um prazo para começar a atender este paciente. Isso quando ele já não é acompanhado através da nossa busca-ativa, que é para todos os pacientes internados. Nem sempre coincide com a hora de chegada porque a gente não está 24 horas no hospital. Mas, a gente faz isso através da nossa visita diária nos leitos dos pacientes. Todos eles são acolhidos através da nossa visita diária. (Entrevistada 6).

Estas seis assistentes sociais após a abordagem nos leitos e quando não estão participando de atividades dos projetos/programas ficam na sala aguardando as demandas espontâneas, sendo que três delas, como apontado anteriormente, se organizam apenas desta forma, indo ao leito somente quando solicitadas e não participam de projetos/programas, conforme relato abaixo:

A gente chega, abre a nossa porta e aí começa a demanda espontânea. Então, assim, é muito trabalho. Mas, a gente consegue fazer um trabalho bem bacana com a equipe multiprofissional. Sempre a gente é chamado para atuar, para intervir, pra opinar. A gente está sempre nos andares. (Entrevistada 4).

Ainda vale apontar que uma das assistentes sociais declarou que as suas estagiárias, durante 3 vezes por semana, também fazem abordagens nos leitos, utilizando-se de um roteiro de entrevista semi-estruturado.

A abordagem social é responsabilidade das estagiárias. Elas fazem. Eu tinha duas estagiárias, agora tenho uma pela federal. E, a da Universo formou. Então, a Universo deve mandar uma outra. Aí, elas fazem a abordagem social. Aí, na abordagem social elas conseguem identificar a demanda. Se elas tiverem alguma dúvida recorrem a mim. Aí, eu oriento. Sempre estou de supervisão. Eu estou sempre no hospital, mesmo que eu não esteja

do lado delas o tempo todo, eu estou por perto. Elas me ligam, elas vão atrás de mim. Elas me reportam. Se elas não conseguirem eu vou, explico. Se tiver alguma demanda muito... Eu tenho estagiária 3 vezes por semana só. Então, os outros dias eu não faço abordagem social. Eu não consigo por causa da demanda fazer abordagem social. Quando eu fui estagiária aqui, eu só fazia abordagem social, só. E eu aprendi muito. (Entrevistada 1).

A partir disto, foi perguntado as assistentes sociais quais são os objetivos desta abordagem ao leito, tentando identificar “como” e “para que” esta intervenção é realizada:

A gente vai ao leito do paciente para conhecer, começar o acompanhamento. A gente é mais focado no acolhimento do paciente. Através da visita a gente busca acolhê-lo aqui no hospital e está esclarecendo algumas dúvidas que possam surgir decorrentes da internação que não seja dúvida assim propriamente do médico ou da enfermagem, né? Outras dúvidas. A gente chega se apresenta, apresenta o Serviço Social. Pergunta o motivo da internação; qual o médico que está olhando; como que está sendo o atendimento; se o médico já foi ao leito do paciente; se o paciente tem assim uma outra causa que quer trazer ao conhecimento. No caso assim pacientes com dúvidas, né? Em relação a condutas também a gente atua. Então, eu pergunto porque ele internou, de onde ele veio e procuro também ver a estrutura familiar, se ele está acompanhado por algum familiar ou se não está, quem é o cuidador, com quem ele mora. Vê as pessoas mais do vínculo familiar. [...] Eu acho que não há necessidade de está perguntando coisas mais assim específicas. (Entrevistada 6).

Eu vou pra maternidade, a não ser que alguém esteja me aguardando ou tenha alguma reunião [...]. Eu me apresento, vejo se está necessitando de alguma coisa, fico um tempo, me “ambiente” um pouquinho com aquelas pessoas, vejo o que tem necessidade ali. Às vezes não tem nada. Então, a gente passa dá bom dia, vê se está necessitando de alguma coisa e vou para outro setor. [...] O que esteja necessitando ali naquele ambiente a gente vai procurar recurso, seja através da enfermagem, dos médicos [...]. [Nos outros setores] A gente verifica, vê como está passando, o que está acontecendo, como foi à noite. Mesmo o atendimento se está satisfatório, se está precisando de alguma coisa. A pessoa fala ou me buscam, me solicitam. Às vezes a pessoa me solicita já sabe o trabalho que a gente realiza através dos outros profissionais, já solicita: “estou querendo falar com a assistente social”. (Entrevistada 7).

Eu visito todos os leitos, todos os dias para apresentar o trabalho do Serviço Social dentro do hospital, para acolher o paciente e o acompanhante. E, pra vê se tem alguma demanda daquele familiar e daquele paciente. Eu faço abordagem de apresentação e num bate-papo a gente vai percebendo a demanda daquele paciente. (Entrevistada 9).

Todas as assistentes sociais que fazem atendimentos nos leitos apontaram que chegam à enfermaria, se apresentam e se colocam a disposição; a maioria ainda afirma que depois estabelecem uma conversa com o usuário para que ele conheça o que é o Serviço Social, criando uma relação de empatia e de confiança com os usuários atendidos. Assim, o objetivo de realizar estas entrevistas nos leitos vai no sentido de que os usuários apresentem as suas demandas. Em síntese, os objetivos principais são o de estabelecer uma relação empática e de confiança com os usuários, que muitas assistentes sociais denominam de *vínculo* ou de *acolhimento* e, na medida do necessário, realizar orientações e encaminhamentos conforme as demandas que surgem no diálogo estabelecido.

No entanto, faz-se necessário refletir aqui novamente, que o profissional que se orienta pelo Projeto Profissional Crítico deve ter claro quais são os seus objetivos profissionais e, portanto, construir as suas entrevistas como meios, como instrumentos para se chegar ao que se tem como objetivo, buscando captar não só as demandas explícitas, mas as implícitas também. Assim, uma entrevista não pode ter como finalidade acolher e tratar bem o usuário, isto apenas faz parte do processo. Ou seja, a forma como o assistente social trata o usuário faz parte do processo da entrevista e se relaciona com os seus compromissos éticos, mas não indicam os objetivos na utilização dos instrumentos. Em muitas declarações das entrevistadas não ficam claros as suas intencionalidades e compromissos, por vezes parecem subsumidos ao discurso da humanização, acolhimento e vínculo.

Na resposta da *Entrevistada 1* aparece a valorização da escuta durante as entrevistas enquanto um momento importante para a identificação das demandas e necessidades dos usuários, em que as expressões da questão social se revelam:

A gente não consegue fazer mais de três abordagens sociais por manhã. Os pacientes demandam muito. A grande maioria demanda muito a conversa. Ouvir o paciente é muito importante, aí é que está o pulo do gato. Saber ouvir o paciente porque ele traz muitas informações pra gente durante a fala dele. Mesmo que pra outro profissional aquilo não faça a menor diferença. Então, eu estímulo muito isso com as minhas estagiárias. E, aqui elas conseguem identificar as questões, documentação, acesso, violência, muita coisa. Dá atenção, deixa o usuário falar. (Entrevistada 1).

Neste caso, fica claro que a assistente social faz a abordagem no leito com o objetivo de identificar as questões referentes ao objeto de trabalho do assistente social para poder intervir, principalmente, naquilo que se refere aos direitos.

A Entrevistada 3 revela uma grande preocupação com a questão dos documentos dos usuários nestas abordagens, visto que os usuários só recebem o tratamento após estes estarem completos:

A gente se apresenta, a gente tem um folder informativo sobre o Serviço Social. [Tem] muita abordagem por causa da questão da documentação do paciente. Nós somos responsáveis por este trabalho. O paciente só recebe o tratamento quando a documentação está toda em dia e nós é que orientamos. Às vezes falta documento, nem todo mundo tem tudo. A gente verifica. A gente é comunicada pela recepção ou pela enfermagem que está faltando documento. E enquanto não chega estes documentos são encaminhados para o SUS, o paciente não faz o tratamento. (Entrevistada 3).

E conferir documentação também é responsabilidade das estagiárias. Então, elas analisam prontuário pelo menos três vezes por semana pra ver se tem documento porque tem uma série de documentos que o paciente precisa ter para iniciar o tratamento. A recepção melhorou muito. Mas, a gente não deve deixar de internar o paciente por causa de documento. E, geralmente, falta um TFD que o paciente não tinha sido orientado. Ou foi no final de semana e a secretaria de saúde não mandou, estava fechada. Aí, a gente acompanha. Mas, tem que acompanhar de perto porque a gente não sabe qual foi o paciente que internou sem

um documento x ou que internou com um comprovante de residência que não vale. A gente não pode deixar de internar, negar o tratamento, o acesso. (Entrevistada 1)

Esta atividade de conferir a documentação dos usuários é muito comum em hospitais. Muitas vezes surge como uma demanda institucional, conforme a *Entrevistada 2* relata quando perguntada sobre as demandas institucionais:

Tem a questão da documentação porque o paciente internado ou que vai iniciar o tratamento ele precisa de ter uma documentação para apresentar ao SUS. Então, às vezes a gente tem que orientar, por exemplo, tem criança que não tem CPF. O CPF é um dos documentos que se não tiver não é liberado pelo SUS. Então assim, isso é uma coisa que a direção pede para o Serviço Social, está orientando que aquele paciente possa buscar. Assim, por exemplo, tem paciente que não tem comprovante de renda, como que ele faz para comprovar a sua residência. Isso tudo é a gente que está orientando. (Entrevistada 2).

Esta pode parecer uma demanda burocrática posta ao assistente social, como muitas outras, porém, é uma demanda que dentro de uma perspectiva do direito vai garantir o acesso dos usuários aos serviços, como também abre a possibilidade de identificar outros direitos tal como a entrevistada 1 relata. Assim, pode-se apontar, através de um exemplo simples, que a forma como o assistente social interpreta as demandas colocadas pode fortalecer mais ou menos (ou não fortalecer) os direitos dos usuários atendidos, isso depende se o assistente social vem se orientando na perspectiva do Projeto Profissional Crítico.

A *Entrevistada 2* traz novamente a concepção do direito nas suas colocações, revelando uma clareza acerca do objetivo de suas entrevistas de usá-las como um meio de realizar orientações, encaminhamentos e até mesmo estimular a autonomia dos usuários em seus tratamentos:

Apresento o serviço, me coloco a disposição, falo que a gente está aqui. “Se precisar de alguma coisa, alguma orientação”. E, às vezes o médico solicita ou eles [usuários] acabam procurando a gente também. Só que a gente atende também..., o hospital tem gente que interna, volta pra casa, volta. Então assim, muitos já conhecem o serviço. Então, nem toda internação precisa. [...] A gente tinha até um roteiro, uma ficha, mas a gente nem utiliza muito ela não. É de acordo com o que o paciente fala e o que a gente acha relevante, importante. É conhecer o paciente, saber da sua estrutura familiar, saber onde ele mora, se ele vai precisar de transporte, se ele tem direito ao passe-livre, se ele é aposentado. É conhecer o paciente, esta história dele mesmo. Como ele chegou até aqui, como que foi esse processo. Se ele já sabe o que ele tem. A gente nunca fala [o que ele tem]. A gente pergunta: “Você sabe o que você tem? Você já conversou com o médico”. [...] Eles falam: “ah, eu não sei, mas gostaria de saber”. A gente incentiva, motiva ele a está perguntando para o médico. (Entrevistada 2).

Assim, de forma geral, podemos verificar que os atendimentos individuais realizados pelas assistentes sociais têm como objetivo o atendimento de direitos, mesmo que algumas vezes o discurso do assistente social não trouxe essa questão explicitamente. Mas, vale destacar aqui que nenhuma assistente social se reportou a função pedagógica do assistente social no estabelecimento

de um processo reflexivo crítico com os usuários sobre as suas condições de vida e de trabalho que politize as demandas, mostrando o seu caráter coletivo, reforçando a autonomia e a participação popular.

Em relação às atividades de plantão executadas pelas assistentes sociais, vale retomar que a maioria das entrevistadas não realiza atendimentos nos ambulatórios sistematicamente, atendendo os usuários que os frequentam apenas quando são solicitadas por outros profissionais e/ou procuradas pelos usuários diretamente na sala do Serviço Social. A maioria das assistentes sociais nesta condição relatam que não tem tempo para realizar intervenções voltadas para os ambulatórios. Verifica-se aqui novamente a questão do número reduzido de assistentes sociais nos hospitais, o que interfere na organização e execução de ações em mais frentes de trabalho nos hospitais.

Raramente, raramente. Eu venho aqui [se refere aos ambulatórios] e dou uma passada [...] porque, olha só, presta atenção, quantos pacientes tem no hospital, né? Então, a gente faz mesmo intervir onde a gente pode intervir. (Entrevistada 7).

Ainda pode-se destacar dentro do processo de organização dos assistentes sociais a vinculação com projetos e programas nos hospitais. Como salientei anteriormente, seis (6) entrevistadas participam de projetos/programas, alguns criados e coordenados por elas mesmas, enquanto em outros elas foram convidadas ou destinadas pela instituição a participarem. Quatro (4) assistentes sociais utilizam reuniões para a intervenção nos projetos, e duas (2) assistentes sociais se utilizam de reuniões e entrevistas. Estes instrumentos serão analisados no que concerne a sua organização, seus objetivos e as concepções trazidas nos depoimentos das entrevistadas.

No que se refere as reuniões foi perguntado para elas como são desenvolvidas e quais são os seus objetivos:

São feitas reuniões com os acompanhantes. O Serviço Social que fica com esta parte. Toda semana a gente faz. [Qual o objetivo?] Falar sobre o trabalho do hospital, dos cuidados que tem que ter e também da importância do acompanhante, do familiar no tratamento desse paciente, pra ajudar mesmo no tratamento. O Serviço Social é que coordena, mas também tem a contribuição da enfermagem, todos contribuem. (Entrevistada 9).

Aqui em cima a gente desenvolve o projeto [fala o nome do projeto]. A gente reúne uma vez por semana os acompanhantes. Geralmente, é interdisciplinar. A enfermagem pode ser convidada, a psicologia também. Aí, cada semana a gente vê um profissional diferente. Nós que coordenamos e desenvolvemos. Não tem uma equipe fixa. A gente convida mais pessoas para está participando, mas nós que organizamos toda semana. [Qual é o objetivo?] É um momento que a gente tem de estar repassando alguma orientação de cuidado dentro do hospital, está enfatizando o acompanhante da necessidade que tem adquirir alguns hábitos que possam vir a contribuir na recuperação rápida do paciente e a gente utiliza também para divulgar campanhas e também esclarecer algumas dúvidas que os acompanhantes podem trazer. (Entrevistada 6).

A gente tem semanalmente a reunião de acompanhantes, onde a gente passa as orientações

da rotina, apresenta o serviço para os acompanhantes. Isso é feito no centro dos estudos. Como atrativo a gente disponibiliza lanche para os acompanhantes. [Qual é o objetivo?] Aí, é um espaço que eles têm pra falar, pra reclamar, pra trazer os elogios e para trazer as demandas mesmo, as dúvidas. A gente consegue atingir um número maior de usuários pra passar normas, pra gente não ficar repetindo e não ter nenhum tipo de constrangimento. E eu estimo a participação popular e o controle social, muito. Busca por medicamentos, por direitos sociais. Participa da reunião Serviço Social, Psicologia e Enfermagem. A participação mais efetiva é do Serviço Social. Tanto que não acontece a reunião se eu não tiver aqui. (Entrevistada 1).

As reuniões com os acompanhantes, geralmente, partem de uma exigência institucional, em que o principal objetivo é o de transmitir informações e interpretar normas e rotinas de funcionamento dos hospitais. Estas reuniões estão relacionadas com a formação de atitudes e de comportamentos dos usuários, dos acompanhantes e visitantes durante o período de permanência dos usuários nos hospitais. Em conformidade com Costa (2006), estas reuniões acabam se voltando para um

conjunto de orientações sobre os regulamentos, o funcionamento e as condições exigidas pelas unidades, tais como: observância de horários, prazos de retorno dos pacientes, documentos exigidos etc. Sua utilidade é a de assegurar o disciplinamento e o enquadramento dos usuários às normas e rotinas da unidade (idem, p. 50).

Isto fica explícito nas colocações das entrevistadas quanto afirmar que a reunião tem como objetivos: “Falar sobre o trabalho do hospital, dos cuidados que tem que ter e também da importância do acompanhante, do familiar no tratamento desse paciente, pra ajudar mesmo no tratamento” e “estar repassando alguma orientação de cuidado dentro do hospital, está enfatizando o acompanhante da necessidade que tem adquirir alguns hábitos que possam vir a contribuir na recuperação rápida do paciente”.

Insta destacar aqui que a última entrevistada afirma que este espaço é aberto também para que os acompanhantes possam reclamar, elogiar e trazer demandas. Ainda complementa que faz orientações de direitos e de participação social, mas, aponta que o espaço também é “pra passar normas, pra gente não ficar repetindo e não ter nenhum tipo de constrangimento”. Assim, esses espaços aparecem como uma demanda institucional em que se mesclam o disciplinamento dos usuários e acompanhantes e o repasse de informações que contribuem para o tratamento dos usuários, bem como pela garantia de direitos e/ou de participação. Em suma, este tipo de intervenção possui um cunho conservador, em que a adequação dos usuários e seus familiares às instituições se faz presente e, ao mesmo tempo, é utilizado pelas assistentes sociais, em conjunto com outros profissionais, para discutir as necessidades e demandas dos usuários, aproximando-se de uma perspectiva do direito.

A seguir, duas assistentes sociais relatam como são realizadas as atividades dos projetos

interdisciplinares que são voltados, exclusivamente, para o tratamento de usuários acometidos por alguma doença/ situação específica:

É um grupo de apoio e aí dependendo da demanda delas a gente leva alguém pra está falando, orientando. [O objetivo do grupo é?] atender as mulheres que estão em tratamento [...], trazendo apoio fisioterápico e psicossocial. O grupo funciona da seguinte forma: em um primeiro momento, a fisioterapia, todos fazem atividades. [...] Tem professor de Educação Física que está vindo aqui e faz atividades. Depois de meia hora, quarenta minutos, aí o Serviço Social e Psicologia fica com o grupo e aí a demanda é deles. O que eles buscam e a gente orienta em relação até a medicação, como que consegue, consulta. A gente é responsável pela Orientação de documentos para benefícios e aos seus direitos. Mas, dou outras informações, questões do dia-a-dia mesmo de, por exemplo, tabagismo. No mês de agosto é o mês do tabagismo. A gente leva, faz campanhas. Trabalhamos vários temas. A questão da família também. (Entrevistada 2).

A gente tem três grupos na [fala o nome do ambulatório]. A gente não tem uma rigidez. A gente tenta fazer uma concepção muito integrada. No caso da oficina [...], não tem essa coisa de o que é específico de cada um. A gente tenta contribuir [...]. A gente tenta assim pensar junto e dependendo se realmente algumas coisas tem como puxar. como alguma coisa mais específica, se não tiver, agente tenta, por exemplo, se organizar pra cada semana um coordenar. Pra ficar mais organizado, mas não tem essa coisa muito delimitadinha. [...] Aí, depois tem o grupo de convivência que a gente faz, este é uma vez por mês. É um grupo que tipo quem fez a oficina [anterior] [...] quem tiver interesse a gente vai abordar coisas que não é só [o tema daquela primeira oficina], terão várias temáticas associadas a saúde, a família. O que for de interesse deles. É Interdisciplinar com a mesma equipe. A equipe do ambulatório que está sempre presente. [...] Aí, cada temática pode ser uma temática mais específica do Serviço Social, aí, eu vou coordenar. [...] Mas também não é rígido, sei lá algumas temáticas tem mais a ver com uma área mesmo, né? Como é que você vai fazer? E, tem outras que não, o Serviço Social tem sempre uma dimensão mais..., a gente não tem uma coisa muito técnica, entendeu? Eu sempre tento pegar coisas mais subjetivas assim. Talvez é o que me incomoda mais vendo eles assim. [...] (Entrevistada 10).

A partir das colocações, podemos fazer algumas observações. Nos grupos de cunho educativo interdisciplinares as assistentes sociais, geralmente, sentem em alguns momentos sem *função* na equipe, já que muitas das orientações e acompanhamentos a serem passados são de natureza técnica, conforme apontou a *Entrevistada 10*. Assim, para além de realizar orientações e encaminhamentos de benefícios e serviços, as assistentes sociais passam a fazer outros tipos de orientações que são próprios de outras áreas, às vezes de cunho subjetivo que vai em direção a uma perspectiva psicologizante da ação e, em outros casos, abordam aspectos biológicos por meio de orientações de prevenção de doenças e controle de comportamentos de risco. Estes espaços poderiam ser aproveitados para fortalecer os sujeitos envolvidos para a construção de uma nova cultura, enfatizando a participação dos usuários no conhecimento crítico da sua realidade e potencializando-os para a construção de estratégias coletivas.

Conforme foi debatido neste estudo em vários momentos, a identidade da profissão fica subsumida nestes processos e cada vez mais os profissionais vão realizando intervenções indefinidas que levam ao reforço de práticas de outrora, visto que as intervenções se voltam para uma prática individual, clínica e curativista, reatualizando os projetos profissionais conservadores.

Assim, vale destacar que o trabalho interdisciplinar é uma das formas para se garantir a integralidade do atendimento, conforme vimos neste estudo. O trabalho interdisciplinar se pauta pela articulação entre várias disciplinas em que uma complementa a outra e o usuário consegue ser atendido nas suas diversas demandas. No entanto, este processo interdisciplinar também traz vários desafios aos assistentes sociais que não tenha muito clara suas finalidades profissionais. Assim, para que o assistente social consiga firmar a sua identidade profissional diante do trabalho em equipe interdisciplinar faz-se necessário que este esteja afinado com suas referências teóricas, inclusive, as legislações profissionais, pois caso contrário, encontrará dificuldades em atuar neste tipo de trabalho sem relegar a sua identidade profissional.

Seguem mais dois relatos acerca das reuniões que as entrevistadas veiculam. A dinâmica desta intervenção mostra-se tão interligada que não foi possível ficar claro quais os objetivos do uso destes instrumentos, tanto das abordagens apresentadas nas duas falas quanto nos grupos de apoio apresentado pela *Entrevistada 6*.

A gente no caso da [doença 1] a gente faz uma primeira abordagem maior, né? A gente pega a maioria das informações dele na abordagem social da primeira vez e aí nos retornos não. Os retornos é uma coisa mais breve mesmo. [No ambulatório 2] tem dois tipos de abordagem, uma abordagem de equipe, a gente não fala acolhimento porque na verdade ela é muito ampla, [...] leva quase uma hora para gente aplicar, que é um formulário grande para o primeiro atendimento. Mas, que também é de todo mundo, todo mundo pode aplicar, como se fosse um acolhimento maior, né? É que a gente faz um mapeamento do [usuário] assim, várias questões, várias perguntas e tal. Ai, depois quando ele vem no Serviço Social eu também faço uma abordagem mais específica minha. Porque na abordagem mais ampla eu pontuo algumas coisas, mas aprofundo também na abordagem que eu tenho. E [o ambulatório 2] é essa coisa mais sistematizada. [Os usuários] acabam passando por todos. Eles vêm um pouquinho mais espaçado, sabe? Então, eu acho importante, já que eles vêm um pouco mais espaçados que passem por todos mesmo, né? A médica acha interessante, então, geralmente a gente conversa, até mesmo para o ver que está tudo bem, que ele não tem demanda [...]. (Entrevistada 10).

Tem o programa de controle do tabagismo também. Coordenado pela psicologia e pelo Serviço Social. [...] Aí, eu vou te falar a base do Programa: tem uma entrevista, uma anamnese que é feito pelo psicólogo e pelo assistente social, depois uma segunda etapa é feita uma consulta médica e existe também um Programa de Capacitação, um curso de capacitação para esses profissionais. Nós fomos capacitados pela prefeitura pra está atuando dentro deste grupo, todos nós. Depois disso, a gente começa a montar, reunir os grupos. Aí, tem um ciclo de palestras, geralmente, no início, uma vez por semana a gente junta os participantes e depois têm as reuniões de apoio que ocorrem uma vez por mês, durante um ano. A gente trabalha por meio da entrevista e com palestras. A entrevista a gente faz, geralmente, cada profissional. Tem um roteiro já do Programa que vem pela prefeitura. Já tem uma anamnese do paciente que pode ser aplicada tanto pelo assistente social quanto pelo psicólogo. [Vocês revezam a entrevista?] Sim. E na apresentação das palestras também. Mas, a gente sempre está junto. Só se o usuário trouxer alguma demanda específica. Aí, eu acho que justifica está fazendo um atendimento separado. (Entrevistada 6).

O uso de questionários e entrevistas prontas e realizadas em conjunto em que qualquer

profissional pode aplicá-los sugere uma transdisciplinaridade¹⁴⁰ que é no mínimo questionável. Acerca disto Yamamoto (2002, p. 41) afirma que

é necessário desmistificar a ideia de que a equipe, ao desenvolver ações coordenadas, cria uma identidade entre seus participantes que leva à diluição de suas particularidades profissionais. São as diferenças de especializações que permitem atribuir unidade à equipe, enriquecendo-a e, ao mesmo tempo, preservando aquelas diferenças.

Ao que parece as assistentes sociais acabam por se envolver em intervenções na perspectiva do direito, mas muitas vezes, por falta de aproximação com as referências teóricas e ético-políticas da profissão, acabam realizando intervenções de apoio em que assumem os aspectos subjetivos dos tratamentos dos usuários, não corroborando para práticas na perspectiva emancipatórias.

Acerca das entrevistas semi-estruturadas utilizadas pelos assistentes sociais dentro dos projetos interdisciplinares pode-se afirmar que estas se tornam um instrumento interessante utilizado pelos assistentes sociais quando as suas finalidades estão bem esclarecidas, visto que o assistente social consegue coletar informações as quais ele pode identificar os direitos dos usuários mais facilmente, considerando que ele já acompanha usuários com a mesma enfermidade. No entanto, faz-se necessário que o assistente social faça desse espaço um lugar de reflexão, em que os usuários além de receber orientações e encaminhamentos possam refletir sobre a sua situação no contexto o qual está inserido, possibilitando uma compreensão coletiva das demandas e necessidades levadas ao profissional.

Para tanto, como afirmado anteriormente o assistente social precisa ter clareza dentro dos projetos educativos interdisciplinares quais são os seus objetivos profissionais, a fim de propor e executar atividades no sentido do fortalecimento dos sujeitos sociais e da ampliação e garantia de direitos, direcionando-se pelo Projeto Profissional Crítico. Para tanto, o CFESS (2010) aponta algumas atividades importantes a serem executadas no referido processo:

- sensibilizar os usuários acerca dos direitos sociais, princípios e diretrizes do SUS, rotinas institucionais, promoção da saúde e prevenção de doenças por meio de grupos socioeducativos;
- democratizar as informações da rede de atendimento e direitos sociais por meio de ações de mobilização na comunidade;
- realizar debates e oficinas na área geográfica de abrangência da instituição;
- realizar atividades socioeducativas nas campanhas preventivas;
- democratizar as rotinas e o funcionamento da unidade por meio de ações coletivas de orientação;
- socializar informações e potencializar as ações socioeducativas desenvolvendo atividades nas salas de espera;
- elaborar e/ou divulgar materiais socioeducativos como folhetos, cartilhas, vídeos, cartazes e outros que facilitem o conhecimento e o acesso dos usuários aos serviços

¹⁴⁰ A transdisciplinaridade é uma abordagem científica que visa a unidade do conhecimento.

oferecidos pelas unidades de saúde e aos direitos sociais em geral;

- mobilizar e incentivar os usuários e suas famílias para participar no controle democrático dos serviços prestados;
- realizar atividades em grupos com os usuários e suas famílias, abordando temas de seu interesse.

Outra frente de trabalho muito demandada pelas instituições ao assistente social é a participação em campanhas, principalmente, relacionada à doação de sangue, seja individual ou coletivamente. Alguns assistentes sociais também realizam campanhas sobre outras temáticas, seguindo o calendário anual da saúde. Assim, cinco (5) assistentes sociais afirmaram que participam de campanhas e as outras cinco (5) não se referiram a essas campanhas quando perguntadas sobre as atividades que desenvolviam. Podemos ver abaixo alguns relatos:

O setor de Serviço Social é responsável pela captação de sangue. Então, nós temos um trabalho muito grande aqui dentro neste sentido. Seriam campanhas, parceria junto com o Hemominas. Aí, todo mês a gente apresenta indicadores pra mostrar o que a gente conseguiu. (Entrevistada 3)

A gente realiza sistematicamente campanha de prevenção [...]. Campanhas de combate ao câncer, campanhas nacionais. No dia 27 de novembro a gente fez um evento grande. (Entrevistada 1)

A gente realiza campanhas em épocas específicas, como a campanha anti-tabagismo. Na época do dia mundial do câncer a gente está sempre orientando as pessoas a respeito da prevenção e tudo assim. São feitas em épocas específicas. (Entrevistada 2)

Tem campanhas feita pelo Serviço Social e a enfermagem também ajuda na UTI e a psicologia também. E a gente trabalha com os familiares. A gente divulga a necessidade e a importância da doação de sangue. (Entrevistada 6).

São campanhas de orientação, de informação, de prevenção. É um calendário que atende também o calendário mundial, nacional, de datas do idoso, e cada ambulatório tem o seu, então o tabagismo tem o calendário dele de atividades externas [...]. Faz as campanhas aqui nas salas de espera e externa. Também, varia, geralmente, a gente escolhe um lugar publico, mas em geral a gente faz com parceiros que também atuam com esse publico, mas isso também varia o calendário de equipe por equipe. (Entrevistada 10).

Desta maneira, o assistente social participa de atividades internas e externas ao hospital, visitando outros espaços, tais como empresas, faculdades, locais públicos para mobilizar que as pessoas a doarem sangue ou socializando informações de caráter preventivo e de promoção à saúde. Estas campanhas são frentes de trabalho interessantes, considerando que, geralmente, são de caráter coletivo e atinge muitas pessoas. O assistente social, juntamente, com outros setores do hospital levam para fora da instituição informações que podem contribuir para a consecução de direitos.

Ainda foram relatados também a participação do assistente social em comitês/comissões que interferem na gestão e planejamento da instituição, tais como as comissões de *humanização*, grupo gestor, controle de infecção hospitalar e prevenção de risco. Quase todas as entrevistadas participam

das comissões e ações de *humanização* dos hospitais. Provavelmente pela natureza deste termo, o assistente social e o psicólogo são os profissionais que mais são convidados a se envolverem com estas ações.

Existe um grupo de trabalho humanizado. A gente faz festa pra criança, tem uns grupos de auto-estima, a gente cria parceria com a universidade. O curso de estética da Universo vem atender todos os pacientes internados, os colaboradores e faz toda a diferença. [Qual o objetivo?] Valorização do usuário. Aqui no hospital não existe uma equipe de RH. Então, a demanda é muito grande, a gente não consegue. São 200, 300 funcionários, mais cerca de 150 pacientes ao todo, só internados e os funcionários todos os dias. São umas 500 pessoas. O que a gente consegue é - aí em parceria com a equipe de nutrição – um almoço diferente. Dia das mães, dias dos pais a gente consegue dar uma lembrancinha, mas não existe uma ação efetiva para o colaborador. [As ações partem de onde?] Partem daqui: do Serviço Social e da Psicologia. Eu não conheço dentro do hospital nenhuma ação de humanização que não tenha saído daqui. (Entrevistada 1).

Tem umas coisas muito interessantes que ocorrem aqui: uma é o trabalho do grupo de trabalho de humanização [...]. Existem outras ações às vezes isoladas, em datas, pontuais. Existe um trabalho que é feito com os médicos do barulho; existe a pastoral da saúde; existe a pastoral carcerária. Onde tudo isso é feito para dar conforto ao paciente, seja espiritual, ou em termos de alegria. [...] É um grupo interdisciplinar, o GTH. Então, todos os membros deste grupo acompanhavam, por mais que não gerenciassem a ação, mas acompanhavam. (Entrevistada 4).

Nós temos um grupo de trabalho humanizado. O grupo é composto por vários profissionais. Tem profissionais enfermeiros, tem psicologia, tem serviço social, tem profissionais de outras áreas também. A gente desenvolve tanto com os funcionários, quanto com os pacientes internados. Eu acho que é mais trabalhar com o acolhimento e com a humanização do paciente durante o tempo de internação. É feito em conjunto. Aí, a gente promove vários acontecimentos dentro do hospital, já teve exposição de artes, tem cantata hospitalar também. A gente parceria com outros órgãos, então, a gente organiza cantatas nas enfermarias, tem músicas nas UTI's. A gente tem um projeto de música na UTI, bastante legal. Tem na pediatria, tem teatro também. A gente está atuando junto. (Entrevistada 6).

Conforme vimos neste estudo, a Política de Humanização (2004) surge na saúde devido à frequentes denúncias de maus-tratos e desrespeito aos usuários do SUS pelos profissionais de saúde. Mas, também, devido à precariedade que o sistema vem sendo implementado em que há a falta de investimento público que, por exemplo, gera filas enormes nos serviços. Desta maneira, a *humanização* diz respeito à participação e comprometimento de todos com a qualidade dos serviços e tem como resultados prioritários esperados a redução de filas e do tempo de espera, com ampliação do acesso; o atendimento acolhedor e resolutivo baseado em critérios de risco; a implantação de modelo de atenção com responsabilização e vínculo; a garantia dos direitos dos usuários; a valorização do trabalho na saúde; e, a gestão participativa nos serviços.

As ações de *humanização* relatadas pelas entrevistadas vão no sentido de tornar os serviços mais humanizados, em que se busca despertar sentimentos mais acolhedores nos profissionais para o atendimento dos usuários. Mas, também em relação aos funcionários, pois fazem parte deste

processo e devem ser valorizados também. Apesar destas ações contribuírem de certa maneira para a “valorização dos usuários”, para o “conforto ao paciente, seja espiritual ou em termos de alegria” e para o “acolhimento e humanização dos usuários”, estas ainda se mostram muito aquém do que a política preconiza no sentido de obter os resultados esperados supracitados. Acerca disto a Entrevistada 7, analisa:

Nós temos planos de melhoras, muitos planos. Mas, muitas vezes ainda precisa ainda de recursos pra que isso aconteça. O recurso humano de humanização, o que a gente pode estender, a gente está estendendo. Aquilo do que se trata do material humano, mas na humanização precisa também dos recursos materiais, pra que possa dar melhor qualidade para o usuário. (Entrevistada 7).

Interessante a colocação da entrevistada quando se refere que a humanização deve vir acompanhada de recursos materiais também, pois senão caímos no engodo de apenas tratar cordialmente os usuários e funcionários, alegrando-os momentaneamente com festas e presentes esporádicos, enquanto os serviços continuam precarizados e limitados em acesso e em participação. Assim, dentro de um contexto de corte nas políticas públicas, inclusive, da saúde, a questão da *humanização* corre o risco de se tornar apenas um clichê.

A *Entrevistada 3* também respondeu a essa questão, mas o que chama atenção na sua resposta não é o seu posicionamento quanto a humanização no hospital, mas sim, seu posicionamento em relação ao trabalho do assistente social:

Tem uma comissão de humanização, é composta pela psicologia. Aqui não tem ouvidoria. Aí, a humanização funciona neste sentido. O Serviço Social a gente entra, mas é só teoricamente, porque não dá tempo. O nosso trabalho é muito burocrático, mais burocrático em relação a elas. Elas verificam assim o que é necessário de mudança de melhor, tipo uma ouvidoria dentro do hospital. (Entrevistada 3).

A questão trazida pela entrevistada está perpassada pela forma como ela entende o Serviço Social e, conseqüentemente, como ela orienta as suas intervenções profissionais. Como pode ser visto, a entrevistada afirma que não tem tempo de participar das ações de *humanização* porque o seu trabalho é muito burocrático. Aqui se revela a concepção de profissão que a assistente social tem.

Considerando o exposto até aqui, foram feitas questões as entrevistadas que se referem as suas principais orientações, encaminhamentos e reflexões realizadas com os usuários. Nestas questões, apareceram as orientações de direitos previdenciários, de benefícios da Assistência Social, de como conseguir equipamentos, medicações, aquisição de suplementos alimentares, de bolsas para ostomizados, exames, orientações de procuração, documentos, atestados, encaminhamentos para a rede social (CRAS, CREAS, abrigos, casas de apoio, programas da AMAC), passe-livre,

obtenção de órtese e prótese, entre outros recursos. Além dos procedimentos internos, tais como, comunicação de alta, de óbito, declaração de comparecimento, documento de TFD, liberação de acompanhante, troca de acompanhante fora do horário. Algumas assistentes sociais não realizam alguns desses procedimentos ou realizam pouco algumas orientações e encaminhamentos citados.

De forma geral, a intenção desta questão era perceber se os assistentes sociais estão realizando alguma intervenção para além das orientações e encaminhamentos de direitos, isto é, se existe na intervenção profissional das assistentes sociais entrevistadas algum processo de cunho educativo que por meio de uma reflexão crítica possibilite que os usuários percebam às condições sócio-históricas a que estão submetidos, assim como compreenda as suas demandas como coletivas e o processo de mobilização como necessário para a luta em defesa da garantia dos direitos.

Após as análises de todas as entrevistas, faz-se necessário apontar uma questão fundamental neste trabalho: como vem se dando o processo reflexivo entre profissional e os sujeitos atendidos? A maioria das respostas que continham esta questão estavam relacionada a reflexões direcionadas para o apoio subjetivo dos sujeitos e, substantivamente, para o acesso a bens e serviços. Ou seja, não foi encontrada neste trabalho algumas questões fundamentais a intervenção profissional, tais como ações que vão na perspectiva de conhecer a realidade dos sujeitos atendidos, desvelando a demanda posta para além da sua imediaticidade; ações que impulsionam a consciência crítica que desmistifica e desencadeia ações coletivas que se oponham a cultura dominadora; apoio pedagógico à mobilização e participação da comunidade.

Em um breve momento, uma das assistentes sociais apontou a questão da participação social, da questão da inserção de classe e da necessidade de estimular o ser social para entender o processo de autonomia. Mas, de forma geral, as intervenções explicitadas, nas abordagens individuais e grupais, e em todos os espaços ocupados pelos assistentes sociais se mostraram distantes dos aspectos levantados, realizando intervenções, em sua maioria, para atender demandas institucionais pontuais, burocráticas e repetitivas. Em conformidade com o CFESS (2010, p. 43):

As ações a serem desenvolvidas pelos assistentes sociais devem transpor o caráter emergencial e burocrático, bem como ter uma direção socioeducativa por meio da reflexão com relação às condições sócio-históricas a que são submetidos os usuários e mobilização para a participação nas lutas em defesa da garantia do direito à Saúde. O profissional precisa ter clareza de suas atribuições e competências para estabelecer prioridades de ações e estratégias, a partir de demandas apresentadas pelos usuários [...].

Aqui, volto a dizer que a ultrapassagem de intervenções burocráticas e imediatistas que cumprem apenas as demandas institucionais e as demandas explícitas dos usuários por benefícios e serviços não podem ser o fim último da intervenção profissional. Práticas competentes e qualificadas, orientadas pelo Projeto Profissional Crítico, só podem ser construídas quando os

assistentes sociais tiverem clareza de suas atribuições e competências, analisando a realidade a partir de referenciais teórico-metodológicos consistentes. Ao meu ver, apesar de poder perceber significativas mudanças nos discursos profissionais que rompem com o projeto tradicional do Serviço Social, ainda é possível visualizar muitos desafios a serem superados, principalmente no que concerne a formulação de ações pedagógicas (individuais, grupais e coletivas) de cunho emancipatório, conforme Abreu (2008).

Fica clara a necessidade de tomar uma direção profissional que atue no processo reflexivo crítico das situações encontradas pelos usuários, estabelecendo as relações entre o âmbito individual e o coletivo, politizando as demandas junto aos usuários. Assim como, a necessidade de criar articulações com outros profissionais, com as organizações populares e com os movimentos sociais na luta por melhores condições de vida e de trabalho, tensionando o Estado para a ampliação e garantia de direitos. Para tanto, os assistentes sociais deve voltar-se para sua capacitação permanente, pois essa qualificação profissional poderá lhe instrumentalizar para entender a realidade e as demandas e necessidades dos usuários, assim como possibilitará uma atuação qualificada no assessoramento aos Conselhos de Saúde e as organizações e movimentos populares.

Pensando nestas articulações destinei um subitem para analisar o processo de articulação dos assistentes sociais com os espaços de participação e mobilização popular, considerando que a dimensão da participação nestes espaços abre um maior campo para a luta pela ampliação e garantia de direitos; para que as demandas sejam analisadas coletivamente; e, para estimular o protagonismo dos usuários e trabalhadores de saúde no controle social e nas diversas organizações populares e movimentos sociais.

3.2.3. Articulação com espaços de participação e mobilização popular

Neste último subitem, foram direcionadas questões para os assistentes sociais que se referem a sua articulação com os espaços de participação popular, buscando identificar o envolvimento dos assistentes sociais com as formas de organização institucionalizadas ou não. Considera-se aqui que estas questões são de extrema importância para aqueles profissionais que se orientam pelo Projeto Profissional Crítico, visto que a categoria assumiu neste projeto o compromisso com os movimentos sociais da classe trabalhadora, assim como a luta pela ampliação de direitos e pela qualidade dos serviços prestados. Estas possibilidades se abrem no campo da participação popular e na luta dos movimentos dos sujeitos sociais.

Os Conselhos e as Conferências de saúde conformaram uma grande conquista do Projeto de Reforma Sanitária, tornando possível participação direta da população, tradicionalmente excluída,

no processo de formulação e fiscalização da política de saúde. Vale salientar que o que difere esta participação social de outras experiências de participação popular é que a primeira está no campo da cidadania, do conflito de interesses e de disputa, enquanto as outras estavam no campo da cooptação, da adequação e controle sobre a população. Estes espaços, conforme vimos, são permeados por muitos desafios, mas caracteriza-se como um importante mecanismo de mudança dentro da estrutura organizacional da saúde e na sua forma de gestão.

Conforme Duriguetto (2012), devido aos conhecimentos teórico-práticos dos assistentes sociais, a ocupação destes espaços por estes profissionais podem levar importantes contribuições para tornar os Conselhos e as Conferências de Saúde como espaços propositivos e reivindicatórios, potencializando-os através da socialização de informações e conhecimentos, da capacitação política e técnica dos conselhistas, da análise e de avaliações acerca da política e dos serviços de saúde, entre outras questões.

Podemos afirmar que a participação nos Conselhos e nas Conferências vai no sentido da materialização de compromissos éticos do assistentes social quando foram afirmados: a ampliação e consolidação da cidadania; o 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; e o compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população (CFESS, 1993). E, também vai no sentido de materializar os princípios da universalidade do direito em direção ao acesso para todos, da integralidade ao buscar garantir a ampliação de serviços que atendam os usuários em todas as suas dimensões, entre outros princípios.

Assim, considerando o exposto, foi perguntado as assistentes sociais se elas participam das Pré- Conferências e das Conferências de Saúde. Das dez (10) assistentes sociais, três (3) afirmaram participar, duas disseram que participaram na época da graduação e as outras cinco nunca participaram:

Não, eu confesso que eu tenho preguiça, porque já me falaram que é muito difícil. Então, eu não sei..., porque eu já me desgasto tanto com coisa aqui dentro e eu não vou [...]. Mas é uma falha minha, eu tenho que estar acompanhando mesmo, mas eu não participei das ultimas. (Entrevistada 10).

Já fui, até porque o Dr. [nome do médico] vira e mexe designa uma de nós para participar, representando o hospital. (risos). (Entrevistada 5).

A *Entrevistada 5* deixa a entender que vai as Conferências de Saúde porque é designada pelo hospital. A *Entrevistada 10* assume que não está indo a estes espaços de participação porque fica com preguiça e já está desgastada com as atividades que realiza na instituição. Aqui, vale destacar que parece haver um descomprometimento com estes espaços por muitos assistentes sociais. As

Pré-conferências e as Conferências são espaços valiosos de proposição de ações a serem efetivadas na política de saúde do município. Desta forma, é preocupante que os assistentes sociais não estejam se envolvendo com estes espaços.

Em relação à participação nos Conselhos foram obtidas as seguintes respostas:

Pela Fundação, eu participo no Conselho de Assistência. (Entrevistada 1).

A gente participa do Conselho de Assistência. (Entrevistada 6).

Aqui não, mas eu participei muito. Eu junto com a comunidade, junto com o poder público é quem implantava os Conselhos na cidade [se refere o trabalho anterior a 2010]. Então, tive uma experiência muito boa trabalhando com Conselho. Prefeitura é muito bom você aprende tudo. Mas, aqui não. (Entrevistada 8).

Eu já participei do Conselho de Assistência Social, tenho até interesse. (Entrevistada 9).

Não. Já fui em alguns do Conselho de Saúde pelo hospital, mas, assim, participar ativamente não. (Entrevistada 2).

Não, no momento não. (Entrevistada 3).

Aqui não. Participo, mas em outro município. (Entrevistada 5).

Três assistentes sociais disseram que participam dos Conselhos de Assistência, outras, como podemos ver acima afirmaram que já participaram. Ainda podemos apontar que as entrevistadas participam do Conselho de Assistência Social por dois motivos: pela natureza do hospital ser beneficente e está vinculada a Política de Assistência Social do município e outra pelo vínculo empregatício duplo, em que a assistente social ocupa uma vaga em um serviço que faz parte da Política de Assistência Social. Apesar das entrevistadas não estarem participando dos Conselhos de Saúde, a inserção delas nestes outros Conselhos é de grande valia, pois estes também são espaços de luta pela defesa de direitos, pela gestão democrática e podem contribuir com o apoio pedagógico de cunho emancipatório. Além disso, esta inserção pode contribuir para o entendimento de muitas demandas encontradas na área de saúde, considerando a totalidade das demandas e tendo em vista a integralidade dos sujeitos.

Duas entrevistadas apontaram que não participam do Conselho de Saúde devido a motivos pessoais, conforme podemos ver nos depoimentos abaixo:

É porque eu estava com questões particulares. Eu estava fazendo outras coisas que não são Serviço Social. Aí, no momento é por isso. (Entrevistada 3).

Olha, atualmente, eu não tenho como. Eu tenho que fazer, o que eu estou fazendo da melhor forma que eu puder e sem estresse. Por exemplo, eu tenho uma família, eu tenho um marido. Eu tenho filhos pequenos que requer muito a minha atenção. Então, tudo o que eu faço é por inteiro. Eu não tenho na atual fase da minha vida encaixar outras coisas. Senão a gente encaixa muito e acaba deixando a desejar tudo o que a gente faz. Então, a gente procura estar centrada naquilo que a gente faz para agir com seriedade e estou aberta, por

exemplo, mesmo a outros profissionais que ligam pra cá, a gente vê o que a gente pode fazer. Mas, participar de algo que não esteja nesse momento aqui, não dá. Pra mim cada um tem seu limite, às vezes meu limite é um pouco estreito. Mas, eu procuro fazer bem feito aquilo que eu faço dentro do tempo que eu tenho programado. (Entrevistada 7).

A mulher vem desenvolvendo múltiplas tarefas na sociedade atual. Muitas mulheres, apesar de estarem inseridas no mercado de trabalho, continuam exercendo atividades em casa e fora dela. Assim, cuidam da casa, dos filhos, do marido, de uma profissão externa a família e de tarefas no meio social, ou seja, a mulher contemporânea ao mesmo tempo que é profissional, mantém-se às funções sociais ocupadas pela mulher no modelo de família patriarcal. A conquista no mercado de trabalho não eliminou ou tornou mais amena a vida de muitas mulheres. Considerando isto, podemos verificar que duas das entrevistadas apontam a questão de usar o seu tempo para realizar coisas pessoais, sendo, portanto, esta uma questão posta na realidade que dificulta a participação destas entrevistadas nos Conselhos.

Outras entrevistadas afirmaram que não participam por falta de tempo, falta de oportunidade e porque não é liberada do serviço:

Porque assim, primeiro porque eu não tenho tempo de estar indo nas reuniões. Geralmente, às vezes é de manhã, de manhã eu estou em outro trabalho. E a gente se ausentar do hospital no horário de trabalho também é muito complicado e fica uma porção de gente querendo atendimento. Nós somos duas. (Entrevistada 2).

No horário que acontecia as reuniões eu não era liberada por isso que eu não participei, mas acho isso hiper-interessante. Já participei do Idoso e da Assistência. (Entrevistada 9).

Assim, outra questão a se considerar em relação a não participação das assistentes sociais nos Conselhos se refere as condições de trabalho já expostas nesta análise. As assistentes sociais se encontram em condições de trabalho que não as possibilitam de participar dos Conselhos, seja pela negação de permissão, seja pelo número insuficiente de assistentes sociais para o atendimento das demandas.

Ainda vale apontar que uma das assistentes sociais afirmou claramente que nunca teve o interesse de participar dos Conselhos, declarando que só participou por um período porque era obrigada pela força de seu cargo:

Acho que eu nunca tive interesse. É pra ser honesto, né? (risos) Nunca tive assim, nunca me despertou, ninguém nunca conversou comigo pra dizer como seria vantajoso para que eu participasse. Nunca pensei nesse sentido. Eu participava só das reuniões de Conselho de Saúde na época que eu trabalhava na [fala o nome do local], uma vez por mês acontecia lá as reuniões dos conselhos locais de saúde. Aí, eu era obrigada pela força do cargo que eu ocupava a participar. Mas assim, não achei ruim não. Mas, eu não compunha o grupo. Eu tinha que representar a instituição, é diferente. (Entrevistada 4).

A declaração da entrevistada revela uma dificuldade da profissional em perceber que este é um espaço de atuação profissional significativa para os usuários e trabalhadores dos serviços. Assim, ela vê o espaço como externo a sua intervenção profissional, tanto que não entende as vantagens de se participar e só fez parte por um período devido a demanda institucional. As orientações profissionais desta entrevistada se revelam novamente como articuladas as exigências institucionais.

Apesar da maioria das entrevistadas, atualmente, não participar de Conselhos, de forma geral, pode-se afirmar que este espaço está sendo reconhecido pelos profissionais como um lugar de ocupação do assistente social. Importante destacar o posicionamento de uma assistente social quando perguntada sobre a importância deste espaço:

É muito importante. É um espaço que a gente tem pra discutir, pra conhecer, pra ver a realidade, pra trocar experiências também. Eu fico sozinha aqui como profissional. Às vezes eu brinco com as minhas estagiárias que elas trazem uns termos que eu não ouço há 5 anos. Não tenho com quem discutir, a não ser com as minhas estagiárias. Eu acho que estes espaços enriquecem o profissional. Trocas de experiências, além da construção política, né? (Entrevistada 1).

A *Entrevistada 1* afirma que os Conselhos são espaços de debate, de conhecer a realidade e de troca de experiências, revelando, deste modo, que os Conselhos também auxiliam no aprimoramento intelectual dos assistentes sociais. Outra questão interessante trazida pela entrevistada é o entendimento de que os Conselhos são espaços de construção política. Esta afirmação nos remete ao que foi colocado a pouco, os Conselhos são espaços de conflitos e de relação de poder em que interesses estão sendo disputados e, portanto, se constituem como arenas políticas, nas quais cabem aos assistentes sociais apoiar e fortalecer as lutas sociais, tornando estes espaços mais propositivos e reivindicativos. Nas palavras de Duriguetto (2012), o Conselho deve ser apreendido como

uma das instâncias sociopolíticas possibilitadoras do desenvolvimento de processos de lutas de defesa de direitos e políticas, de promoção da fiscalização das ações estatais no campo das políticas, de articulação entre forças sociais convergentes, da denúncia e publicização da redução de direitos e do financiamento público para as políticas e serviços, do desenvolvimento de ações que extrapolem o espaço restrito da institucionalidade estatal (principalmente através da articulação dos conselhos com os movimentos sociais). A importância dessas ações para o enfrentamento da mercantilização, da focalização e da moralização das refrações da questão social torna os conselhos um espaço fundamental de resistência e coloca de forma urgente o desafio de fazê-los funcionar com esse conteúdo político-estratégico. Em uma palavra, eles têm a possibilidade de construírem em um dos espaços em que se disputa, nos termos gramscianos, a luta contra-hegemônica.

Como dito no capítulo anterior, os Conselhos para além de ser um espaço da luta por direitos, ele pode se desdobrar na articulação com os movimentos de outras categorias profissionais

e como os movimentos sociais, fortalecendo as lutas sociais, enquanto formas de resistência.

Considerando o exposto, pode-se afirmar que o Serviço Social possui uma dimensão política que permite desvendar e realçar a função educativa da profissão que requer mecanismos coletivos de apoio. Assim, a intervenção profissional que se propõe a ir para além da socialização de informação necessita criar ações de organização, conforme Silva e Silva (2011). Assim, o apoio e estímulo a mobilização e a participação social são pontos cruciais para o assistente social que luta por melhores condições de vida da população e que busca reforçar caminhos para um outro tipo de sociedade. Conforme o CFESS (2010, p. 23);

tem-se por pressuposto que transformações estruturais nas políticas sociais, e na saúde em particular, só serão efetivadas por meio de um amplo movimento de massas que questione a cultura política da crise gestada pelo grande capital e que lute pela ampliação da democracia nas esferas da economia, da política e da cultura.

Considerando estas questões, foi perguntado as assistentes sociais se elas tinham alguma articulação com organizações populares e com movimentos sociais. Uma das entrevistadas falou da articulação que estabelecia com as lideranças de bairro quando atuava no CRAS, as demais entrevistadas responderam que nunca estabeleceram articulações com movimentos e organizações populares.

Ah, sim. No CRAS eu trabalhava com isso o tempo todo, com as lideranças do bairro. A gente agendava uma reunião com os representantes no CRAS para conferência, para pré-conferências. (Entrevistada 9).

Perguntou-se, então, se elas já haviam encaminhado usuários para estes espaços de mobilização social.

Já encaminhei, mas não me lembro para qual. (Entrevistada 1).

Não, engraçado. Quando vem pra mim, geralmente eu faço a partir do movimento deles. É engraçado isso, realmente não parte muito de mim. Teve algumas, principalmente, [no ambulatório] tem uma galera que é muito engajada na causa. Então, a partir desses que eu vejo que são mais engajados, que quer extrapolar, que quer divulgar [...], para eles a gente fala: tem o movimento [...]. Mas, eu vou muito a partir dando o feedback a eles, os que eu vejo que querem ir além, talvez seja uma falha minha. Mas, geralmente, a gente conversa mais com os usuários que tem esse perfil, que quer mesmo [...]. Eu não tomo uma iniciativa de partir de mim não, geralmente, é mais a partir do que eles me trazem ai a gente vai vendo. [...] Então, [...] eu não faço isso indiscriminadamente, até dependendo do tipo de demanda que ele traz para gente que eu vou direcionando um pouco mais, mas não é assim com todos, mais dando feedback mesmo. (Entrevistada 10).

Conforme vimos no relato, a *Entrevistada 10* aponta que ela já realizou orientações e encaminhamentos para alguns movimentos sociais, mas que estes só são realizados quando ela identifica que o usuário está interessado, ou seja, parte da demanda do usuário. Outras assistentes

sociais disseram que nunca orientaram para organizações e movimentos sociais:

Não. Realmente, eu..., não me solicitaram e até o momento não achei necessidade. (Entrevistada 7).

Não, sinceramente, não. (Entrevistada 9).

Tipo o que você está fala? [*Explico para ela*]. Não, não é a demanda aqui. (Entrevistada 3).

A visão de muitas assistentes sociais sobre as organizações e movimentos sociais é de que estes espaços estão separados das necessidades e demandas dos usuários. A *Entrevistada 3* afirma diretamente que “não é demanda” dos usuários atendidos por ela. A *Entrevistada 7* aponta que ainda não viu necessidade de encaminhar, até porque nunca a solicitaram. Ainda vale destacar que há um desconhecimento das assistentes sociais sobre estes espaços, como revelado pela *Entrevistada 3* em que foi necessário explicar o que são os movimentos sociais e na colocação da *Entrevistada 2*, conforme podemos ver abaixo:

Sim, às vezes a gente encaminha o paciente. Por exemplo, a casa de apoio é um trabalho de uma associação e lá eles têm várias atividades. Então, a gente encaminha pra lá. A gente tem paciente que é dependente químico, a gente encaminha para alguma instituição. (Entrevistada 2).

A *Entrevistada 2* acredita os serviços de ONG's e fundações de apoio são organizações populares e movimentos sociais.

Em síntese, pode-se depreender que está havendo poucas articulações entre as assistentes sociais e os movimentos populares, visto que a maioria das assistentes sociais não vêm atuando no sentido da promoção e do fortalecimento das organizações e lutas coletivas dos sujeitos que são alvos de suas intervenções. A situação apresentada é preocupante, já que a separação existente na visão das entrevistadas entre as necessidades dos sujeitos e estas organizações e movimentos sociais elimina qualquer possibilidade de criar ações que vão no sentido de seu fortalecimento.

Diante do exposto, afirmo que cabe ao assistente social se juntar aos Conselhos de Saúde, bem como as organizações e movimentos sociais, atuando enquanto dinamizador desses espaços de reflexão, pois são através deles que as lutas populares são fortalecidas e os direitos sociais são garantidos e ampliados. Além disso, também podem ser fortalecidas nestes espaços uma perspectiva emancipatória por meio da reflexão crítica levantada pelo assistente social que possui competência profissional para atuar nesta direção.

Isto significa que o incentivo a esta participação popular por parte do assistente social se afasta substancialmente da retórica participacionista que aparecem nos projetos conservadores anteriores, denominada por Abreu (2008) de “pedagogia da participação”. Ou seja, esta não é uma participação que trata de ideias de autoajuda ou de ajuda mútua, pelo contrário, este é uma

dimensão político-ideológica que se volta para os avanços de consciência crítica e organização no intuito da ampliação de direitos e apropriação de bens e serviços pelas classes subalternizadas, assim como para contribuir para a construção de uma contra-hegemonia.

Para concluir, pode-se depreender que ainda existem muitos desafios no campo das articulações entre os assistentes sociais e os espaços de participação e mobilização popular. Podemos ver que já existe alguns avanços no envolvimento com os Conselhos, mas que há uma lacuna muito grande em relação com os movimentos e organizações populares.

A participação social está prevista no Projeto de Reforma Sanitária e é uma significativa conquista para os usuários do SUS, pois abre um espaço para a luta por direitos, pela qualidade dos serviços e coloca os sujeitos no cenário da disputa política institucionalizada. Assim, pode-se afirmar que os assistentes sociais têm o compromisso ético-político com o fortalecimento destes espaços, bem como com os espaços não institucionalizados formados pelas organizações e pelos movimentos sociais, cabendo intervenções críticas e denunciativas da realidade perversa e destituidora de direitos na qual vivemos, conforme Duriguetto (2012). Em conformidade com a autora, é necessário ultrapassar a intervenção profissional que se restringe a relação singular entre o assistente social e o usuário dos serviços, pois esta relação está muitas vezes sendo desvinculada da “questão social” e das políticas sociais. Em suma, em consonância com as indicações interventivas presentes no Projeto Profissional Crítico, faz-se necessário que o Serviço Social reassuma o trabalho de base, de mobilização e organização popular em articulação com os movimentos e organizações sociais já existentes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As transformações operadas nas últimas décadas nos países capitalistas, oriundas da crise estrutural do capital, produziram alterações no mundo do trabalho afetando as demandas e os espaços sócio-ocupacionais dos assistentes sociais, decorrentes de novas e complexas relações entre Estado e sociedade civil. Estas relações surgem de um novo padrão de enfrentamento da questão social que se caracteriza pela focalização e na criação de medidas paliativas de combate a pobreza. Assim, este contexto é marcado pela desresponsabilização do Estado frente às demandas sociais, colocando-se como mínimo e restrito ao se direcionar para o atendimento das mazelas sociais criadas pela acumulação capitalista no seu processo de produção e reprodução social, fundamentado na exploração dos trabalhadores.

Nas condições e relações atuais do exercício profissional observa-se um conjunto de mediações que conformam este processo, tais como a ameaça ao desemprego, a diminuição dos salários, a precarização das relações e condições de trabalho, o aprofundamento da pobreza, entre outras questões. Diante destes desafios este estudo se voltou para dar alguns indicativos de como os assistentes sociais podem dar materialidade a um projeto profissional comprometido com valores radicalmente humanos e democráticos.

Devemos reconhecer que existem limites postos à materialização dos projetos profissionais pela estrutura econômica capitalista e pela conjuntura política, mas também devemos reconhecer que existe um campo de possibilidades onde os sujeitos coletivos são capazes de transformar a história e tecer cotidianamente as condições objetivas e subjetivas necessárias para materializá-lo. Isso não significa tomar uma posição messiânica da profissão, mas também não se deve negar a historicidade que perfaz este campo de possibilidades, assumindo uma posição fatalista da realidade. Assim, é tendo a compreensão fundante dos desafios que se pode ter clareza dos caminhos possíveis a serem traçados para se alcançar as finalidades profissionais.

Faz-se necessário que os profissionais se orientem por um Projeto Profissional Crítico conhecendo as suas competências e imprimindo qualidade técnica as suas intervenções com uma direção crítica clara e consciente, superando o caráter conservador que permeia a profissão desde a sua origem. Ser orientado por um Projeto Profissional Crítico significa criar ações sócio-políticas e profissionais que somem à luta da classe dominada, opondo-se aos ajustes neoliberais e ao capitalismo. Neste sentido, faz-se necessário criar ações que vão na direção da garantia e ampliação de direitos, e, também, que contribuam para o fortalecimento das lutas sociais em seu caráter emancipatório.

Para tanto, pode-se afirmar que a partir de um rol de conhecimentos que abarcam as

competências teórico-metodológicas e ético-políticas é que os profissionais conseguem realizar a análise crítica da realidade e, com isso, abrir um campo de possibilidades, através das mediações necessárias, no campo prático. Em outras palavras, a partir de uma competência teórico, prática, ético e política abre-se a possibilidade dos profissionais estruturarem o seu trabalho, considerando as suas competências e atribuições específicas necessárias, para o atendimento das situações e demandas sociais que se apresentam em seu espaço sócio-ocupacional, de forma qualificada. É nesta dimensão, que a teoria aparece articulada a prática profissional e o Projeto Profissional Crítico encontra espaço para se materializar. Acerca disto, Miotto e Nogueira (2009, p. 234) explicam:

Postular as ações profissionais como emblemáticas na discussão do trabalho do assistente social decorre da compreensão de que elas nada mais são do que os fundamentos teórico-metodológicos e ético-políticos em ato. Ou seja, expressam, no momento em que se realizam, a apropriação que os profissionais fazem dos fundamentos teórico-metodológicos e ético-políticos presentes na profissão e no campo das políticas sociais em determinado momento histórico, alinhados a diferentes projetos societários. São as ações profissionais, materializando os projetos profissionais, que colocam os diferentes projetos societários em movimento e, portanto, unicamente podem ser compreendidas processualmente, além de definidas a partir do contexto no qual se realizam e se articulam. A articulação se mostra como uma característica fundamental do processo na medida em que, nesta concepção, não é possível pensar em ações isoladas ou descoladas de seus fundamentos.

Considerando estas questões, este estudo buscou analisar a intervenção profissional do assistente social problematizando os desafios e possibilidades apresentados pela conjuntura atual e pela estrutura capitalista, considerando as suas determinações. As entrevistas realizadas possibilitaram que fossem repensados os elementos que compõem a intervenção profissional daquelas assistentes sociais, contribuindo para a reflexão do exercício profissional. Assim, acerca das análises realizadas pôde-se depreender que muitas conquistas já foram alcançadas no seio profissional, principalmente, aquelas que se referem a concepção de direitos.

As assistentes sociais estão caminhando na direção da garantia e ampliação de direitos, buscando orientar e encaminhar os usuários para os bens e serviços disponíveis na rede de atendimentos da saúde e das outras políticas sociais. Há uma preocupação muito grande das profissionais em se atualizar na área em que estão trabalhando (ambulatório e doenças específicas) a fim de entender melhor as demandas que lhes chegam. A maioria das assistentes sociais possui especialização, sendo esta busca pela formação continuada um importante elemento para que as intervenções sejam refletidas. Também se preocupam em utilizar as legislações que vão em direção da garantia dos direitos dos sujeitos como referências de conhecimento para o atendimento das demandas.

Ainda vale destacar que em seus depoimentos aparecem de forma implícita, e, por vezes explícita, uma afirmação dos princípios do SUS e do Projeto Profissional Crítico. Pôde-se observar

uma preocupação com o atendimento de qualidade nos serviços prestados, envolvendo-se em comissões de humanização e estruturando intervenções que se voltam para o estabelecimento de relações de confiança entre profissional e usuário a fim de que possam identificar as demandas dos usuários. No sentido da integralidade, aparecem as atividades interdisciplinares e as relações estabelecidas com a rede de serviços.

No entanto, apesar destes avanços observados, podemos afirmar que ainda existem muitos desafios em relação a materialização do Projeto Profissional Crítico a serem enfrentados pelas profissionais entrevistadas. Constatou-se que as profissionais mesclam intervenções referentes aos direitos dos usuários, que vão ao encontro do projeto crítico, a posturas e intervenções conservadoras.

Em relação a posturas conservadoras pôde-se verificar assistentes sociais que entendem seu projeto profissional como clínico e institucional, tendo o atendimento das demandas institucionais como suas finalidades profissionais. Encontrou-se posicionamentos que identificam a profissão meramente como um serviço burocrático e, também, voltado para as demandas imediatas. Observou-se uma indefinição dos assistentes sociais em projetos interdisciplinares, nos quais o assistente social, por vezes, se julga sem “função” e acaba realizando atividades de cunho psicologizante e sem objetivo definido.

Pode-se apontar também que em relação às referências de conhecimento a maioria das assistentes sociais estão se voltando para a apropriação das legislações, deixando em segundo plano as referências teórico-metodológicas que fundamentam o Projeto Profissional Crítico. Além disso, destaca-se que as profissionais, em sua maioria, não estão realizando pesquisas e investigações no seu cotidiano de trabalho, não se aprofundando nos conhecimentos acerca da realidade dos usuários atendidos, da instituição e das relações macrosociais.

Ainda pode acrescentar que os discursos voltados para *humanização, acolhimento e vínculo* se apresentaram para uma concepção restrita destes conceitos, sendo entendidos como processos que indicam um mero tratamento cordial e de relaxamento para os usuários. Ou seja, as ações não extrapolam isso, deixando de lado o significado ampliado destes conceitos que vai na direção da gestão participativa, do acesso a equipamentos e serviços, valorização do trabalho em saúde, entre outras questões.

E, constatou-se que os espaços dos Conselhos ainda não estão sendo ocupados pela maioria das assistentes sociais. Mesmo considerando os motivos levantados pelas entrevistadas que se referem a condições que estão postas para elas, tais como a dupla jornada de trabalho, a multiplicidade de tarefas destinadas a mulher, a falta de tempo nas instituições devido ao número reduzido de assistentes sociais, entre outras coisas; pode-se observar que também existe falta de

interesse de algumas assistentes sociais.

Por último, vimos que a maioria das profissionais não está se articulando com os movimentos sociais e com as organizações populares e nem atuando na direção do estímulo dos usuários a participar destes espaços. Assim, viu-se um distanciamento entre a intervenção profissional e os espaços de mobilização, corroborando para uma prática circunscrita a demandas institucionais.

Considerando tudo o que foi exposto, faz-se necessário fazer algumas considerações acerca do papel pedagógico dos assistentes sociais que se destina ao processo de reflexão crítica dos sujeitos e no fortalecimento dos espaços de mobilização social, tais como os Conselhos, as Conferências, as organizações populares e os movimentos sociais.

Assim, é necessário que os profissionais intervenham socializando informações, conforme as entrevistadas estão fazendo, pois os usuários só poderão acessar seus direitos à saúde quando tiverem informações suficientes sobre a nova organização da saúde, as novas concepções que o movimento de reforma sanitária conseguiu levar para as legislações e, conseqüentemente, para os serviços e práticas em saúde. Desta maneira, a divulgação de informações pode possibilitar o acesso universal aos serviços, a participação social, a consecução do princípio da integralidade, a autonomia dos sujeitos, a igualdade na assistência, entre outras questões.

Este princípio está contido no Projeto de Reforma Sanitária e do Projeto Profissional Crítico e deve ser usado como um mecanismo para dar continuidade ao projeto de reforma sanitária, onde haja o entendimento da saúde como direito e não como favor; e no impulso às lutas democráticas. No entanto, faz-se necessário afirmar que a divulgação de informação esteja aliada a um processo de reflexão crítica, pois só assim, permitirá que a luta do movimento sanitário permaneça viva entre profissionais e usuários dos serviços de saúde. Logo, para além de ampliar o acesso dos usuários ao disponibilizar informações acerca dos serviços de saúde, este princípio também deve ser considerado como um instrumento que viabiliza informações carregadas de concepções ideológicas do movimento sanitário que tratam do conceito ampliado de saúde, da saúde como um direito e dever do Estado, da cidadania, da democracia, dos sentidos da integralidade e da participação social, ultrapassando as normas e voltando-se para a dimensão política e social destes preceitos.

Considerando isto, cabe ao assistente social que se orienta pelo Projeto Profissional Crítico trabalhar com a informação, mas também com o processo reflexivo de conscientização crítica dos usuários atendidos, conforme aponta Alves et. al. (2007, p. 47):

envolve a reprodução da vida material e das formas de consciência social através das quais os usuários pensam e se posicionam perante os serviços de saúde e a própria vida em sociedade. Por isso, a necessidade de compromisso com a intervenção competente e fundamentada em concepções teórico-metodológicas sólidas. Estas se revertem em condições de trabalho e qualifica a relação com o usuário, interferem no processamento da ação e nos resultados individual e coletivamente projetados.

Em âmbito mais geral, devemos retomar aqui que a função do assistente social ultrapassa a questão colocada na política de saúde. O assistente social trabalha com a divulgação de diversas informações acerca dos direitos de saúde, previdenciários, assistenciais, habitacionais, educacionais, entre outros; buscando informar os usuários para que obtenham os seus direitos, o que pode contribuir para a melhora dos seus determinantes sociais. No entanto, como discutido no capítulo 1, o assistente social possui uma função pedagógica que vai para além da veiculação de informações que levem a obtenção de direitos.

Como observado anteriormente, nos projetos conservadores do Serviço Social esta função pedagógica era bastante valorizada e funcionou como um instrumento de persuasão e adequação dos usuários atendidos a sociedade vigente, individualizando e despolitizando a questão social através de intervenções educativas, chamadas por Abreu (2008), por “pedagogia da ajuda” e “pedagogia da participação”.

Com o processo de rompimento com o conservadorismo nas décadas de 1980 e 1990, gera-se a possibilidade de uma intervenção profissional voltada para a plena expansão dos sujeitos e para a emancipação, conformando uma nova função pedagógica do assistente social que, como assinalado no capítulo anterior, foi denominada por Abreu (2008) como uma pedagogia de perspectiva emancipatória. Assim, o assistente social comprometido com os valores do Projeto Profissional Crítico passa a atuar no processo de difusão de informações e de reflexão crítica sobre a realidade social, fortalecendo a sistematização do saber dos sujeitos como forma de resistência e luta. Acerca disto, a autora aponta:

a função pedagógica do assistente social vincula-se à capacitação, mobilização e participação populares, mediante, fundamentalmente, processo de reflexão, identificação de necessidades, formulação de demandas, controle das ações do Estado de forma qualificada, organizada e crítica. Nesse processo, cabe a esse profissional, dentre outras atribuições, viabilizar o “acesso às informações que possam contribuir para o entendimento do funcionamento da máquina pública, dos procedimentos administrativos, da legislação pertinente, das instâncias de decisão de planejamento urbano, etc”. (Marco, 2000: 158). Fundamentalmente, a intervenção do assistente social, numa perspectiva emancipatória, volta-se para o rompimento de práticas identificadas com a cultura tuteladora/clientelista da relação entre Estado e sociedade, contribuindo para o surgimento de uma nova e superior prática social (idem, p. 216).

Acerca deste processo de socialização de informação em conjunto com a reflexão crítica,

Iamamoto (2010) destaca que este é o momento que o assistente social consegue tornar transparente aos sujeitos atendidos as reais implicações de suas demandas, indo para além das aparências e dos dados imediatos. Desta maneira, as demandas apresentadas ao assistente social ganham uma dimensão coletiva, extrapolando uma abordagem exclusivamente individual – ainda que realizada junto a um único sujeito - à medida que a realidade dos sujeitos é considerada como parte de uma coletividade.

Considerando o exposto até aqui, vale sintetizar que para os profissionais assistentes sociais inseridos no campo sócio-ocupacional da saúde que desejam construir intervenções que se voltem para a materialização dos ideais da Reforma Sanitária e do Projeto Ético-Político do Serviço Social serão requeridos, no mínimo, as seguintes premissas:

- uma formação acadêmica balizada na teoria marxiana e marxista;
- o conhecimento acerca da realidade e da população atendida, realizando investigações e as mediações necessárias no entendimento das expressões da questão social, enquanto objeto de intervenção profissional;
- conhecimento acerca das legislações e, também, dos recursos disponíveis, mas, sem reduzir suas finalidades e objetivos profissionais a orientações e encaminhamentos de usuários;
- realizar registros para poder planejar e avaliar ações, bem como, dar continuidade aos atendimentos;
- pautar-se na teoria social crítica, estabelecendo uma articulação com a saúde, a fim de criar uma intervenção consciente que ultrapasse a imediaticidade das demandas;
- uma capacitação profissional contínua que abarque conhecimentos relacionados ao campo sócio-profissional da saúde, mas também do Serviço Social;
- o envolvimento com os espaços e eventos da categoria profissional;
- o envolvimento em eventos e discussões que abarquem as Políticas Sociais, os Direitos Humanos e os Movimentos Sociais;
- o planejamento e avaliação de suas ações e intervenções profissionais, estabelecendo uma articulação dialética entre conhecimento e ação;
- o processo de escolha dos instrumentos e técnicas e a organização das atividades levando em consideração os objetivos profissionais;
- assumir os compromissos ético-políticos deste projeto;
- atuar em equipes interdisciplinares mantendo a sua identidade profissional na consecução de

suas ações e intervenções;

- atuar no fortalecimento das organizações e movimentos sociais, criando articulações externas aos serviços na ampliação de direitos e no apoio as lutas populares, inclusive através de assessorias;
- atuar no acompanhamento e fortalecimento dos Conselhos de Saúde e outros Conselhos, fomentando e induzindo ações e debates críticos e denunciativos das situações encontradas na realidade;
- atuar no processo de socialização de informações, orientando direitos e promovendo o acesso, mas, principalmente, realizar um processo reflexivo com os usuários, seja em âmbito individual ou coletivo.

Para finalizar, aponta-se que o Projeto Profissional Crítico está sempre em processo de construção porque ele é dinâmico, possui historicidade e deve ser gestado todos os dias nos cotidianos profissionais dos assistentes sociais. Desta maneira, é muito importante que os profissionais tenham clareza dos fundamentos deste projeto, criando objetivos profissionais à luz das referências teórico-metodológicas e ético-políticas que estão impressas nele. Somente assim, a profissão consegue avançar na sua contribuição para uma sociedade justa e igualitária.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABEPSS. **Diretrizes Gerais para o curso de Serviço Social**. Rio de Janeiro: nov/1996.

ABRAMIDES, M. B. C. **Desafios do projeto profissional de ruptura com o conservadorismo**. In: Serviço Social & Sociedade. São Paulo: Cortez, 2007.

_____. **O Projeto Ético-Político do Serviço Social Brasileiro**. Tese (doutorado) – Programa de Pós-graduação em Serviço Social. São Paulo: PUC-SP, 2006.

ABREU, M. M. **Serviço Social e a organização da cultura: perfis pedagógicos da prática profissional**. São Paulo: Cortez, 2008.

ACIOLI, S. **Participação Social na Saúde: Revisitando Sentidos, Reafirmando Propostas**. In: PINHEIRO, R. e MATTOS, R. A. de (Org.). *Construção Social da Demanda*. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ – ABRASCO, 2005.

AGUIAR, A. G. **Serviço Social e Filosofia: Das Origens a Araxá**. São Paulo: Cortez /UNIMEP, 5. ed.,1995.

ALVES, F. L. et. al. **A Política Nacional de Humanização: elementos para o debate**. In: Serviço Social & Saúde. Campinas: v. 6, n. 6, mai/2007.

AMMANN, S. B. **Ideologia do Desenvolvimento de Comunidade no Brasil**. São Paulo: Cortez, 8. ed., 1992.

ANAIS – 8ª **Conferência Nacional de Saúde. Relatório**. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1986. Disponível em: <www.bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0219VIIIcns.pdf>. Acessado em: 15 de setembro de 2012.

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

ANTUNES, R. **Os sentidos do trabalho**. São Paulo: Boitempo, 1999.

AROUCA, S. **O dilema preventivista: Contribuição para a compreensão crítica da medicina preventiva**. Tese (doutorado). Programa de pós-graduação da Faculdade de Ciências Médicas. Campinas: UNICAMP, 1975.

BARROCO, M. L. S. **Ética e Serviço Social – Fundamentos Ontológicos**. São Paulo: Cortez, 2008.

_____. **Fundamentos Éticos do Serviço Social**. In: Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009.

_____. **Materialidade e potencialidade do Código de Ética dos Assistentes Sociais brasileiros**. In: CFESS (Org.). *Código de Ética do/a Assistente Social Comentado*. CFESS (org.). São Paulo: Cortez, 2012.

BEHRING, E. R. **Brasil em contra-reforma: : desestruturação do Estado e perda de direitos.** São Paulo: Cortez, 2008.

_____. **Questão Social e Direitos.** In: Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009.

BEHRING, E. R.; BOSCHETTI, I. **Política Social: fundamentos e história.** São Paulo: Cortez, 3 ed. , 2008.

BENEVIDES, R. e PASSOS, E. **Humanização na saúde: um novo modismo?** In: Interface - Comunicação, Saúde, Educação. São Paulo: vol.9, n. 17, mar-ago/2005.

BOSCHETTI, I. **O Serviço Social e a luta por trabalho, direitos e democracia no mundo globalizado.** Palestra proferida na Conferência Mundial de Serviço Social, ocorrida em Salvador, em 17 de agosto de 2008. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/pdf/ivanete_boschetti.pdf>. Acessado em 13 de janeiro de 2011.

BRANDÃO, C. S. **Pragmatismo e Serviço Social: elementos para a crítica ao conservadorismo.** Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-graduação em Serviço Social. Rio de Janeiro: FSS/UFRJ, 2010.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.** Capítulo Da Seguridade Social. Brasília, DF: Senado Federal, Out/1988. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/>>. Acessado em 25 de janeiro de 2011.

_____. **Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: set/1990a. Disponível em: <<http://www.saude.gov.bvs>>. Acessado em 25 de janeiro de 2011.

_____. **Lei n.º 8.142, de 28 de dezembro de 1990.** Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, DF: Dez/1990b. Disponível em: <<http://www.saude.gov.bvs>>. Acessado em 25 de janeiro de 2011.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS.** Brasília, DF: 2007. Disponível em: <<http://www.saude.gov.bvs>>. Acessado em: 19 de outubro de 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco.** Brasília, DF: 2004. Disponível em: <<http://www.saude.gov.bvs>>. Acessado em: 19 de outubro de 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde.** Brasília, DF: 2010. Disponível em: <<http://www.saude.gov.bvs>>. Acessado em: 19 de outubro de 2012.

_____. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS – Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de Atenção e Gestão em todas as instâncias do SUS.** Brasília, DF: 2004.

_____. **Resolução CNE/CES 15, de 13 de março de 2002.** Estabelece as Diretrizes Curriculares para os cursos de Serviço Social. Conselho Nacional de Educação, Brasília, 2002. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES152002.pdf>>. Acessado em outubro de 2011.

BRAVO, M. I. S. **Política de Saúde no Brasil.** In: MOTA, A. E. et. al. (Org). Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006. Disponível <http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/inicio.htm>. Acessado em 15 de setembro de 2010.

_____. **Serviço Social e Reforma Sanitária. Lutas sociais e práticas profissionais.** São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Ed. UFRJ, 1996.

_____. **A Política de Saúde no Brasil: trajetória histórica.** In: Capacitação para Conselheiros de Saúde- textos de apoio. Rio de Janeiro: UERJ/DEPEXT/NAPE, 2001.

BRAVO, M. I. S.; MATOS, M. C. **Projeto Ético-Político do Serviço Social e sua Relação com a Reforma Sanitária: elementos para o debate.** In: MOTA, A. E. et. al. (Org). Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006. Disponível <http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/inicio.htm>. Acessado em 15 de setembro de 2010.

_____. **A Saúde no Brasil: Reforma Sanitária e Ofensiva Neoliberal.** In: BRAVO, Maria Inês e PEREIRA, Potyara. Política Social e Democracia. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2001.

BRAZ, M. **Notas sobre o Projeto Profissional Crítico.** In: Assistente Social: Ética e Direitos. Rio de Janeiro: CRESS-7ª R., 2001.

BRAZ, M.; TEIXEIRA, J. B. **O Projeto Ético-Político do Serviço Social.** In: Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009.

CAMPOS, G. W. S. **O SUS entre a tradição dos Sistemas Nacionais e o modo liberal-privado para organizar o cuidado à saúde.** In: Ciênc. Saúde Coletiva. Rio de Janeiro: v. 12 (suplemento), nov./2007.

_____. **Humanização na saúde: um projeto em defesa da vida?** In: Interface - Comunicação, Saúde, Educação. São Paulo: vol.9, n. 17, mar-ago/2005.

CANESQUI, A. M. **Sobre a Presença das Ciências Sociais e Humanas na Saúde Pública.** I Conferência de Abertura do II Encontro Paulista de Ciências Sociais e Humanas em Saúde. São Paulo, Jun/2009.

CECÍLIO, L. C. O. **O desafio de qualificar o atendimento prestado pelos hospitais públicos.** In: Merhy, E.E e Onocko, R. (Org.). Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 3ª ed., 2007.

CFESS. **Código de Ética Profissional do/a Assistente Social.** Brasília: CFESS, 1993a. Disponível em: <<http://www.cfess.org.br>>. Acessado em 15 de abril de 2010.

_____. **Lei de Regulamentação Profissional.** Lei nº 8.662, de 7 de junho de 1993. Dispõe sobre a profissão de Assistente Social e dá outras providências. Brasília: 1993b. Disponível em: <<http://www.cfess.org.br>>. Acessado em 15 de abril de 2010.

_____. **CFESS Manifesta – Serviço Social na Saúde.** Brasília: 2009. Disponível em: <<http://www.cfess.org.br>>. Acessado em 22 de abril de 2011.

_____. **Parâmetros para Atuação de Assistentes sociais na Política de Saúde.** In: Série: Trabalho e Projeto Profissional nas Políticas Sociais. Brasília: 2010a. Disponível em: <<http://www.cfess.org.br>>. Acessado em 05 de outubro de 2010.

_____. **Serviço Social e Reflexões Críticas sobre Práticas Terapêuticas.** Brasília: 2010b. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/doc_CFESS_Terapias_e_SS_2010.pdf>. Acessado em 12 de dezembro de 2011.

CHUPEL, C. P.; MIOTO, R. C. T. **Acolhimento e Serviço Social: contribuições para a discussão das ações profissionais no campo da saúde.** In: Revista Serviço Social & Saúde. Campinas: UNICAMP, v. IX, n. 10, dez/2010.

CRESS. **Atribuições privativas do Assistente Social e o “Serviço Social Clínico”.** In: Em Foco. Rio de Janeiro: CRESS - 7ª Região-RJ/ UERJ, n. 1 (edição complementar), mai/2004.

COELHO, M. A. **Imediatividade na prática profissional do assistente social.** Tese (doutorado) – Programa de Pós-graduação em Serviço Social. Rio de Janeiro: ESS/UFRJ, 2008.

COHN, A. e ELIAS, P. E. M. **Equidade e reformas na saúde dos anos 90.** In: Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro: n. 18 (suplemento), 2002.

COHN, A. **Caminhos da Reforma Sanitária.** In: Lua Nova [online]. São Paulo: n.19, 1989. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-64451989000400009&script=sci_arttext>. Acessado em: 23 de outubro de 2012.

_____. **O SUS e o direito à saúde: universalização e focalização nas políticas de saúde.** In: LIMA, N. T. et al. (Orgs.) Saúde e Democracia: história e democracia do SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

COSTA, M. D. H. **O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos (as) assistentes sociais.** In: MOTA, A. E. et. al. (Org). Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006. Disponível <http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/inicio.htm>. Acessado em 15 de setembro de 2010.

COSTA, A. M. e NORONHA, J. C. **Controle Social na Saúde: construindo a Gestão Participativa.** In: Saúde em Debate. Rio de Janeiro: v. 27, n. 65, set-dez/2003.

DÂMASO, R. **Saber e práxis na Reforma Sanitária – Avaliação da Prática Científica no Movimento Sanitário.** In: TEIXEIRA, S. F. et. al. (org.). Reforma Sanitária: em busca de uma teoria. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva, 1995.

DURIGUETTO, M. L. **Conselhos de direitos e intervenção profissional do Serviço Social.** In: BRAVO, M. I. S. e MENEZES, J. S. B. (orgs.) Saúde, Serviço Social, Movimentos Sociais e Conselhos: desafios atuais. São Paulo: Cortez, 2012.

ESCOREL, S. et. al. **As origens da Reforma Sanitária e do SUS.** In: LIMA, N. T. (org.). Saúde e Democracia: histórias e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

GOMES, M. C. P. A. e PINHEIRO, R. **Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos.** In: Interface – Comunicação, Saúde, Educação. São Paulo: v. 9, n. 17, mar-ago/2005.

GUEDES, O. S. e LACERDA, L. E. P. **Do conservadorismo à moral conservadora no Serviço Social brasileiro.** In: Serviço Social em revista, v.8, n. 2., jan-jun/2006. Disponível em: <<http://www.uel.br/revistas/ssrevista/c-v8n2.htm>>. Acessado em 23 de julho de 2012.

GUEDES, O. S. et. al. **Reflexões sobre uma das tendências à reatualização do conservadorismo no Serviço Social brasileiro.** In: 2º Seminário Nacional Estado e Políticas Sociais no Brasil. Paraná: UNIOESTE, out/2005.

GUERRA, Y.; ORTIZ, F. S. G. **Os caminhos e os frutos da “virada”: apontamentos sobre o III Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais.** In: Revista Praia Vermelha. Rio de Janeiro: v. 19, nº 2, jul-dez/2009.

GUERRA, Y. **O Serviço Social frente à crise contemporânea: demandas e perspectivas.** In: Revista Ágora – Políticas Sociais e Serviço Social. [online]. Ano 2, n. 3, dez/2005. Disponível em: <www.assistentesocial.com.br>. Acessado em 12 de abril de 2010.

_____. **O Projeto Profissional Crítico: estratégia de enfrentamento das condições contemporâneas da prática profissional.** In: Serviço Social & Sociedade. São Paulo: Cortez, n. 91, set/2007.

_____. **A dimensão investigativa no exercício profissional.** In: Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009.

_____. **A formação profissional frente aos desafios da intervenção e das atuais configurações do ensino público, privado e a distância.** In: Serviço Social & Sociedade. São Paulo: Cortez, n. 104, out-dez/2010.

GUIZARDI, F. L., PINHEIRO, R. e MACHADO, F. R. **Participação Social na Saúde: Revisitando Sentidos, Reafirmando Propostas.** In: PINHEIRO, R. e MATTOS, R. A. de (Org.). Construção Social da Demanda. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ – ABRASCO, 2005.

_____. **O Serviço Social frente à crise contemporânea: demandas e perspectivas.** In: Revista Ágora. Rio de Janeiro: UFF, ano 2, nº. 3, dez. 2005. Disponível em: <<http://assistentesocial.com.br>>. Acessado em 15 de dezembro de 2010.

IAMAMOTO, M. V.; CARVALHO, R. **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil – Esboço de uma interpretação histórico-metodológica.** São Paulo: Cortez, CELATS, 28ª ed., 2009.

_____. **As dimensões ético-políticas e teórico-metodológicas no serviço social contemporâneo.** In: MOTA, A. E. et. al. (Org). Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho

Profissional. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/inicio.htm>. Acessado em 15 de setembro de 2010.

_____. **Renovação e conservadorismo no Serviço Social – Ensaio crítico.** São Paulo: Cortez, 10ª ed., 2008.

_____. **O Serviço Social na cena contemporânea.** In: Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009a.

_____. **O Serviço Social na contemporaneidade: Trabalho e Formação Profissional.** São Paulo: Cortez, 18ª ed., 2009b.

_____. **Serviço Social em tempo de capital fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social.** São Paulo: Cortez, 4ª ed., 2010.

_____. **Os espaços sócio-ocupacionais do assistente social.** In: Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009c.

_____. **Projeto Profissional, Espaços Ocupacionais e Trabalho do Assistente Social na Atualidade.** Atribuições Privativas do(a) Assistente Social em questão. Brasília: CFESS, 2002.

LAURELL, A. C. **Avançando em direção ao passado: a política social do neoliberalismo.** In: Estado e Políticas Sociais no Neoliberalismo. São Paulo: Cortez, 1995.

LUKÁCS, G. **As Bases Ontológicas do Pensamento e da Atividade do Homem.** In: Revista Temas de Ciências Humanas. São Paulo: Livraria Editora de Ciências Humanas, n.4, 1978.

MACHADO, L. E. **O conservadorismo clássico: elementos de caracterização e crítica.** Dissertação de Mestrado do Programa de Pós-graduação em Serviço Social da Escola de Serviço Social da UFRJ. Rio de Janeiro:1997.

MARTINS, E. A. **A ofensiva neoconservadora no Serviço Social contemporâneo: recomposição de velhos dilemas.** Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-graduação em Serviço Social. Juiz de Fora: FSS/UFJF, 2012.

MARX, K. O Capital. **O Capital: Crítica da Economia Política. Livro primeiro – O processo de Produção do Capital.** Rio de Janeiro: Ed. Civilização Brasileira, Livro I, v.1, 2011a; Livro II, v. 1, 2011b.

MARSIGLIA, R. M. G. **Orientações Básicas para Pesquisa.** In: MOTA, A. E. et. al. (Org). Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/inicio.htm>. Acessado em 15 de setembro de 2011.

MATOS, M. C. **O debate do Serviço Social na saúde nos anos 90.** In: Serviço Social & Sociedade. São Paulo: Cortez, n.74, 2003.

MATTA, G. C.; MOROSINI, M. V. G. **Atenção à Saúde.** Portal EPSJV/FIOCRUZ [online]. Dicionário da Educação Profissional em Saúde, 2009. Disponível em

<<http://www.epsjv.fiocruz.br>>. Acessado em 23 de agosto de 2012.

MATTOS, R. A. **Os sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos.** In: PINHEIRO, R. e MATTOS, R. A. (Org.). Os sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, ABRASCO, 2004.

MINAYO, M. C. O. **Desafio do Conhecimento - Pesquisa Qualitativa em Saúde.** São Paulo. Hucitec- Abrasco, 2ª ed.: 1993.

MIOTO, R. C. T. e LIMA, T. C. S. **A dimensão técnico-operativa do Serviço Social em foco: sistematização de um processo investigativo.** In: Revista Textos & Contextos. Porto Alegre: v. 8, n.1, jan-jun/2009.

MIOTO, R. C. T. e NOGUEIRA, V. M. R. **Serviço Social e Saúde – desafios intelectuais e operativos.** In: Ser Social. Brasília: v. 11, n. 25, jul-dez/2009.

MITRE, S. M. et. al. **Avanços e desafios do acolhimento na operacionalização e qualificação do Sistema Único de Saúde na Atenção Primária: um resgate da produção bibliográfica do Brasil.** In: Ciênc. e Saúde Coletiva. Rio de Janeiro: v. 17, n. 8, ago/2012.

_____. **Terceiro setor e a questão social - crítica ao padrão emergente de intervenção social.** São Paulo: Cortez, 2008.

NETTO, J. P. **A construção do Projeto Profissional Crítico do Serviço.** In: MOTA, A. E. et. al. (Org). Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/inicio.htm>. Acessado em 15 de setembro de 2010.

_____. **Capitalismo Monopolista e Serviço Social.** São Paulo: Cortez, 7ª ed., 2009.

_____. **Ditadura e Serviço Social – uma análise do Serviço Social no Brasil pós-64.** São Paulo: Cortez, 8ª ed., 2005.

_____. **Transformações Societárias e Serviço Social - Notas para uma análise prospectiva da profissão no Brasil.** In: Serviço Social & Sociedade. São Paulo: Cortez, n.50, abr. 1996.

NETTO, J. P. **Para a crítica da vida cotidiana.** In: Cotidiano: conhecimento e crítica. São Paulo: Cortez, 2ª ed., 1989.

NOGUEIRA, V. M. R.; MIOTO, R. C. T. **Desafios atuais do Sistema Único de Saúde – SUS e as exigências para os Assistentes Sociais.** In: MOTA, A. E. et. al. (Org). Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006a. Disponível em: <http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/inicio.htm>. Acessado em 15 de setembro de 2010.

_____. **Sistematização, Planejamento e Avaliação das Ações dos Assistentes Sociais no Campo da Saúde.** In: MOTA, A. E. et. al. (Org). Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006b. Disponível em:

<http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/inicio.htm>. Acessado em 15 de setembro de 2010.

NUNES, E. D. **Saúde Coletiva: história de uma ideia e de um conceito**. In: Saúde e Sociedade. São Paulo: v.3, n.2, 1994.

_____. **As Ciências Sociais em Saúde: reflexões sobre as origens e a construção de um campo de conhecimento**. In: Rev. Saúde e Sociedade. São Paulo: v.1, n. 1, 1992.

_____. **A trajetória das ciências sociais em saúde na América Latina: revisão da produção científica**. In: Rev. Saúde Pública. São Paulo: v. 40, n. espec., Ago/2006.

OLIVEIRA, J. A. A.; TEIXEIRA, S. M. F. (Im) Previdência social: 60 anos de história da previdência no Brasil. Rio de Janeiro: Vozes/ABRASCO, 1989.

ORTIZ, F. S. G. **O Serviço Social e sua imagem: avanços e continuidades de um processo em construção**. Tese (doutorado em Serviço Social) – Programa de Pós-graduação. Rio de Janeiro: ESS/UFRJ, 2007.

PAIM, J. S. **Direito à saúde, cidadania e Estado**. In: VIII Conferência Nacional de Saúde. Anais. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1986.

PAIM, J. S. et. al. **O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios**. [Online]. [thelancet.com](http://www.thelancet.com): Maio/2011. Disponível em: <<http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor1.pdf>> Acessado em: 10 de janeiro de 2013.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS: Abrasco, 2003. 228 p.

POLIGNANO, M. V. **História das políticas de saúde do Brasil: uma pequena revisão**. Disponível em : <<http://www.saude.mt.gov.br/arquivo/2165>>. Acessado em 06 agosto de 2012.

PORTAL ABEPSS. **O que é a ABEPSS**. [online] Disponível em: <<http://www.abepss.org.br/abepss.php>>. Acessado em 16 de abril de 2011.

RONCALLI, A.G. **O desenvolvimento das políticas públicas de saúde no Brasil e a construção do Sistema Único de Saúde**. In: Antonio Carlos Pereira (Org.). Odontologia em Saúde Coletiva: planejando ações e promovendo saúde. Porto Alegre: ARTMED, 2003.

SANTOS, C. M. **Os instrumentos e técnicas: mitos e dilemas na formação profissional do assistente social no Brasil**. Tese (doutorado) – Programa de Pós-graduação em Serviço Social. Rio de Janeiro: ESS/UFRJ, 2008.

_____. **Na Prática a Teoria é Outra? Mitos e Dilemas na Relação entre Teoria, Prática, Instrumentos e Técnicas no Serviço Social**. Rio de Janeiro: Lumem Jurídica, 2010.

SANTOS, J. S. **Apropriações da tradição marxista no Serviço Social**. [online] Cadernos Especiais, n. 42, 2007. Disponível em <<http://www.assistentesocial.com.br>>. Acessado em 25 de fevereiro de 2012.

SIMIONATO, I. **As expressões ideoculturais da crise capitalista na atualidade e sua influência teóricopolítica.** In: Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009.

SILVA E SILVA, M. O. **O Serviço Social e o Popular: resgate teórico-metodológico do Projeto Profissional de Ruptura.** São Paulo: Cortez, 2011.

SOLLA, J. e CHIORO, A. **Atenção Ambulatorial Especializada.** In: Giovanella, L. et al. (org.). Políticas e sistema de saúde no Brasil. Fiocruz: Cebes, 2008.

SOUSA, R. M. S. **Controle social em saúde e cidadania.** In: Serviço Social e Sociedade. São Paulo: Cortez, n. 74, 2003.

SOUZA FILHO, R. (2003). **Apontamentos sobre o materialismo dialético.** In: Libertas. Revista da Faculdade de Serviço Social da UFJF. V.3, nº 1e nº 2. Juiz de Fora. Editora UFJF.

TERRA, S. H. **Código de Ética do (a) Assistente Social: comentários a partir de uma perspectiva jurídico-normativa crítica.** In: CFESS (Org.). Código de Ética do/a Assistente Social Comentado. CFESS (org.). São Paulo: Cortez, 2012.

VALLE, K. F. **Serviço Social e Conservadorismo: novas expressões de um rompimento inconcluso.** Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-graduação em Serviço Social. Rio de Janeiro: FSS/UFRJ, 2010.

VASCONCELOS, M. A. **A prática do Serviço Social – Cotidiano, formação e alternativas na área da saúde.** São Paulo: Cortez, 5ª ed., 2007.

_____. **Serviço Social e Práticas Democráticas na Saúde.** In: MOTA, A. E. et. al. (Org). Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/inicio.htm>. Acessado em 15 de setembro de 2010.

_____. **Serviço Social e Prática Reflexiva.** In: Em Pauta. Rio de Janeiro,: nº 1, UERJ, 1993.

WERNER, R. C. **Análises da Diretrizes Curriculares para o Serviço Social a partir da resolução CNE/CES 15/2002.** In: 3º Congresso Internacional de Educação. Tema: Educação: Saberes para o Século XXI. Ponta Grossa: 2011.

Yazbek, M. C. **Os fundamentos históricos e teórico-metodológicos do Serviço Social brasileiro na contemporaneidade.** In: Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009a.

_____. **O significado sócio-histórico da profissão.** In: Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009b

ANEXO

ROTEIRO DE ENTREVISTA

Hospital: _____

A. DADOS PESSOAIS

1. Idade: _____ 2. Sexo: () F () M

B. FORMAÇÃO:

1. Ano de formação da graduação:
2. Instituição de formação:
3. Fez ou faz: () residência () especialização () mestrado (acadêmico ou profissional?) () doutorado
 - Para cada item assinalado: em qual área?
 - Em caso negativo, tem projeto de realizar algum tipo de capacitação? () Sim. Qual? () Não. Por quê?
4. Você participa dos eventos da categoria ou eventos relacionados à profissão?
 - 4.1. *Se sim*, quais eventos participou no último ano?
 - 4.2. *Se não*, por quê?

C. CONDIÇÕES DE TRABALHO

1. Tipo de vínculo empregatício neste hospital: () CLT () estatutário () terceirizado () outro
2. Tempo de trabalho neste hospital:
3. Carga horária:
4. O Serviço Social possui sala no hospital? () Sim () Não
 - 5.1. *Se sim*:
 - 5.1.1. Como são as condições das instalações?
 - 5.1.2. Você divide esta sala (ou salas) com outros profissionais?
 - 5.1.3. Existe espaço para atendimento individual?
 - 5.1.4. Existe espaço para atendimento em grupo?
 - 5.2. *Se não*:
 - 5.2.1. Como você avalia isso?
 - 5.2.2. Onde você atende os usuários e onde guarda os seus registros?
6. Você possui um local para guardar os arquivos sigilosos dos usuários? () Sim () Não
 - 6.1. *Se não*, como você avalia isso?

D. REFERÊNCIAS DE CONHECIMENTO E PROJETO PROFISSIONAL

1. Quais são os seus objetivos profissionais?
2. Quais conhecimentos você acredita que são fundamentais para a sua intervenção no hospital?
3. Quais autores você utiliza para a sua prática profissional? 3.1. Por quê?
4. Você se orienta por qual projeto profissional?
5. Quais os princípios do Código de Ética direcionam o seu trabalho?
6. Para você existe relação entre o projeto de Reforma Sanitária e o Projeto Ético-Político do Serviço Social? Por quê?
7. No hospital existe alguma ação relacionada com a Política de Humanização? Você está envolvida nela?
 - 11.1. *Se sim*, como funciona? (objetivos)
 - 11.2. *Se não*, por quê?

E. ORGANIZAÇÃO DAS ATIVIDADES E PROCESSO DE ESCOLHA DOS INSTRUMENTOS

(Como é a sua rotina de trabalho?)

1. Como o Serviço Social está organizado na instituição? () Plantão () Projetos () Programas
2. Você atua em Programas e/ou Projetos?
 - 2.1. **Se sim:** Quais são os projetos e programas?
 - 2.1.1. Quais os objetivos a serem cumpridos neste Programa (s) e/ou Projeto (s)?
 - **Se não,** por quê?
3. Quais os instrumentos são utilizados por você nas ações desenvolvidas nos projetos e programas por você?
4. Para cada instrumento desenvolvido responda:
 - 4.1. Como é desenvolvido?
 - 4.2. Qual o seu objetivo?
 - 4.3. Quais são as principais perguntas que você direciona aos usuários?
 - 4.4. Quais as principais informações/processo de reflexão que você veicula?
5. De forma geral, quais são as principais orientações e encaminhamentos feitos por você?
6. O que mais você e o Serviço Social faz que você gostaria de apontar?

F. IDENTIFICAÇÃO DAS DEMANDAS E NECESSIDADES DOS USUÁRIOS

1. O que a direção do hospital determina que seja realizado pelo Serviço Social (demandas institucionais)? O que você acha dessas determinações ou demandas?
2. Você acha importante realizar pesquisas ou levantamento de dados da população atendida?
3. Você já realizou alguma pesquisa/investigação sobre a população atendida?
 - 3.1. **Se sim:** Qual foi o objetivo? O que você fez com os resultados?
 - 3.2. **Se não,** por quê?

G. EQUIPE INTERDISCIPLINAR E IDENTIDADE PROFISSIONAL

1. Você trabalha em equipe interdisciplinar ou multiprofissional? Com quais outras profissões?
2. Vocês realizam atividades juntos? Quais?
3. Quais são as competências e atribuições do assistente social nesta equipe?

H. ARTICULAÇÃO COM OUTROS ESPAÇOS DE PARTICIPAÇÃO E DA CATEGORIA

1. Participa de órgãos da categoria profissão? **1.1. Se sim,** qual? **1.2. Se não,** por quê?
2. Você participa de algum Conselho?
 - 2.1. **Se sim,** na qual a importância deste espaço
 - 2.1.1. Qual?
 - 2.2. **Se não,** por quê?
3. Você participa das pré-Conferências e Conferências de Saúde?
 - 3.1. **Se sim,** na sua opinião, qual a importância deste espaço? **3.2. Se não,** por quê?
4. No hospital, você desenvolve algum trabalho com os movimentos sociais?
 - **Se sim:**
 - 4.1.1. Qual?
 - 4.1.2. Como é feita essa articulação?
 - **Se não,** por quê?
5. Você orienta e encaminha os usuários atendidos para algum movimento social?
6. Você realiza atividades externas ao hospital, junto com escolas, população circunvizinha ao hospital, praças ou outros locais? Por quê?
7. Você gostaria de acrescentar algum outro comentário neste final de entrevista?