

# Ciências e Políticas Públicas

*Public Sciences & Policies*

VOLUME III ▪ NÚMERO 1 ▪ 2017

ISSN 2183-7384 | e-ISSN 2184-0644 | PUBLICAÇÃO BIANUAL | DISTRIBUIÇÃO GRATUITA

EDIÇÃO ESPECIAL

## Serviço Social em Saúde

Desafios face à configuração das políticas  
de saúde no Brasil e em Portugal

Editoras convidadas:

**CARLA PINTO • MARIA IRENE CARVALHO**

**FERNANDA DE OLIVEIRA SARRETA**

**RAQUEL SOARES • ANA VIEIRA • EDGAR DOS SANTOS  
RUTHELICY DE ANDRADE • RENATO DA SILVA • IRLA DA SILVA**  
Contrarreforma na política de saúde brasileira  
e impactos no Serviço Social

**ANDRÉIA LIPORONI**

Participação do assistente social  
nos Conselhos Municipais de Saúde no estado de São Paulo

**INÊS GUERRA**

O caso social em saúde:  
uma dimensão do Serviço Social em contexto hospitalar

**ISABEL FAZENDA**

Saúde mental em Portugal, constrangimentos  
e desafios para o Serviço Social

**LORRAINY MENDES**

Política de saúde e Serviço Social: um estudo sobre  
a intersectorialidade no município de Ituiutaba/MG – Brasil

**SÓNIA RIBEIRO • MARIA AMARO**

A saúde mental dos assistentes sociais em Portugal

**ALINE MARTINS • CAMILA FERNANDES • GÉSSICA MORORÓ**

Pesquisa como forma de resistência dos assistentes sociais  
e resposta às políticas neoliberais



**ISCSP**

INSTITUTO SUPERIOR DE  
CIÊNCIAS SOCIAIS E POLÍTICAS  
UNIVERSIDADE DE LISBOA



**CAPP**  
Centro de Administração  
e Políticas Públicas



# Ciências e Políticas Públicas

*Public Sciences & Policies*

**EDIÇÃO ESPECIAL**

## Serviço Social em Saúde

Desafios face à configuração das políticas  
de saúde no Brasil e em Portugal

**Volume III**

**Número 1**

**2017**

## FICHA TÉCNICA

### **Ciências e Políticas Públicas**

*Public Sciences & Policies*

Volume III, Número 1, junho de 2017 – Edição Especial

---

<b>Proprietário / Editor</b>	Centro de Administração e Políticas Públicas Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas Universidade de Lisboa
<b>Morada</b>	Rua Almerindo Lessa, 1300-663 Lisboa
<b>Diretor</b>	Paulo Castro Seixas
<b>Diretor Adjunto</b>	Pedro Goulart
<b>Sede de Redação</b>	Rua Almerindo Lessa, 1300-663 Lisboa
<b>Periodicidade</b>	Bianual
<b>ISSN</b>	2183-7384
<b>e-ISSN</b>	2184-0644
<b>Correio Eletrónico</b>	cappedicoes@iscsp.ulisboa.pt
<b>Internet</b>	<a href="http://capp.iscsp.ulisboa.pt">http://capp.iscsp.ulisboa.pt</a>
<b>Estatuto Editorial</b>	O Estatuto Editorial pode ser visto na Internet na página: <a href="http://capp.iscsp.ulisboa.pt/publicacoes/cienciasepoliticaspublicas">http://capp.iscsp.ulisboa.pt/publicacoes/cienciasepoliticaspublicas</a>
<b>Preço</b>	Distribuição Gratuita
<b>Tiragem</b>	250 exemplares
<b>Depósito Legal</b>	434704/17
<b>Impressão</b>	Rainho & Neves, Lda. Rua do Souto, 8 4520-612 São João de Ver

Publicação anotada na ERC – Entidade Reguladora para a Comunicação Social.



# Ciências e Políticas Públicas

*Public Sciences & Policies*

Volume III, Número 1, junho de 2017

## EDIÇÃO ESPECIAL

### Serviço Social em Saúde

Desafios face à configuração das políticas de saúde  
no Brasil e em Portugal

#### CONSELHO EDITORIAL

##### Editores Executivos

Paulo Castro Seixas, *CAPP-ISCSP, Universidade de Lisboa*  
Pedro Goulart, *CAPP-ISCSP, Universidade de Lisboa*

##### Editores para esta Edição Especial

Carla Pinto, *CAPP-ISCSP, Universidade de Lisboa*  
Maria Irene Carvalho, *CAPP-ISCSP, Universidade de Lisboa*  
Fernanda de Oliveira Sarreta, *FCHS, Universidade Estadual Paulista*

##### Assistente Editorial

Pedro Rodrigues, *CAPP-ISCSP, Universidade de Lisboa*

#### REVISORES

Aida Ferreira *Faculdade de Ciências Sociais e Humanas,  
Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias / Portugal*

Carmem Lúcia Cruz Ravagnani *Faculdade de Ciências Integradas do Pontal,  
Universidade Federal de Uberlândia / Brasil*

Clara Santos *Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação,  
Universidade de Coimbra / Portugal*

Cláudia Helena Julião *Instituto de Educação, Letras, Artes, Ciências Humanas  
e Sociais – Universidade Federal do Triângulo Mineiro / Brasil*

Cristina Pereira Vieira *Universidade Aberta / Portugal*

Edileusa da Silva *Faculdade de Ciências Integradas do Pontal,  
Universidade Federal de Uberlândia / Brasil*

- Eduardo Marques *Instituto Politécnico de Portalegre / Portugal*
- Fernando Serra *Centro de Administração e Políticas Públicas, Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas – Universidade de Lisboa / Portugal*
- Helena Almeida *Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade de Coimbra / Portugal*
- Helena Teles *Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas, Universidade de Lisboa / Portugal*
- Helia Bracons *Centro de Pesquisa e Estudos Sociais, Universidade Lusófona / Portugal*
- Hermano Carmo *Centro de Administração e Políticas Públicas, Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas – Universidade de Lisboa / Portugal*
- Jacqueline Marques *Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade de Coimbra / Portugal*
- Joana Brinca *Instituto Politécnico de Viseu / Portugal*
- Josiane Julião *Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Ciências Humanas e Sociais – Franca/SP / Brasil*
- Maria Asensio Manchero *ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa / Portugal*
- Maria João Pena *ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa / Portugal*
- Marta Regina Farinelli *Instituto de Educação, Letras, Artes, Ciências Humanas e Sociais – Universidade Federal do Triângulo Mineiro / Brasil*
- Nanci Soares *Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Ciências Humanas e Sociais – Franca/SP / Brasil*

## Editorial

CARLA PINTO  
MARIA IRENE CARVALHO  
FERNANDA DE OLIVEIRA SARRETA

Esta edição especial da revista, com o tema *Serviço Social em Saúde: Desafios face à configuração das políticas de saúde no Brasil e em Portugal*, destaca a relação do Serviço Social com a saúde e com os sistemas de saúde. A relação do Serviço Social com a saúde não é nova, ela faz parte da identidade da profissão. O Serviço Social surge da questão social, que emergiu no final do século XIX e princípios do século XX, pelo que não é de estranhar que a profissão se tenha destacado na sociedade do ponto de vista político, económico, social e cultural a partir deste período.

O Serviço Social tem uma relação intrínseca com a saúde. No início do século XX, as visitadoras domiciliárias deram lugar a duas profissões bem distintas: a Enfermagem e o Serviço Social. O social desagregou-se dos cuidados médicos e de enfermagem, face ao surgimento da necessidade de profissionais que realizassem o diagnóstico social: as assistentes sociais. Estas profissionais, formadas em escolas específicas para o efeito, começaram a integrar-se em instituições asilares e hospitalares. Por exemplo, Garnet Isabel Pelton iniciou funções no hospital de Boston, em 1903, tendo sido a primeira a exercer neste campo profissional. Em 1905 foi substituída por Ida M. Cannon, que começou a criar novos postos de trabalho para as visitadoras sociais/assistentes sociais, vinculadas a serviços médicos sociais especializados. Em 1907, Cannon foi nomeada *Head Worker* e, em 1915, Chefe do Serviço Social, estabelecendo o primeiro Departamento de Serviço Social organizado num hospital. Esta pioneira do Serviço Social formou-se na Escola de Serviço Social de Boston em 1918, e fundou a Associação Americana de Assistentes Sociais Hospitalares.

Na génese desta relação do Serviço Social com a saúde situam-se as correntes de pensamento da medicina social, incluindo médicos progressistas do início do século xx, que defenderam a reforma dos serviços de saúde e a emergência de profissionais que contribuíssem para o diagnóstico social em saúde. Num contexto histórico em que a medicina se centrava na modificação de comportamentos, na prevenção e cura de doenças, o Serviço Social emergiu como área disciplinar e constituiu-se como profissão. Em Portugal, a emergência da profissão tem influência de destacadas figuras da medicina, sobretudo da Escola Nacional de Saúde Pública, do legado de Ricardo Jorge. A profissão foi institucionalizada em 1935 e as primeiras assistentes sociais inseriram-se no sector da saúde nas décadas seguintes. Na década de 1940, a política de saúde privilegiava a institucionalização (hospitalismo asilar), por isso, não foi de admirar que as primeiras assistentes sociais se integrassem em hospitais em sectores de doenças agudas, saúde mental e oncologia: em 1941 nos Hospitais Universitários de Coimbra, em 1942 no Hospital Júlio de Matos, desde 1948 no Instituto Português de Oncologia de Lisboa. A inserção destas profissionais em meio hospitalar continuou nas décadas seguintes com a promulgação da lei da organização hospitalar (Lei n.º 2011 de 2-04-1946). O artigo base VI tipificava as respostas em saúde neste âmbito como: hospitais centrais, regionais e sub-regionais; postos de consulta e socorro; centros de convalescença e readaptação; hospícios; brigadas móveis de assistência, socorro e colocação de doentes; hospitais especializados para tratamento de doenças infectocontagiosas, doenças das crianças e outras. Os artigos base VIII e IX identificavam o Serviço Social como parte integrante dos serviços hospitalares. Considerando que «o Estado prestará auxílio às iniciativas [...] que se proponham preparar enfermeiros, assistentes, visitadoras e outros agentes do Serviço Social» (Base xxv).

Mas foi na década de 1960 que se começou a delinear o que se pode chamar hoje de Serviço Nacional de Saúde, com a separação entre a assistência e a saúde. A Lei n.º 2120, de 19-07-1963, dispôs, no artigo base x, que a atividade hospitalar deveria ser coordenada, de modo a integrar num plano funcional os hospitais centrais, regionais e sub-regionais, os postos de consulta ou de socorros e os serviços auxiliares. No que respeita a pessoal, esta Lei preceituou, no artigo base xxv, o estabelecimento de carreiras médicas, farmacêuticas, de serviço social, de enfermagem e administrativas.

Em 1968, a Lei da Organização Hospitalar (Decreto-Lei n.º 48357, de 27-04-1968) reconhece que os hospitais têm uma vertente simultaneamente

médica e social. No mesmo Diário da República (Decreto-Lei n.º 48358, de 27-04-1968) é instituído o Regulamento Geral dos Hospitais, onde o Serviço Social é incluído nos serviços de assistência. Compete assim ao Serviço Social: a) colaborar com os serviços de ação médica no estudo dos doentes, em ordem a determinar as causas e consequências sociais da doença; b) Procurar remediar os estados de crise ou carência dos doentes, estabelecendo contacto com os serviços internos e externos adequados a cada caso. Com a reforma da saúde na década de 1970, estes profissionais puderam inserir-se na saúde comunitária em centros de saúde.

Em 1971 assiste-se à reforma do sistema de saúde e assistência, surgindo o primeiro esboço do futuro Serviço Nacional de Saúde. Nesse ano é publicado o Decreto-Lei n.º 414/71, que estabelece o regime legal que permitirá a estruturação progressiva e o funcionamento regular de carreiras profissionais para os diversos grupos diferenciados de funcionários que prestem serviço no Ministério da Saúde e Assistência, nomeadamente: as carreiras médicas de saúde pública, médica hospitalar, farmacêutica, administração hospitalar, de técnicos superiores de laboratório, de ensino de enfermagem, de enfermagem de saúde pública, de enfermagem hospitalar, de técnicos terapeutas, de técnicos de serviço social, de técnicos auxiliares de laboratório e de técnicos auxiliares sanitários. Em 1973 é criado o Ministério da Saúde, autonomizando-o da Assistência Social (Decreto-Lei n.º 584/73, de 6 de novembro), e no ano seguinte, em 1974, a Assistência é transformada em Secretaria de Estado e integrada no Ministério dos Assuntos Sociais (Decreto-Lei n.º 203/74, de 15 de maio).

Mas a verdadeira reforma da saúde dá-se com a criação do Serviço Nacional de Saúde, tendo por base a Saúde como um direito humano de base universal. A constituição do Serviço Nacional de Saúde público em 1979 (Lei do SNS) e a sua regulação em 1990, modernizaram a saúde e desafiaram os assistentes sociais a intervir no sistema de Saúde. A partir desta data assistimos a uma série de mudanças na saúde e no Serviço Social em saúde.

Assim, em hospitais, os assistentes sociais integram-se em serviços de Internamento, Consulta Externa, Hospital de Dia, Serviço de Urgência, Equipa de Gestão de Altas, Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP), e Gabinete do Cidadão. Integram ainda, em muitos casos, a Comissão de Ética, as Comissões da Qualidade e da Humanização, as Unidades Coordenadoras Funcionais de Saúde Materna e Neonatal e da Saúde da Criança e do Adolescente (UCF) e ainda as Equipas de Prevenção da Violência

no Adulto (EPVA), que incluem os Núcleos de Apoio a Crianças e Jovens em Risco, entre outros sectores e serviços assistenciais.

Apesar de os centros de saúde terem sido criados em 1971 (Decreto-Lei n.º 413/71, de 27 de setembro) só em 1983 é que são criados os seus estatutos (Despacho Normativo n.º 97/83, de 22 de abril). Estes definem que deve haver um Assistente Social por 30.000 habitantes, sendo as suas atribuições: «a) Participar na definição, execução e avaliação da política de saúde concelhia; b) Cooperar com os restantes serviços do centro de saúde nas ações dirigidas ao indivíduo, à família e à comunidade, c) Colaborar em projetos de educação para a saúde, designadamente de alimentação, planeamento familiar, alcoolismo e droga; d) Participar na recuperação e reabilitação dos utentes; e) acompanhar os utentes internados em lares e casa de repouso; f) Coordenar as ações do corpo de voluntários» (art.º 71).

Atualmente, a reforma dos Cuidados de Saúde Primários (Decreto-Lei n.º 28/2008) coloca o Serviço Social na Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados. A este nível, os assistentes sociais prestam apoio às USF (Unidades de Saúde Familiar) e UCSP (Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados), na área da Saúde Familiar, e asseguram o Gabinete do Cidadão. Na área de Saúde Comunitária desempenham funções nas Equipas de Cuidados Continuados Integrados, Saúde Escolar e Projetos de Saúde Pública. Integram ainda as Comissões de Proteção de Crianças e Jovens, as Equipas Locais de Intervenção Precoce, a Rede Social, o Rendimento Social de Inserção, as Unidades Coordenadoras Funcionais (UCF), as Equipas de Prevenção da Violência no Adulto (EPVA), os Núcleos de Apoio a Crianças e Jovens em Risco, os Núcleos de Apoio aos Refugiados, as Equipas de Suporte em Cuidados Paliativos. Colaboram também na Preparação para a Parentalidade e Parto, no Registo Nacional do Testamento Vital e no Registo Nacional de Não Dadores. Prestam ainda assessoria técnica à Direção Executiva do ACES e respetivo Conselho Clínico.

A rede de cuidados integrados criada pelo Decreto-Lei n.º 101/2006 inclui uma Equipa de apoio à Coordenação Nacional, e os assistentes sociais integram as Equipas de Coordenação Regional (ECR), as Equipas de Coordenação Local (ECL), as Equipas de Gestão de Altas dos Hospitais, as Unidades Prestadoras de Cuidados e as Equipas Domiciliárias de Cuidados Continuados Integrados, da responsabilidade dos Cuidados de Saúde Primários.

Na Rede Nacional de Cuidados Paliativos os assistentes sociais estão inseridos em todas as unidades e equipas quer nos Hospitais (Unidades de Internamento em Cuidados Paliativos e Equipas de Consultoria aos Serviços

Clínicos), quer nos ACES e ULS (Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos), e fazem parte da Comissão Nacional dos Cuidados Paliativos. Acrescenta-se ainda a intervenção dos assistentes sociais na recém criada rede de saúde mental.

O Serviço Social é desafiado a fazer face à globalização, ao risco e ao neoliberalismo. A globalização é contraditória. Por um lado é sinal de libertação, liberdade de movimentos, definida pelos que definem as regras do jogo da vida; por outro lado é sinal de localização, de privação, opressão e degradação social. A globalização tem no capitalismo o seu “motor de busca”, com implicações negativas para o Estado, para as políticas sociais e para a sociedade no seu conjunto.

Atualmente, as políticas de saúde centram-se no *new public management*, na marketização, nas parcerias entre o Estado e os privados (trabalho interinstituições e interprofissionais) e na avaliação dos serviços e na orientação para a qualidade dos serviços e gestão para a eficácia. A austeridade (globalizada) justifica a ação do Estado quando contratualiza com organizações privadas com e sem fins lucrativos a prestação de cuidados de saúde. Esta contratualização conduz a novos arranjos e novas estruturas de intervenção local e leva à separação das responsabilidades do Estado na área da saúde.

Há igualmente uma hiperespecialização das áreas sociais onde a saúde passou a ter um papel essencial. O sector da saúde ganhou destaque na área social, por exemplo, nas unidades residenciais para pessoas idosas geridas por profissionais da área da saúde. Esta transformação do campo profissional pressiona os profissionais a agirem segundo as normas de controlo da população, e permite a entrada de outros profissionais neste domínio pela exigência do trabalho em equipa. Apesar de ser mais criativo e responsável, este processo pode diluir a identidade da profissão.

As políticas sociais passaram a ser orientadas já não em função das necessidades mas em função do risco social, da *evidence-based practice*, do empoderamento pessoal e personalização. A este nível encontram-se as políticas de privatização dos serviços de saúde com parcerias público-privadas, onde o Serviço Social funciona como um instrumento de gestão para articular as altas sociais com as altas clínicas. Os hospitais privados funcionam em parcerias com seguros de saúde e o Serviço Social ficou à margem destas estruturas privadas de saúde. A privatização de serviços e a responsabilidade individual também se pode verificar na política de pagamentos diretos à população, como, por exemplo, pagamento aos cuidadores pessoais na área da deficiência

e nos cuidados a pessoas idosas. Estas transformações afetam a relação entre profissional e utente/cliente, pois a intervenção já não passa por essa relação mas antes por uma burocracia de pagamentos pelos serviços prestados.

No cenário contemporâneo, de intensas crises e transformações sociais, políticas, económicas, culturais, e de desmonte dos direitos sociais e das políticas públicas, o Serviço Social é diretamente afetado, exigindo estratégias profissionais frente aos limites e desafios colocados na atualidade. Assim como em Portugal, o Serviço Social no Brasil é uma profissão que contribui de maneira significativa para o acesso dos cidadãos aos serviços de saúde e com a busca de respostas aos problemas enfrentados no cotidiano.

No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) é reconhecido como uma das conquistas mais expressivas da sociedade, que conseguiu organizar, através do Projeto da Reforma Sanitária, as proposições para a construção de uma política de saúde com princípios e diretrizes de universalidade, integralidade, equidade, participação, descentralização entre outros. Essa nova formulação organizacional, como política pública do Estado, tem como marco legal a Constituição Federal de 1988 e a Lei Orgânica de Saúde n.º 8080/90, que reconhece a saúde em seu conceito abrangente, relacionada com os fatores determinantes das condições de vida e de trabalho, tais como a alimentação, educação, renda, trabalho, meio ambiente, entre outros.

A saúde foi reconhecida como um direito universal e dever do Estado. No entanto, a transformação do modelo de assistência que priorize a prevenção e promoção da saúde, é um dos maiores desafios enfrentados, que continua curativo, centrado na doença, nas especialidades e historicamente predominante na área, influenciado a partir da década de 1990 pela orientação neoliberal de focalização e de fragmentação.

No Brasil, o Serviço Social contemporâneo apresenta um Projeto Profissional comprometido com os interesses e as necessidades da classe trabalhadora, e está articulado ao Projeto da Reforma Sanitária. São Projetos que enunciam princípios e diretrizes para a construção de relações democráticas, na perspectiva do desenvolvimento da autonomia e emancipação dos sujeitos e de ruptura com práticas autoritárias, centralizadoras e assistencialistas. Portanto, são antagônicos ao projeto neoliberal que estimula a focalização, a fragmentação, a privatização e o afastamento do Estado, e prioriza-se o atendimento das demandas do mercado.

A profissão produz conhecimentos e experiências sintonizados com o debate local, nacional e mundial, que reafirmam a universalização do acesso à

saúde, a democratização dos espaços institucionais e a participação social. É, portanto, uma profissão amplamente inserida nos diversos espaços da saúde e participa em todas as instâncias, serviços e ações — desde a atenção básica, às especialidades, à rede hospitalar e aos serviços de alta complexidade.

A defesa dos Sistemas Universais está presente na agenda do Serviço Social brasileiro, tendo como órgãos representantes desta orientação o conjunto Conselho Federal de Serviço Social e Conselhos Regionais de Serviço Social (CFESS/CRESS) e a Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS) na direção do fortalecimento de estudos, pesquisas, experiências, eventos, que fortaleçam a atuação profissional na saúde.

Na atualidade, o Serviço Social brasileiro dispõe dos Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Saúde, documento organizado coletivamente pelo CFESS em 2010, que ressalta o direcionamento do projeto privatista nas ações profissionais, com práticas conservadoras, seletivas e focalizadas; e, em contrapartida, a direção da atuação profissional crítica e sintonizada com o Projeto da Reforma Sanitária para a construção de estratégias profissionais que se aproximem das demandas sociais e de saúde, com ênfase nas abordagens grupais e coletivas, nos movimentos sociais, acesso democrático às informações e à participação popular no âmbito da saúde.

Desse modo, os Parâmetros orientam as atribuições específicas do assistente social na saúde e são um instrumento para a atuação nas diferentes dimensões da questão social no âmbito da política de saúde. Ainda, direciona o exercício profissional para a construção de respostas que ampliem o atendimento das necessidades sociais e reafirma o posicionamento em favor da equidade e justiça social na saúde.

Os impactos da globalização neoliberal no conjunto da sociedade mundial, com o crescimento da pobreza, desemprego, fome, etc., afetam diretamente a atuação do Serviço Social, que enfrenta o agravamento da questão social e de suas expressões como a pauperização, violência, exclusão social, entre tantas outras que exigem a solidariedade entre os países e suas universidades, para o compartilhamento de conhecimentos, tecnologias, recursos, saberes para melhorar a saúde das populações.

O Serviço Social direcionado nos princípios e valores éticos e políticos de igualdade e justiça social é uma profissão com capacidade de enfrentar de maneira consciente as injustiças e desigualdades da sociedade capitalista, o que só é possível na perspectiva coletiva, como a que se apresenta na proposta desta revista.

Nesta revista, o texto sobre a “Contrarreforma na política de saúde e impactos no Serviço Social” destaca a atual lógica de gestão do Estado nas instituições e nas políticas de saúde sociais no Brasil. O artigo apresenta as principais tendências para o Serviço Social no contexto da denominada contrarreforma da saúde e, particularmente, os seus impactos junto a assistentes sociais que atuam em organizações sociais e hospitais universitários. Estas reformas evidenciam um processo de precarização do trabalho e das práticas dos assistentes sociais nestas organizações.

O artigo seguinte revela a “Participação do assistente social nos Conselhos Municipais de Saúde”. Destaca a função dos profissionais como conselheiros nestas instâncias autárquicas no âmbito da política pública da área de saúde. Discute a questão da participação através do controle social exercido por estes conselhos no âmbito da política pública. Reflete sobre os direitos e as políticas sociais no Brasil, em especial nos últimos anos, e ao mesmo tempo evidencia estas instâncias de controle social tendo por referência a defesa/manutenção dos direitos sociais nas políticas públicas.

Os profissionais que desenvolvem atividades no âmbito da saúde são confrontados pela necessidade da valorização do seu trabalho. Para tal adotam terminologias da medicina institucionalizada (biomédica) como forma de se evidenciar neste campo de intervenção. É o caso da noção de “Caso social em saúde”. Neste artigo a autora reflete sobre o uso desta terminologia na intervenção dos assistentes sociais em saúde, criticando a visão biomédica e avançando que a saúde é também ela determinada socialmente. Neste sentido, o caso social constitui-se como uma determinada situação da vida real, como uma componente da jurisdição da profissão em saúde, a qual requer a expressão de uma série de perceções existentes sobre a realidade.

A saúde mental constituiu-se como uma das áreas da saúde nem sempre considerada pelas políticas nem pela intervenção dos profissionais. Apesar da saúde mental ter uma relação histórica com a evolução da saúde esta foi descurada durante muitos anos. Em Portugal foi a partir dos finais da década de 1970 e nas décadas seguintes que se criaram políticas alternativas à hospitalização (asilos) dos doentes mentais e se iniciou a intervenção na comunidade. O artigo sobre os constrangimentos e desafios do Serviço Social na saúde mental dá conta dessa transformação, evidenciando a necessidade da articulação entre a saúde e o social no reforço das dimensões da interação e sociabilidade. Destaca nessa análise as determinantes sociais da saúde mental para o reforço do conceito do Serviço Social Multidimensional. Este abarca

múltiplos aspetos dos Direitos Humanos, tanto dos direitos civis, sociais e económicos, de redistribuição e justiça social, como dos direitos culturais, de identidade e de reconhecimento, centrais para as pessoas com problemas de saúde mental. Os assistentes sociais na saúde mental inserem-se no contexto das políticas governativas, pelo que a sua ação revela os constrangimentos que as políticas neoliberais (privatização) colocam a esta área e à profissão.

A política de saúde exige intersectorialidade. No artigo seguinte é apresentada uma pesquisa a assistentes sociais envolvidos na intervenção com as famílias. Os resultados demonstram que estes profissionais contribuem de maneira efetiva na saúde, e o Projeto Profissional do Serviço Social segue os princípios de acesso à saúde implícitos na legislação da saúde. Contudo, ainda que a legislação seja coerente com a perspetiva intersectorial, são identificados limites para esta concretização. A intersectorialidade é determinante na área da saúde, pois esta cruza-se com outras áreas e outros sectores. O desafio é o de fortalecer o trabalho intersectorial, como estratégia para efetivar o acesso aos direitos sociais da população.

A saúde mental dos profissionais é essencial para quem trabalha em saúde, em ambientes stressantes e desgastantes profissionalmente. No artigo seguinte é apresentado um estudo que analisa a “Saúde mental dos assistentes sociais portugueses”, bem como a sua relação com algumas variáveis demográficas e socioprofissionais. Concluiu-se que há uma percentagem relativa de assistentes sociais que se encontram perturbados emocionalmente. As sintomatologias apresentadas são a disfunção social e a ansiedade e insónia. O estudo também revela que os profissionais mais insatisfeitos com o trabalho, com o salário e com a instituição e os que estão sujeitos a uma maior burocracia apresentam níveis mais elevados em todas as sintomatologias e na escala total.

A “Formação dos assistentes sociais em saúde” é determinante para fazer face às políticas neoliberais e ao esgotamento profissional. Para isso apresentamos um exemplo prático de como se pode formar e qualificar os profissionais a partir do seu contexto de trabalho. O artigo utiliza a pesquisa como elemento da formação em Serviço Social, destaca uma experiência na área da saúde e evidencia uma estratégia de formação profissional que incorporou a pesquisa como parte integrante do fazer profissional. A vivência da pesquisa desde os momentos iniciais da formação profissional (estágio e residência) contribui para a incorporação destas duas dimensões e possibilita uma atuação profissional que contrarie o imediatismo, contribuindo para uma atuação crítica.

O esforço na organização desta edição, que envolve profissionais de Portugal e Brasil, evidencia a importância da partilha de experiências, saberes e pesquisas sobre a contribuição do Serviço Social em saúde. E reafirma que os desafios em tempos de neoliberalismo e austeridade exigem da profissão o fortalecimento do diálogo e da cooperação para que a saúde seja reconhecida como um direito de todos. Esperamos que o conhecimento aqui produzido seja útil para os/as assistentes sociais, alunos/as e outros profissionais na área da saúde.





## Índice

<b>Contrarreforma na política de saúde brasileira e impactos no Serviço Social</b> RAQUEL SOARES, ANA VIEIRA, EDGAR DOS SANTOS, RUTHELICY DE ANDRADE, RENATO DA SILVA e IRLA DA SILVA	17
<b>Participação do assistente social nos Conselhos Municipais de Saúde no estado de São Paulo</b> ANDRÉIA LIPORONI	39
<b>O caso social em saúde: uma dimensão do Serviço Social em contexto hospitalar</b> INÊS GUERRA	57
<b>Saúde mental em Portugal, constrangimentos e desafios para o Serviço Social</b> ISABEL FAZENDA	81
<b>Política de saúde e Serviço Social: um estudo sobre a intersectorialidade no município de Ituiutaba/MG – Brasil</b> LORRAINY MENDES	105
<b>A saúde mental dos assistentes sociais em Portugal</b> SÓNIA RIBEIRO e MARIA AMARO	127
<b>Pesquisa como forma de resistência dos assistentes sociais e resposta às políticas neoliberais</b> ALINE MARTINS, CAMILA FERNANDES e GÉSSICA MORORÓ	147
<b>Informação aos autores</b>	161

---



# Contrarreforma na política de saúde brasileira e impactos no Serviço Social

RAQUEL CAVALCANTE SOARES<sup>a</sup>  
ANA CRISTINA DE SOUZA VIEIRA<sup>b</sup>  
EDGAR GONÇALVES DOS SANTOS<sup>c</sup>

RUTHELICY DE ANDRADE<sup>d</sup>  
RENATO URBANO DA SILVA<sup>e</sup>  
IRLA CLÁUDIA BARBOSA DA SILVA<sup>f</sup>

## Resumo

Desde meados da década de 1990, o Estado brasileiro vem passando por um processo de contrarreforma neoliberal, imprimindo a lógica do novo gerencialismo estatal nas instituições e políticas sociais. A racionalidade da contrarreforma na política de saúde torna-se hegemônica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), impactando as práticas sociais em saúde, de entre elas a do Serviço Social. O presente artigo pretende discutir as principais tendências do Serviço Social brasileiro no contexto da contrarreforma da saúde e, particularmente, seus impactos junto a assistentes sociais que atuam em Organizações Sociais e Hospitais Universitários. Como metodologia, realizamos a revisão bibliográfica sobre a temática, levantamento de dados secundários e entrevistas estruturadas junto a 50 assistentes sociais que atuam na saúde pública no estado de Pernambuco, Brasil. As nossas conclusões evidenciam um intenso processo de precarização do trabalho e das práticas sociais tanto nos Hospitais Universitários quanto nas Organizações Sociais.

**Palavras-chave:** Contrarreforma do Estado, Política de Saúde, Serviço Social, Neoliberalismo.

## Abstract

Since the mid-1990s, the Brazilian State has been undergoing a neoliberal counterreformation process, imprinting the logic of the new state managerialism in social institutions and policies. The rationality of the counter-reform in health policy becomes hegemonic within the Unified Health System (SUS), impacting social practices in health, among them Social Work. The present article intends to discuss the main tendencies of the Brazilian Social Work in the context of the health counter-reform and, particularly, its impacts with social workers who work in social organizations and university hospitals. As a methodology, we carried out a literature review on the subject, secondary data collection and interviews with 50 social workers who work in public health in the state of Pernambuco, Brazil. Our conclusions show an intense process of precariousness of work and social practices in university hospitals, as well as in social organizations.

**Keywords:** Counter-Reform of the State, Health Policy, Social Work, Neoliberalism.

---

<sup>a</sup> Doutorada em Serviço Social pela Universidade Federal de Pernambuco e Professora Adjunta na Universidade Federal de Pernambuco. E-mail: quelcsoares@gmail.com

<sup>b</sup> Doutorada em Serviço Social pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Professora Titular da Universidade Federal de Pernambuco. Pesquisadora 1B do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico.

<sup>c</sup> Graduando em Serviço Social na Universidade Federal de Pernambuco e bolsista do Programa de Educação Tutorial Conexão Gestão Política-Pedagógica da Universidade Federal de Pernambuco. E-mail: santos.aprendiz@gmail.com

<sup>d</sup> Graduanda em Serviço Social na Universidade Federal de Pernambuco.

<sup>e</sup> Mestre em Serviço Social pela Universidade Federal de Pernambuco.

<sup>f</sup> Assistente Social do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira.

## 1. Introdução

A contrarreforma do Estado brasileiro tem sido objeto de diversos estudos e produções na área do Serviço Social, tendo em vista constituir um grande desafio para a implementação do projeto ético-político-profissional.

Segundo Behring (2003), a contrarreforma consiste num processo regressivo de direitos e é caracterizado por uma sistemática ofensiva fundada no ideário neoliberal contra conquistas sociais da classe trabalhadora. No Brasil, desde o governo Fernando Henrique Cardoso (FHC), passando pelos governos Lula da Silva e Dilma Rousseff, vários estudos discutem as particularidades desse processo, seja na perspectiva da Reforma Administrativa do Estado da era FHC, seja na perspectiva do debate sobre o neodesenvolvimentismo e o Estado Assistencial nos governos do Partido dos Trabalhadores, autores como Behring, Mota, e Netto têm-se dedicado ao desvelamento das suas tendências gerais.

Ao longo de nossa trajetória acadêmica temos dedicado esforços no sentido de analisar as particularidades da contrarreforma do Estado na política de saúde brasileira e suas mediações com o Serviço Social na saúde. Em pesquisa de tese premiada no Brasil como a melhor tese de Serviço Social do ano de 2010<sup>[1]</sup>, nos dedicamos a essa temática e seus impactos nas demandas objeto da intervenção do assistente social na saúde. Posteriormente, de 2013 a 2017, em pesquisa financiada pelo CNPq<sup>[2]</sup>, discutimos as particularidades da contrarreforma na política de saúde em Pernambuco e seus impactos sobre os assistentes sociais trabalhadores de organizações sociais da saúde e hospitais universitários públicos.

No presente artigo pretendemos realizar discussões sobre as particularidades da contrarreforma na saúde brasileira e suas principais tendências no que se refere aos impactos e demandas ao Serviço Social. A fundamentação teórico-metodológica é na teoria social crítica de Karl Marx e, como principais procedimentos metodológicos, realizamos levantamento bibliográfico e entrevistas estruturadas com 50 assistentes sociais na saúde. A pesquisa é de ênfase qualitativa, mas faz uso de dados quantitativos a fim de identificar tendências presentes no cotidiano da prática social do Serviço Social na saúde sem, contudo, realizar generalizações.

---

<sup>1</sup> Prêmio CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior) de Tese de 2011 para as melhores teses defendidas no ano de 2010.

<sup>2</sup> Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico.

## **2. Contrarreforma na política de saúde brasileira: Principais tendências**

Segundo Behring (2003), a contrarreforma do Estado brasileiro inicia-se de forma sistemática a partir do governo FHC, primando pela ofensiva às conquistas sociais da classe trabalhadora em favor dos interesses da expansão do capital na área dos serviços e políticas sociais. Intensifica-se a partir de então o processo de privatização das políticas sociais, com a denominada Reforma Administrativa do Estado, segundo a lógica do novo gerencialismo estatal. De acordo com esse projeto de reforma, prima-se pelas parcerias público-privadas e pela expansão do denominado espaço público não estatal com a aprovação, a partir de 1998, das organizações sociais como novo modelo de gestão privada de serviços públicos.

De acordo com Mota (1995), as tendências da seguridade social<sup>[3]</sup> brasileira, nesse período da década de 1990, indicam uma assistencialização da seguridade social — com a prioridade da política de assistência social focalizada na pobreza — e a privatização da saúde e da previdência social. Podemos afirmar que as particularidades da contrarreforma da política de saúde, até então, se caracterizavam pelo crônico subfinanciamento do Sistema Único de Saúde (SUS), pela consequente precarização dos serviços de saúde, pelo incentivo à expansão do mercado privado de saúde e pelo estímulo à inserção de novos modelos de gestão privada não estatal, como as recém-criadas organizações sociais.

Nas gestões do Partido dos Trabalhadores no governo federal, de 2003 a 2016, precisamente as de Lula da Silva e Dilma Roussef, configurou-se um padrão de Estado que deu continuidade aos governos neoliberais anteriores, mas introduziu modificações quanto à natureza da intervenção estatal, com expressivo investimento estatal para a garantia do crescimento econômico, associado a um modelo de desenvolvimento que privilegiava o grande capital.

Em contraposição, no que se refere às políticas sociais, houve uma expansão da política de assistência social e, nas demais políticas de seguridade social, abriu-se mais espaço para múltiplas formas de privatização (algumas consideradas não clássicas<sup>[4]</sup>) e expansão do conteúdo assistencial e focali-

---

<sup>3</sup> O Serviço Social brasileiro faz uso do termo “seguridade social” em lugar de “segurança social”, mais comum à realidade portuguesa. Importa ressaltar que o sistema de proteção social brasileiro foi denominado pela Constituição Federal de 1988 como sistema de Seguridade Social, englobando as políticas de Saúde, Previdência Social e Assistência Social.

<sup>4</sup> Como a terceirização da gestão de serviços de saúde por organizações sociais, fundações, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), entre outros.

zado. A esse modelo de desenvolvimento alguns autores vão nomear de neo-desenvolvimentismo, inspirado em conteúdo do social liberalismo<sup>[5]</sup>.

Assim, a política de saúde tornou-se espaço privilegiado da expansão capitalista. A contrarreforma na saúde, em suas mais diversas fases, vem materializando um SUS que tem se distanciado do projeto do Movimento de Reforma Sanitária e de seus princípios fundamentais, como a universalidade e a participação social, com intenso transformismo das lideranças políticas e acadêmicas (Soares, 2010).

Entre as particularidades da contrarreforma na política de saúde, podemos destacar: a não explicitação de um projeto ampliado e generalizado contra o SUS, o que levou Rizzoto (2000) a afirmar que a contrarreforma na política de saúde era «não anunciada»; a refuncionalização dos princípios do SUS e da Reforma Sanitária, retirando sua radicalidade político-emancipatória; e o intenso transformismo das lideranças do movimento sanitário brasileiro (Soares, 2010).

Todavia, a partir de 2015, ainda na vigência do governo Dilma Roussef, observamos indícios que apontavam para uma possível maior explicitação da proposta de ofensiva contra o SUS. De fato, na gestão da então presidente houve a aprovação da alteração constitucional que autorizou a entrada do capital estrangeiro na saúde. Além disso, foi noticiado pela mídia que Dilma Roussef vinha se reunindo com representantes de grandes planos privados de saúde, discutindo a possibilidade de viabilização de planos populares de saúde. Entretanto, a resposta rápida e o repúdio de diversas entidades do Movimento Sanitário (CEBES, ABRASCO e Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde), inclusive algumas que se colocavam no campo político de apoio ao governo, possibilitou um certo recuo, naquele momento, no que se refere à proposição dos planos populares.

No entanto, após todo o processo de *impeachment* de Dilma Roussef<sup>[6]</sup>, que se configurou como um golpe institucional — parlamentar — midiático e empresarial<sup>[7]</sup>, as evidências em relação a um processo explícito de contrarreforma na saúde retornam de maneira irrefutável. No programa do PMDB para as políticas sociais, intitulado Travessia Social, expressa-se a necessidade da focalização das políticas públicas nos cinco por cento mais pobres da po-

<sup>5</sup> Sobre essa temática ver Mota, A. E. (org.). (2012). *Desenvolvimentismo e construção de hegemonia: crescimento econômico e reprodução da desigualdade*. Cortez Editora. São Paulo.

<sup>6</sup> Processo de *impeachment* iniciado em 2 de dezembro de 2015 e concluído em 31 de agosto de 2016.

<sup>7</sup> Sobre o golpe institucional, ver Jinkings, et al. (2016).

pulação. O presidente Michel Temer, ao assumir o governo, intensifica a ofensiva contra os direitos e conquistas sociais do conjunto da classe trabalhadora, configurados sinteticamente em:

- Proposição e aprovação da Emenda Constitucional 95, em 2016, que instituiu um teto para os gastos primários durante 20 anos. Esse teto tem repercussões drásticas sobre as políticas sociais brasileiras, particularmente sobre a política de saúde, com projeções do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA, 2016) que apontam para perdas de mais 600 bilhões no orçamento da saúde.
- Proposição da reforma da previdência social que altera substancialmente as regras atuais, com 25 anos de tempo mínimo de contribuição, somados à idade mínima de 62 anos para a mulher e 65 anos para o homem, além de outras questões que incidem sobre a vida de idosos, pessoas com deficiência, categorias profissionais diversas, etc.
- O Ministro da Saúde, Ricardo Barros, que assume na gestão Temer, não tem vínculo algum com a área de saúde, a não ser o fato de um dos financiadores de sua campanha ser proprietário de planos de saúde. Desde o início de sua gestão no Ministério, afirmou a necessidade de «rever o tamanho do SUS» e que ele não era o «ministro do SUS». Criou um grupo de trabalho para instituição dos planos populares de saúde e encaminhou para a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) se pronunciar. Ademais, sem encaminhar para as instâncias de controle social, promoveu uma revisão da Política Nacional de Atenção Básica que, em termos concretos, retira a centralidade da Estratégia Saúde da Família, entre outras medidas que desconstroem a política.
- Além disso, em todas as áreas de atuação do Estado brasileiro o atual governo vem promovendo uma profunda privatização e entrega do patrimônio nacional aos interesses do grande capital internacional e nacional.

Assim, podemos afirmar que, enquanto nos governos do Partido dos Trabalhadores a principal estratégia de legitimação do processo de contrarreforma na saúde era a defesa do SUS possível, no campo das escolhas pos-

síveis e do mal menor, no atual projeto de contrarreforma do governo Temer se explicita a impossibilidade de execução do projeto de Reforma Sanitária e do SUS e processa-se uma contrarreforma explícita da política pública de saúde. Isso só é possível dado o aviltamento da cultura da crise em proporções exponenciais àquelas que a professora Ana Elizabete Mota (1995) discutiu no livro *Cultura da Crise e Seguridade Social no Brasil* durante o governo FHC. A gestão atual tem imprimido inovações que intensificam as tendências da contrarreforma em curso no Estado brasileiro e na política de saúde.

As práticas em saúde vêm sofrendo os impactos desse processo de contrarreforma, caracterizado sinteticamente pela intensificação das formas de privatização da saúde pública e pela precarização dos serviços. De entre essas, as práticas em que se insere o profissional de Serviço Social, que atua fundamentalmente em defesa do acesso à saúde pelos usuários do SUS, segundo os parâmetros de atuação profissional nessa área. Esses assistentes sociais, particularmente os que atuam em organizações sociais e em hospitais universitários públicos, têm sido requisitados cotidianamente a intervir, mediados pelas tendências da contrarreforma na saúde.

### **3. A contrarreforma na saúde em Pernambuco: Privatização via organizações sociais e precarização dos hospitais universitários públicos**

A partir da análise das referências bibliográficas e dos dados secundários acerca da contrarreforma na saúde em Pernambuco, podemos afirmar que esse processo vem se caracterizando, sobretudo, pela apropriação do fundo público da saúde pelas organizações sociais da saúde — configurando um processo de privatização não clássica — e pela intensa precarização dos serviços públicos, particularmente, dos hospitais universitários públicos.

O estado de Pernambuco foi um dos estados brasileiros que mais se destacaram no período neodesenvolvimentista, figurando com os maiores índices de crescimento econômico do país. Em 2013, por exemplo:

O Produto Interno Bruto (PIB) de Pernambuco cresceu 2,3%, totalizando R\$ 115,6 bilhões, e superou o PIB do Brasil registrado em 2012. Segundo estimativas realizadas pela Agência Condepe/Fidem (...), o acumulado para o ano no estado é pelo menos duas vezes maior que a média nacional, que foi de 0,9% no mesmo período.<sup>[8]</sup>

<sup>8</sup> Fonte: <<http://www.pe.gov.br/blog/2013/03/11/pib-de-pernambuco-apresenta-crescimento-superior-ao-do-brasil/>>.

Entretanto, tal crescimento econômico não foi acompanhado de uma maior qualificação nos indicadores de saúde do estado. Pelo contrário, nos últimos anos Pernambuco ganhou destaque na saúde como um dos estados com maiores índices de infecção pela tríplice epidemia relacionada com o mosquito *Aedes Aegypti* (dengue, chikungunya e zika) e de casos de microcefalia<sup>9</sup>.

Por outro lado, a rede SUS vem se expandindo parcialmente associada a um processo de terceirização da gestão das unidades públicas para organizações sociais, o que denominamos, segundo estudos de Ximenes (2015), de privatização não clássica da política de saúde. Desde 2009, o estado de Pernambuco tem se destacado como modelo de implementação de organizações sociais na gestão da saúde, junto com São Paulo e outros estados. Contraditoriamente, há evidências de um processo sistemático de precarização dos hospitais públicos, principalmente os universitários — Hospital Universitário Oswaldo Cruz (UPE), Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros (UPE) e Hospital das Clínicas (UFPE) —, atualmente geridos pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH).

Assim, o governo do estado iniciou a construção de diversas Unidades de Pronto Atendimento (UPA), Unidades de Pronto Atendimento Especializado (UPAE) e hospitais metropolitanos, todos com perfil de atendimento em urgência/emergência, e repassou paulatinamente a gestão dessas novas unidades para Organizações Sociais. Ao todo, foram construídas 15 UPAs, 10 UPAs e três hospitais metropolitanos, todos sob gestão de organizações sociais (Secretaria de Saúde de Pernambuco, 2017).

Neste sentido, podemos afirmar que a estratégia de privatização da gestão da saúde pública pelo governo do estado de Pernambuco vem se dando em consonância com a expansão da rede, principalmente via unidades de saúde de urgência e emergência, que detêm os procedimentos em saúde considerados mais rentáveis. Por outro lado, são justamente tais procedimentos, de natureza assistencial e emergencial, que não deveriam se constituir prioridade na atenção à saúde. A prioridade, segundo os princípios e regulamentação do SUS, deveria ser a atenção primária, sem prejuízo das demais modalidades de atenção.

<sup>9</sup> Segundo dados do Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde, até 2017, Pernambuco figura como o quarto estado brasileiro em número de notificações de microcefalia, com 9,6% dos casos registrados. Acessado em 11-06-2018 em: <[http://combateaedes.saude.gov.br/images/pdf/2017\\_Monitoramento-alteracoes-Zika-e-outras-etilogias-infecciosas\\_SE12.pdf](http://combateaedes.saude.gov.br/images/pdf/2017_Monitoramento-alteracoes-Zika-e-outras-etilogias-infecciosas_SE12.pdf)>.

Nessa perspectiva, houve também uma expansão do número de organizações sociais em Pernambuco. O processo que se iniciou com uma organização social — a Fundação Martiniano Fernandes/IMIP hospitalar, em 2009 — chegou a 2013 com seis. Atualmente, existem 10 organizações sociais da saúde atuando em Pernambuco, sendo que duas pertencem ao mesmo grupo (IMIP e IMIP Hospitalar). Em três anos, houve uma expansão de 66,7% no número de organizações. O número de unidades de saúde entregues à sua gestão também cresceu muito. Hoje em dia, segundo levantamento de dados secundários realizados nos endereços eletrônicos da Secretaria Estadual de Saúde e das organizações sociais, são 35 unidades configuradas em Unidades de Pronto Atendimento (UPA), Unidades de Pronto Atendimento Especializado (UPAE) e hospitais, de gestão estadual e municipal. Em 2013, eram 16 unidades. Isso significa que houve um aumento de mais de com por cento.

#### **4. A superprecarização e a privatização da saúde: Expressões nas práticas de assistentes sociais de organizações sociais e hospitais universitários**

Os elementos da cultura da crise compõem a racionalidade hoje hegemônica na política de saúde, e a superação indiferenciada através da flexibilização de direitos e conquistas envolve tanto os trabalhadores da saúde quanto os usuários do SUS.

Isto é, no cotidiano das práticas em saúde, o que já era relativamente comum se tornou regra: o profissional de saúde, particularmente o assistente social, tem sido requisitado frequentemente para colaborar no estímulo à adesão do usuário ao conjunto de mudanças impetrado nesse atual estágio da contrarreforma. Afinal, toda a violação ou restrição do direito à saúde é justificada em nome da crise do Estado brasileiro e da necessidade de ajuste. Exemplos como: selecionar e restringir o acesso a direitos e serviços de saúde; solicitar do usuário ou seus familiares que contribuam comprando medicamentos, pagando procedimentos antes incluídos nos serviços do SUS; assistentes sociais sendo convocados para selecionar qual o acompanhante do usuário internado que irá receber alimentação. Esses são alguns dos exemplos de situações que já vêm se tornando mais comuns no âmbito das práticas em saúde pelo Serviço Social, precisamente a partir de 2015, com o primeiro grande corte orçamentário da política<sup>10</sup>, ainda no governo Dilma.

<sup>10</sup> Segundo Fattorelli (2015), o primeiro corte orçamentário na política de saúde em 2015 foi da ordem de 42%. Posteriormente, ainda houve outro corte de 2,179 bilhões na saúde e educação.

É preciso, sobretudo, que desvelemos essas requisições institucionais eivadas da cultura da crise e da necessidade da colaboração de todos, que ultrapassemos a superficialidade da aparência para identificar que necessidades sociais determinam essas demandas, conforme as palavras de Mota e Amaral (1998).

Um outro importante impacto desse processo é a presença cada vez maior de uma cultura neoconservadora. Contraditoriamente, a política de saúde foi o campo onde mais avançamos em termos de conquistas legais e políticas, como o movimento sanitário e o próprio projeto de reforma sanitária. No entanto, sem dúvida também que os serviços de saúde, dada a sua trajetória de hegemonia do controle médico e do pensamento conservador, se prestam facilmente a práticas pragmáticas, que reificam a responsabilização dos sujeitos. Assim, a ascensão cada vez maior do conservadorismo na saúde tende a requisitar que os assistentes sociais atuem cada vez mais sobre a doença e os indivíduos, precisamente sobre as mudanças comportamentais. Desta feita, nada mais caro ao conservadorismo ainda persistente no Serviço Social. Não é por acaso que grande parte das proposições que representam o conservadorismo na profissão são oriundas de práticas no campo da saúde, como o Serviço Social clínico ou o Serviço Social terapêutico.

Nos governos do Partido dos Trabalhadores identificamos uma ampliação restrita do SUS, ampliação essa que, no âmbito do Serviço Social, se traduzia por um contínuo processo de contratação de assistentes sociais, mesmo que não correspondesse às necessidades reais do sistema, persistindo também um contínuo déficit de profissionais em categorias específicas se comparados à demanda necessária.

Na pesquisa realizada em 2009: 54,5% dos assistentes sociais afirmavam que tinham até três anos de tempo de serviço na unidade de saúde; 60% afirmavam que o número de profissionais na sua unidade de saúde havia aumentado; no entanto, 77% informaram que havia déficit de assistentes sociais (Soares, 2010).

Segundo dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), em agosto de 2005, havia 18.142 vínculos de assistentes sociais em serviços de saúde. Em julho de 2016, esse número saltou para 34.465 — um crescimento da ordem de 90% num período de 11 anos. Por outro lado, houve categorias profissionais que ampliaram mais ainda o número de vínculos, como foi o caso da Psicologia: em agosto de 2005, eram 22.587 vínculos de psicólogos — número bastante próximo ao nosso no mesmo período. No en-

tanto, em julho de 2016, o CNES indica 54.228 vínculos de psicólogos, o que representa um crescimento de 140%.

Nesse caso, a ampliação do Serviço Social ocorre reproduzindo as contradições de expansão do sistema cuja estrutura de serviços não vem efetivando a universalidade do acesso. A ampliação restrita, ao mesmo tempo e contraditoriamente, aumenta o número de serviços, de profissionais e procedimentos sem dar conta da complexidade das necessidades sociais da população usuária — seja em termos qualitativos ou quantitativos — afirmando e negando direitos. A racionalidade em que essa expansão está integrada permite o atendimento parcial das requisições e reivindicações do movimento sanitário e dos trabalhadores, subordinando suas principais configurações aos interesses privados (Soares, 2010).

Nesse sentido, possibilita que o crescimento de vínculos de assistentes sociais na saúde pública ocorra também de forma restrita. Porém, mais do que isso, revela uma crescente demanda por esses profissionais relacionada com as contradições e conflitos da estruturação do SUS, mas que também extrapola a política de saúde, como analisaremos mais adiante (Soares, 2010).

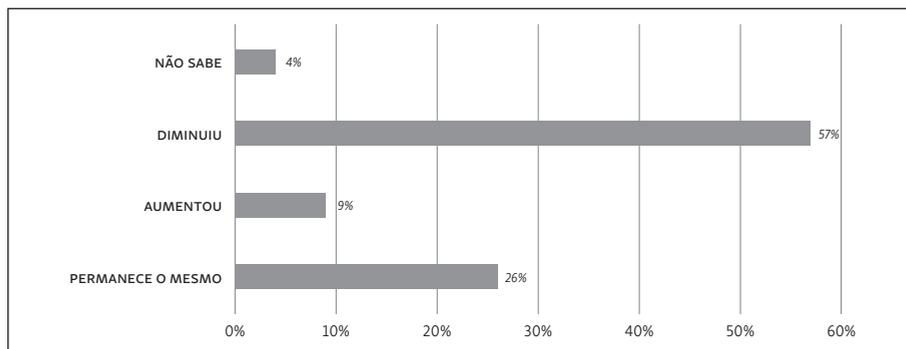
Concordamos com José Paulo Netto quando afirmou, ainda no período da contrarreforma do governo FHC, que a demanda objetiva do Serviço Social

[...] não tende a se contrair. A dinâmica das relações capitalistas no marco nacional (periférico e heteronômico), as implicações da brutal concentração da propriedade e da renda, (...) os profundos impactos de uma urbanização veloz e inteiramente descontrolada, a ruptura acelerada de mecanismos de cobertura e proteção macro e microssociais em larga escala – tudo isso concorre para constituir um quadro societário que objetivamente garante espaços aos assistentes sociais (...). (1996: p.115)

No entanto, com as proposições do ajuste fiscal em curso e da atual fase da contrarreforma no governo Temer, há indícios de que a ampliação de contratação pode ocorrer de forma mais restrita, com um crescimento ainda mais limitado e, o mais grave, persistindo tais tendências, esse crescimento limitado de contratações de assistentes sociais na saúde possivelmente se dará mais entre estabelecimentos privados.

Segundo dados das entrevistas<sup>[11]</sup> realizadas com assistentes sociais de organizações sociais da saúde e hospitais universitários, a maior parte dos profissionais (57%) afirmam que a quantidade de assistentes sociais tem diminuído na equipe das unidades de saúde em que trabalham, nos últimos cinco anos.

**FIGURA 1.** Número de assistentes sociais nos últimos cinco anos



A expansão da contratação de assistentes sociais nos estabelecimentos privados já é uma realidade e tende a se agravar: segundo o CNES, em agosto de 2005 havia 4.370 vínculos de assistente social em instituições de natureza privada ou empresas mistas; em julho de 2016, esse número chegou a 6.625, representando um crescimento da ordem de 50%.

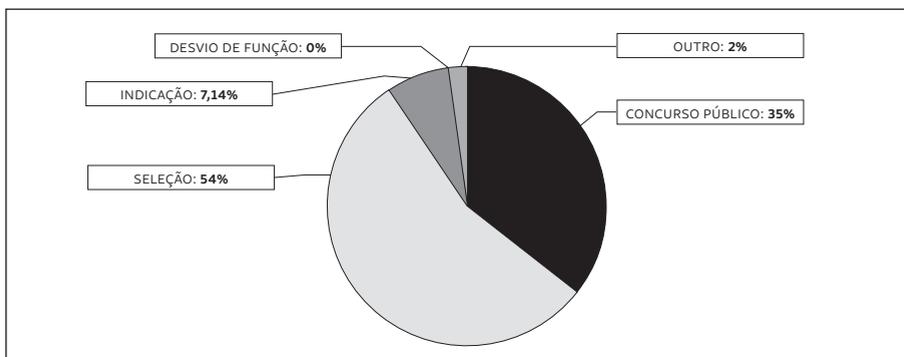
Essa realidade também se expressa nos dados das entrevistas, dando conta da precarização dos vínculos e das formas de contratação: 54% dos profissionais entrevistados informaram que foram contratados por seleção simplificada<sup>[12]</sup> e apenas 35% por concurso público, conforme pode ser evidenciado no Gráfico 2. É importante ressaltar que todos esses assistentes sociais atuam na rede SUS. Assim, pode-se afirmar, mesmo que tendencialmente, que as

<sup>11</sup> Ao todo foram realizadas 50 entrevistas, com aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa. As entrevistas foram semi-estruturadas e tiveram o objetivo de identificar tendências presentes no cotidiano do trabalho dos assistentes sociais no contexto da contrarreforma. Dado o escopo da pesquisa, vamos elencar e discutir os dados que classificamos como mais relevantes entre os resultados.

<sup>12</sup> Seleção simplificada pode ser caracterizada, no Brasil, como uma seleção sem os fundamentos de um concurso público. Esta seleção — a partir de currículos e/ou entrevista e/ou provas —, seleciona trabalhadores para preenchimento de vagas sem estabilidade alguma e sem o rigor, transparência e controle dos procedimentos de um concurso público.

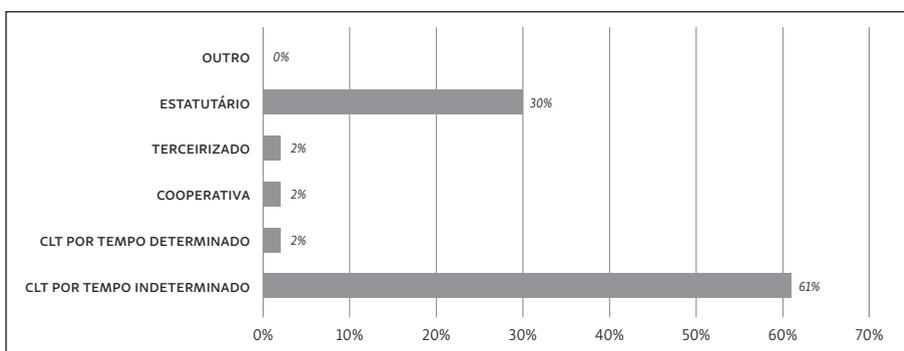
práticas em saúde vêm sendo executadas cada vez mais por profissionais sem estabilidade e com obstáculos maiores à sua relativa autonomia profissional.

**FIGURA 2.** Formas de admissão



Entre os assistentes sociais entrevistados, apenas 30% trabalham segundo o Regime Jurídico Único (estatutário). A maioria trabalha contratado segundo a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), sem estabilidade profissional. É importante ressaltar que essa tendência se faz presente não só nas organizações sociais, mas também nos hospitais universitários públicos, tendo em vista a adesão à EBSERH, pelo Hospital das Clínicas da UFPE, e pelo nível de precarização dos vínculos trabalhistas nos demais hospitais universitários.

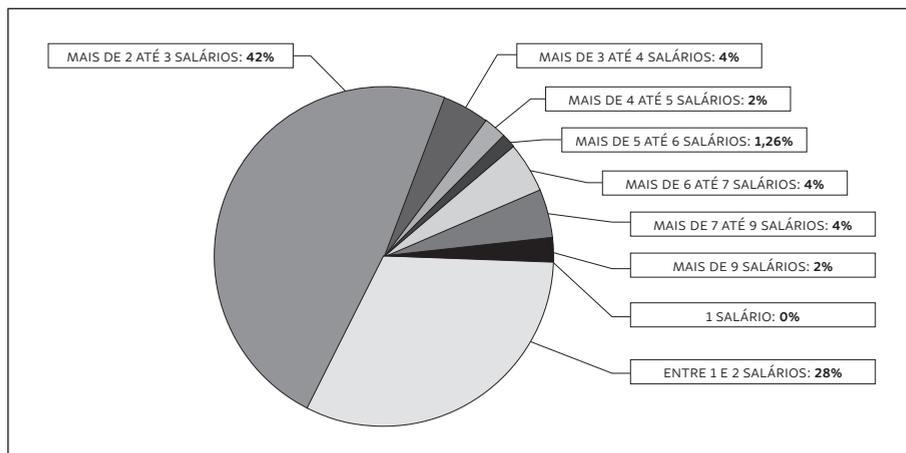
**FIGURA 3.** Tipo de contrato



Outro dado que expressa o nível de precarização do trabalho desses assistentes sociais refere-se aos seus rendimentos salariais. É expressivo o fato de

70% dos entrevistados afirmarem que recebem entre um e três salários mínimos<sup>[13]</sup>. Tais rendimentos terminam configurando uma lógica de acumulação de vínculos profissionais na saúde, intensificando ainda mais a superexploração profissional e tendencialmente possibilitando mais limites às práticas em saúde conforme as proposições da reforma sanitária<sup>[14]</sup>.

FIGURA 4. Salário



A precarização e privatização da gestão pública estão cada vez mais associadas ao aumento da participação das entidades privadas na gestão e execução de serviços da rede SUS e fora dela. Nesse sentido, as limitações impostas pela precariedade dos vínculos nas instituições privadas incidem diretamente sobre a relativa autonomia dos profissionais de saúde, que terão mais obstáculos para ultrapassar a racionalidade hegemônica em suas práticas.

Relacionada com essa questão, a precarização e superexploração do trabalho estão vinculadas diretamente ao desenvolvimento de práticas na saúde dissociadas do projeto de reforma sanitária, restritas a uma concepção assistencial e emergencial dessas ações.

Expressão disso tem sido a refilantropização dos serviços de saúde, sob a imagem do novo gerencialismo e modernização da gestão pública via contra-

<sup>13</sup> O salário mínimo brasileiro em 2017 é de R\$937,00, o equivalente a 249 euros.

<sup>14</sup> Conforme as proposições do Relatório da 8.ª Conferência Nacional de Saúde, quando se referiu aos recursos humanos no Sistema Único de Saúde e à necessidade de ser um profissional com carreira única e dedicação exclusiva, além de bem remunerados.

tação de organizações sociais. Grande parte dessas organizações eram serviços de saúde filantrópicos, impactando nas práticas sociais. As antigas instituições filantrópicas hoje revestidas de modernização da gestão pública sob a forma de organizações sociais, por exemplo, são expressões da articulação dialética entre a tecnificação e assistencialização da política. Mais que isso, constituem-se espaços que tendem a estimular as práticas colaboracionistas e voluntárias. Ademais, a lógica do direito público pode ser substituída seja pela prática de benemerência seja pelo gerencialismo que prima pela relação custo-benefício.

A assistencialização das práticas em saúde do assistente social persiste como uma tendência importante. Assim, em relação à natureza das demandas profissionais:

- 61% dos assistentes sociais entrevistados responderam que a natureza predominante de suas demandas e requisições é emergencial e assistencial;
- 21% afirmaram a predominância de demandas de educação, formação, informação e comunicação em saúde;
- 11% afirmaram ser as demandas de planejamento, gestão e assessoria;
- Apenas dois por cento informaram a predominância de demandas de mobilização, participação e controle social.

A precarização do trabalho associada à privatização da gestão de serviços em saúde tem rebatimentos importantes na organização sindical desses trabalhadores fragmentados em diversas entidades, com sindicatos pouco representativos.

A maioria dos profissionais entrevistados (88%) afirma a tendência de atendimento de demandas reprimidas no âmbito da política de saúde. As demandas reprimidas são aquelas que o sistema não é capaz de atender, fundamentalmente por restrição do acesso. Ademais, 88% relataram aumento das demandas nos serviços de saúde em que atuam e 78% afirmaram que o número de atendimentos do Serviço Social vem aumentando também.

Com a estrutura dos serviços de saúde comprometida pela tamanha precarização e subfinanciamento dos ajustes sucessivos, e dado o agravamento da questão social, os serviços de saúde vêm recebendo um aumento substancial de demanda. Segundo Dalva Costa (2006), são das contradições do SUS que emergem demandas que determinam a atuação do assistente social. Neste

sentido, as demandas e suas complexidades tendem a aumentar para o assistente social da saúde com recursos cada vez mais precários. Em especial, deve-se ter atenção para as proposições institucionais que estimulam o colaboracionismo, a adesão, as práticas de passivização, etc.

Dados secundários cedidos pelo Conselho Regional de Serviço Social de Pernambuco sobre visitas da equipe de orientação e fiscalização sobre a atuação dos assistentes sociais nas organizações sociais da saúde:

Revelam que 34% dos assistentes sociais entrevistados concordam que os locais de trabalho não são compatíveis com o sigilo profissional. Entre os motivos que colaboram com esta afirmação estão:

- Utilização da sala para achados e perdidos;
- Guarda de objetos de valores de usuários sem acompanhantes;
- Guarda de uma quantia de dinheiro para eventualidades;
- Subutilização da sala para classificação e reunião de Conselho;
- Espaço sem condições dignas de atendimento;
- Identificação errada do setor de Serviço Social;
- Uso indevido do Livro de Registro do Serviço Social pela Gerência, inclusive tirando cópias sem autorização prévia.

(CRESS/PE, 2012)

A análise dos dados do CRESS-PE nos revela que 99% da demanda posta ao Serviço Social está relacionada com o atendimento direto dos usuários. Além disso, a gestão dessas organizações sociais requisita um Serviço Social que, muitas vezes, se restringe a demandas burocráticas e que não se constituem atribuições dos assistentes sociais<sup>15</sup>, a saber:

- Pesquisa de satisfação;
- Recebimento de reclamações e queixas de atendimento;
- Mediação de conflitos na recepção;
- Controle e saída de usuários em atendimento;
- Controle de transferência;
- Liberação de cópias de prontuários;
- Emissão de ficha de esclarecimentos em substituição das cópias de prontuários;

<sup>15</sup> Ver atribuições dos assistentes sociais da saúde em: CFESS – Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde (2010).

- Liberação de corpo para o Centro de Verificação de Óbito, IML e Funerárias;
- Guarda de Declaração de Óbitos, prontuários de óbitos, guia de remoção;
- Declaração de Nascidos Vivos;
- Etiquetagem de defunto;
- Liberação de dieta de usuários;
- Solicitação de refeição para acompanhantes;
- Guarda de chaves e controle do ar condicionado da sala de medicação;
- Guarda do livro de entrada e saída das ambulâncias e controle de ambulância;
- Responsabilidade por macas retidas;
- Transporte de usuários de alta.

(CRESS/PE, 2012)

Podemos verificar que algumas dessas requisições possuem um caráter administrativo e não fazem parte nem da formação em Serviço Social nem das suas atribuições, e outras constituem-se atribuições de outras profissões da saúde.

Nada mais atual para o perfil de profissional de Serviço Social requisitado pela racionalidade hegemônica na política de saúde e suas configurações atuais do que as observações de Inês Bravo sobre as práticas dos assistentes sociais da saúde no período ditatorial, pós-1964:

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. O aspecto educativo da profissão foi salientado através das 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, resultante do conflito capital x trabalho. (1996: p.105)

Nessa perspectiva da burocratização das atividades, importa ressaltar que 47% dos assistentes sociais entrevistados informaram que é exigido do Serviço Social o cumprimento de metas de produtividade e atendimento.

É esse o lugar que a racionalidade da contrarreforma na política de saúde reservou para o Serviço Social, em especial neste momento de ajuste e ofensiva contra a reforma sanitária. Assim, identificamos um profundo antagonismo entre a direção sociopolítica das requisições e demandas profissionais da contrarreforma na saúde em seu estágio atual e os parâmetros de atuação do assistente social na saúde e nosso projeto ético-político profissional. O momento presente é de agravamento geral das nossas condições de trabalho e dos desafios que se colocam para a profissão. No entanto, parafraseando Netto, «o Brasil não é para amadores» e a história não está encerrada.

Ratificamos aqui a afirmação de Mota (2016) de que o Serviço Social brasileiro só chegou ao atual patamar de produção intelectual crítica e mobilização e articulação política porque, antes de tudo, se insurgiu contra o lugar que a burguesia lhe conferiu.

Se nas décadas de 1970 e 1980, conforme Inês Bravo (1996), os assistentes sociais não participaram coletivamente do movimento de reforma sanitária devido, entre outros fatores, ao processo de reconceitualização da profissão; hoje, nossa categoria profissional está presente nos mais diversos espaços de mobilização e luta em defesa do direito à saúde, inclusive com lideranças nacionais e locais que cumprem um papel fundamental na articulação do movimento sanitário da saúde, como é o exemplo da Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde.

Ademais, a despeito de toda a ofensiva do capital sobre as conquistas em torno do direito à saúde e do projeto de reforma sanitária, a saúde é espaço de contradição e também, segundo a racionalidade do projeto sanitário, espaço de mobilização, articulação e práticas pedagógicas.

Em nossa pesquisa realizada em 2009,

As demandas de natureza socioeducativas foram as segundas mais citadas entre as mais incidentes, mesmo que com uma diferença acentuada em termos absolutos e percentuais em relação ao primeiro lugar; o que nos demonstra que, apesar de minimizadas na lógica do sistema, elas ainda se encontram presentes e podem ser instrumentalizadas pela racionalidade hegemônica do SUS ou estrategicamente utilizadas para instrumentalizar o projeto de reforma sanitária e dos interesses dos trabalhadores. (Soares, 2010: pp. 143-144)

Urge a necessidade de potencializarmos a função pedagógica da prática social do assistente social, conforme Abreu (2002) já o afirmou, conferindo a essa função a direção emancipatória, articulada com as práticas de mobilização social. É preciso mais do que participar dos movimentos de resistência à ofensiva em curso, é necessário estimular também a participação de nossos usuários nessa resistência e nessa luta.

Assim, de que estratégias fazer uso para ultrapassar a centralidade das práticas assistenciais e emergenciais numa política extremamente assistencial/emergencial e cada vez mais focalizada? Só os fundamentos da razão crítico-dialética desvelam as contradições e mediações dessa realidade, possibilitando a construção de intencionalidades e objetivos profissionais alicerçados em parâmetros ético-políticos e instrumentalizados em nossas práticas cotidianas, segundo Guerra (1995).

É preciso também, segundo Mota (2016), exercitar a relativa autonomia profissional, mesmo em espaços tendencialmente mais limitados, como as organizações sociais da saúde, EBSERH e fundações. Só a articulação e organização dos assistentes sociais dentro e fora do espaço sócio-ocupacional do serviço de saúde podem tensionar esses limites à relativa autonomia.

Não estamos falando nenhuma novidade nas práticas sociais na saúde regidas pela lógica da emergencialização/assistencialização e tecnificação, pelo pragmatismo e imediatismo, muitas vezes obscurecido. O espaço da saúde pública, da política social, é espaço de contradição, e é a organização, mobilização, planejamento e articulação que tensionam os limites dessa realidade.

De forma que podemos encontrar nos espaços das organizações sociais a precarização, a refilantropização, o estímulo às práticas colaboracionistas e voluntaristas, como também, contraditoriamente, encontramos equipes de assistentes sociais com modelos de gestão compartilhada, com reuniões de estudo e planejamento sistemáticos, com um regimento do Serviço Social coerente com os parâmetros de atuação do assistente social.

Os parâmetros de atuação do assistente social na saúde são instrumentos de resistência contra essa ofensiva, posto que conferem as diretrizes e a direcionalidade do projeto ético-político-profissional às particularidades da prática social em saúde. Num momento político de completo abandono do projeto de reforma sanitária, nunca ele foi tão importante e estratégico na defesa dos interesses e dos direitos dos usuários do SUS como nos dias atuais.

## **Considerações finais**

A contrarreforma da política de saúde brasileira e, particularmente, em Pernambuco vem aprofundando traços e tendências na perspectiva de uma superprecarização dos serviços de saúde e numa intensa apropriação do fundo público pelas organizações sociais. A lógica da privatização se engendra de forma não clássica, evidenciando a importância que as entidades privadas vêm ganhando em detrimento da gestão pública estatal direta.

A privatização da saúde pública em Pernambuco, através do crescimento das organizações sociais, vem se dando de forma a expandir um modelo que, apesar de ser apresentado como moderno, fundado no gerencialismo empresarial privado, com flexibilidade na gestão e alta produtividade, vem se configurando como retrocesso nos princípios da saúde pública. Todas as organizações sociais do estado têm história de serviços filantrópicos prestados ao SUS.

Parece-nos que esse modo de privatização se caracteriza como uma refilantropização da saúde atualizada segundo os interesses do capital privado, que adentra esses espaços de gestão com mais facilidades e menor controle externo, via contratação de serviços de terceiros, compra de medicamentos, equipamentos, entre outros. Além disso, constituem-se igualmente em espaços que não se configuram pela impessoalidade da administração pública, com maior possibilidade de clientelismo e patrimonialismo e, neste sentido, podendo estar vinculados a projetos políticos-eleitorais.

Os novos modelos de gestão, particularmente as organizações sociais da saúde, e até mesmo os hospitais universitários como o reverso desse processo — em especial a EBSEH — representam a precarização da política pública de saúde, processo este extensivo às condições de trabalho e requisições dos profissionais dos trabalhadores da saúde.

Evidencia-se, assim, um processo intenso de superprecarização do trabalho para o profissional das organizações sociais da saúde e para aqueles que atuam nos hospitais universitários, no primeiro caso pela via da privatização não clássica, e no segundo caso, pela via da precarização e escassez de recursos drenados para apropriação privada do fundo público da saúde.

Tais tendências, ao que tudo indica, intensificam as demandas assistenciais, as demandas burocratizadas, as requisições que não integram as atribuições dos assistentes sociais, exigindo das equipes profissionais do Serviço Social estratégias que se relacionem com uma maior capacidade de articulação fora e dentro dos serviços de saúde, planejamento, práticas socioeducativas e de mobilização dos usuários dos serviços.

## Referências

- Abreu, M. M. (2002). *Serviço social e a organização da cultura: Perfis pedagógicos da prática profissional*. Cortez Editora. São Paulo.
- Behring, E. R. (2003). *Brasil em contrarreforma: Desestruturação do Estado e perda de direitos*. 2.<sup>a</sup> edição, Cortez Editora. São Paulo.
- Bravo, M. I. S. (1996). *Serviço social e reforma sanitária: Lutas sociais e práticas profissionais*. Cortez Editora. São Paulo.
- Conselho Regional de Serviço Social [Pernambuco] (2012). *Relatório de visitas às organizações sociais da saúde*. Equipe de Orientação e Fiscalização. Recife.
- Costa, M. D.H. (2006). O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos(as) assistentes sociais. In Mota, A. E. (org.) et al. *Serviço social e saúde: Trabalho e formação profissional*, pp. 304-351. Cortez Editora. São Paulo.
- Fattorelli, M. L. (2015). O ajuste fiscal alimenta o corrupto sistema da dívida. In *Marxismo21* (org.): Dossiê Ajuste Fiscal. Recuperado de: <<https://marxismo21.org/ajuste-fiscal/>>.
- Guerra, Y. A. D. (1999 [1995]). *A instrumentalidade do serviço social*. 2.<sup>a</sup> edição revista, Cortez Editora. São Paulo.
- Jinkings, I., Doria, K. e Cleto, M. (2016). *Por que gritamos golpe? Para entender o impeachment e a crise política no Brasil*. Boitempo. São Paulo.
- Ministério da Saúde (2017). Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde de 2017. Recuperado de: <[http://combateaes.saude.gov.br/images/pdf/2017\\_Monitoramento-alteracoes-Zika-e-outras-etilogias-infecciosas\\_SE12.pdf2](http://combateaes.saude.gov.br/images/pdf/2017_Monitoramento-alteracoes-Zika-e-outras-etilogias-infecciosas_SE12.pdf2)>.
- Ministério da Saúde (2017). Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Recuperado de: <<http://cnes.datasus.gov.br/>>.
- Ministério da Saúde (2017). Relatório da 8.<sup>a</sup> Conferência Nacional de Saúde, 1986. Recuperado de: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvsm/publicacoes/8\\_conferencia\\_nacional\\_saude\\_relatorio\\_final.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvsm/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf)>.
- Mota, A. E. (2016). Serviço social brasileiro: Insurgência intelectual e legado político. In Silva, M. L. (org.). *Serviço Social no Brasil: História de resistências e de ruptura com o conservadorismo*, pp. 165-182. Cortez Editora. São Paulo.
- Mota, A. E. e Amaral, A. S. (1998). Reestruturação do capital, fragmentação do trabalho e serviço social. Recuperado de: <<http://ts.ucr.ac.cr/binarios/congresos/reg/slets/slets-016-040.pdf>>.
- Mota, A. E. (1995). *Cultura da crise e seguridade social: Um estudo sobre as tendências da previdência e da assistência social brasileira nos anos 80 e 90*. Cortez Editora. São Paulo.

- Mota, A. E. (2012). *Desenvolvimentismo e construção de hegemonia: Crescimento econômico e reprodução da desigualdade*. Cortez Editora. São Paulo.
- Netto, J. P. (1996). Transformações societárias e serviço social: Notas para uma análise prospectiva da profissão no Brasil. *Serviço Social e Sociedade*, ano XVII, 50: 87-132. Cortez Editora. São Paulo.
- Rizzotto, M. L. F. (2000). O Banco Mundial e as políticas de saúde nos anos 90. Tese de Doutorado. UNICAMP, Campinas. 266 pp. Recuperado de: <<https://saudecomunista.files.wordpress.com/2014/06/o-banco-mundial-e-as-politicas-de-saude-nos-anos-90-rizzotto.pdf>>.
- Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (2013). PIB de Pernambuco apresenta crescimento superior ao do Brasil. Recuperado de: <<http://www.pe.gov.br/blog/2013/03/11/pib-de-pernambuco-apresenta-crescimento-superior-ao-do-brasil/>>.
- Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (2017). Unidades de saúde e serviços. Recuperado de: <<http://portal.saude.pe.gov.br/unidades-de-saude-e-servicos/secretaria-executiva-de-atencao-saude/upaes>>.
- Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (2017). Unidades de Pronto Atendimento. Recuperado de: <<http://portal.saude.pe.gov.br/upas>>.
- Soares, R. C. (2010). A contrarreforma na política de saúde e o SUS hoje: Impactos e demandas ao Serviço Social. Tese de Doutorado. Programa de Pós-Graduação em Serviço Social. UFPE, Recife. 209 pp. Recuperado de: <<http://pct.capes.gov.br/teses/2010/25001019031P3/TES.PDF>>.
- Vieira, F. S. e Benevides, R. P. S. (2016). Os impactos do novo regime fiscal para o financiamento do sistema único de saúde e para a efetivação do direito à saúde no Brasil. *Nota técnica n.º 28*. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada [IPEA]. Recuperado de: <[http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota\\_tecnica/160920\\_nt\\_28\\_disoc.pdf](http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota_tecnica/160920_nt_28_disoc.pdf)>.
- Ximenes, A. F. (2015). A apropriação do fundo público da saúde pelas organizações sociais em Pernambuco. Tese de Doutorado. Programa de Pós-Graduação em Serviço Social. UFPE, Recife. 195 pp. Recuperado de: <<http://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/16557>>.





## Participação do assistente social nos Conselhos Municipais de Saúde no estado de São Paulo

ANDRÉIA APARECIDA REIS DE CARVALHO LIPORONI \*

### Resumo

O presente artigo tem como objetivo discutir a ação do assistente social enquanto conselheiro nos espaços dos conselhos de políticas públicas da área de saúde da cidade de Franca (SP, Brasil). O texto discute a questão da participação social através do controle social exercido em conselhos de políticas públicas, direito conquistado desde a aprovação da Constituição Federal de 1988. Traz uma reflexão sobre o desmonte dos direitos e das políticas sociais no Brasil, em especial nos últimos anos, e ao mesmo tempo sobre a importância das instâncias de controle social na atual conjuntura, tendo por referência a defesa das políticas públicas na garantia dos direitos.

**Palavras-chave:** Conselhos Municipais de Saúde, Serviço Social, Participação social, Controle social.

### Abstract

*This article aims to discuss the action of the social worker as a counselor in the council of public policy in the health area of the city of Franca (SP, Brazil). The text discusses the issue of social participation through social control exercised through the public policy councils, a right won since the approval of the Federal Constitution of 1988. It reflects on the dismantling of social rights and policies in Brazil, as well as on social control in the current conjuncture, with reference to the defense of public policies in the guaranty of rights.*

**Keywords:** *Municipal Health Councils, Social Work, Social participation, Social control.*

---

\* Doutorada em Serviço Social pela Universidade Estadual Paulista (UNESP/Franca). Docente do Curso de Graduação e do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais – UNESP/Franca. Coordenadora do Grupo de Estudos e Pesquisa em Participação nas Políticas Sociais (GEPAPOS), Membro do Grupo de Estudos e Pesquisa em Formação Profissional em Serviço Social (GEFORMSS) e Grupo de Estudos e Pesquisa em Saúde, Qualidade de Vida e Relações de Trabalho (QUAVISSS), Faculdade de Ciências Humanas e Sociais – UNESP/Franca.  
E-mail: andreialiporoni@yahoo.com.br

## 1. Introdução

O controle social democrático foi proposto no período de redemocratização do Brasil, momento em que o país estava empenhado em mudanças democráticas profundas e o texto elaborado para a Constituição Federal (CF) aprovada em 1988 introduziu o tema da participação da sociedade civil nos mandos públicos.

Uma vez aprovada a CF e revestindo os cidadãos brasileiros de direitos civis, políticos e sociais, foi necessário aprovar legislações orgânicas para dar legitimidade e visibilidade, em especial, aos direitos sociais conquistados. Este foi um momento extremamente importante para a população brasileira, pois idealizou-se a Seguridade Social abrangendo as Políticas de Saúde (com uma perspectiva universal), da Previdência Social (com uma perspectiva contributiva) e da Assistência Social (para aqueles que dela necessitarem). Neste momento também se organizou a base de financiamento destas políticas, apontando para a alocação mais democrática dos recursos públicos, com a previsão de um orçamento para a Seguridade Social, e idealizou-se a participação da sociedade civil por meio de espaços de controle social democrático, os chamados conselhos de políticas públicas.

Os conselhos de políticas públicas, foco deste artigo, são espaços públicos de composição plural e paritária entre Estado e sociedade civil, cuja função é a formulação, fiscalização/monitoramento das políticas setoriais.

Nos conselhos é muito comum a presença do profissional de Serviço Social, enquanto conselheiro, seja representando o governo, os trabalhadores ou as entidades sociais dos diversos segmentos populacionais. Isso se dá porque o assistente social tem como principal empregador no Brasil, tanto no público quanto no privado, equipamentos públicos ou ligados às políticas de saúde e de assistência social.

Esta é uma profissão que trabalha diretamente com a efetivação das políticas sociais e que está em contato com as contradições e conflitos da sociedade atual e com as diversas manifestações da questão social que se estabelecem no modo de produção capitalista.

Assim, é de suma importância que se destaque que este profissional trabalha com efetivação de direitos em um país que segue orientações neoliberais e que tem nos últimos anos presenciado o desmonte das políticas sociais, colocando em xeque, inclusive, os princípios democráticos deste país.

O presente artigo foi organizado a partir de dados de uma pesquisa que tem como metodologia a pesquisa bibliográfica e documental com aborda-

gem quantitativa e qualitativa e a utilização de entrevistas semiestruturadas com oito conselheiros de duas políticas da Seguridade Social, as políticas de saúde e da assistência social. Este artigo tem seu foco no Conselho Municipal de Saúde do município de Franca, cidade do interior do estado de São Paulo/Brasil.

Dos oito conselheiros entrevistados, quatro são assistentes sociais e quatro são de diferentes profissões e segmentos. A reflexão é apresentada em duas partes: na primeira parte faz-se a revisão da literatura, apresentando a conquista dos direitos sociais a partir da aprovação da CF de 1988, a caracterização do controle democrático através dos conselhos, tendo por referência a defesa das políticas públicas, em especial as políticas da Seguridade Social e da garantia dos direitos sociais. A segunda parte apresenta os resultados da pesquisa discutindo o trabalho do assistente social no espaço dos conselhos de saúde, considerado como uma demanda ao profissional que contribui para o fortalecimento da política social bem como da organização política dos usuários.

## **2. Revisão de literatura**

O Brasil passou pelo processo de redemocratização na década de 1980. Aproveitou a CF em 1988, revestindo os brasileiros de direitos civis, políticos e sociais, ao mesmo tempo que se intensificava a discussão sobre globalização e abertura do país ao neoliberalismo, o que gerou impactos nos direitos recentemente conquistados. Assim, ao mesmo tempo que se enaltece a conquista dos direitos, há um processo de desmonte destes direitos conquistados.

Para compreender este processo é necessário destacar alguns fatores que ilustram a história da democracia no Brasil, a sua manutenção e os impasses que vem sofrendo, sendo eles: a estrutura organizativa do país; a participação da sociedade civil através dos conselhos de políticas públicas; o processo de globalização, de abertura ao neoliberalismo e o amplo conservadorismo dos últimos anos, que demonstram os impasses que a democracia brasileira tem passado, assim como a efetivação ou manutenção dos direitos sociais conquistados.

O Brasil instaurou o Estado democrático de direito em um sistema republicano que, como destaca Starling (2008, p. 44), define o caráter ativo da liberdade como um direito de participar dos processos políticos de escolha e decisão sobre assuntos que interessam a todos.

O primeiro parágrafo da CF de 1988 determina: «Todo o poder emana do povo, que o exerce por meio de representantes eleitos ou diretamente nos ter-

mos desta Constituição». Assim, os representantes do povo, nas três esferas de governo (União, Estados e Municípios), são eleitos através do voto em eleições convocadas a cada quatro anos, sendo o voto obrigatório a todos os cidadãos a partir dos 18 anos de idade e facultativo entre os adolescentes de 16 e 17 anos e idosos a partir dos 70 anos.

No Brasil, se avaliarmos o contexto histórico e o fato de o país ter passado por dois ciclos de democracia (antes e depois da ditadura militar), houve uma evolução na democracia. Guimarães (2005) destaca que o primeiro ciclo da democracia (1946 a 1964), do ponto de vista político, tinha algumas limitações, como: grande população ainda analfabeta, falta de participação dos partidos de esquerda nas eleições e uma agenda política que não contemplava os direitos das mulheres.

Em 1964, o país sofre um golpe militar e é instaurada a ditadura militar entre o período de 1964 a 1985. Guimarães (2009) considera que, a partir de meados da década de 1970, consolidando-se nas décadas de 1970 e 1980, acontece um período marcado pela amplitude de movimentos sociais.

Finalmente, em 1985 finda-se o período da ditadura militar, tenta-se romper com o elitismo da política brasileira que predominava no primeiro ciclo da democracia e o congresso nacional convoca a assembleia constituinte para a condução da aprovação da nova CF.

A CF aprovada em 1988, entre outras questões, reveste os cidadãos brasileiros de direitos civis, políticos e sociais. Em seu artigo 194 determina que a Seguridade Social «compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência Social» (CF, 1988).

Destacamos três questões importantes: foi discutida a diversidade da base de financiamento, apontando a alocação mais democrática dos recursos públicos, com a previsão de um orçamento para a Seguridade Social; a perspectiva de ampliação da cobertura da Seguridade Social, tendo em vista a ideia da universalidade do acesso a direitos sociais legalmente definidos, ou seja, pensava-se que a longo prazo as políticas sociais poderiam ser universais, assim como a política de saúde; e também a socialização da política por meio da instituição dos espaços de controle social democrático através dos conselhos e das conferências, dando voz à sociedade civil nos mandos públicos.

Em relação ao financiamento, a partir de 1999 foram determinados ajustes fiscais pelo Fundo Monetário Internacional (FMI), dando como receita a realização do *superavit* primário. Assim, um dos mecanismos criados para

atender esta situação foi a Desvinculação de Receitas da União (DRU), que desvinculava 20% das receitas de impostos e contribuições sociais que financiavam a Seguridade Social. Esta medida foi prorrogada pela reforma tributária em 2007 e ampliada para 30% em 2016. Assim, de toda a arrecadação destinada ao financiamento da Seguridade Social, 30% são desvinculados para ações do governo.

A saúde foi uma das áreas em que os avanços constitucionais foram mais significativos. Em 1990 foram aprovadas as Leis Orgânicas da Saúde n.ºs 8.080 e 8.142 e foi organizado o Sistema Único de Saúde (SUS), fruto do Movimento de Reforma Sanitária brasileiro, iniciado na década de 1970, consagrado na VIII Conferência Nacional de Saúde, marco da luta por um modelo de Saúde Pública descentralizado e universal.

O artigo 198 da CF determina:

As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I – descentralização com direção única em cada esfera de governo; II – atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III – participação da comunidade.

O SUS foi concebido como uma estratégia tendo como base o Estado democrático de direito, responsável pelas políticas sociais e, nesta perspectiva, pela política de saúde, fundamentado na universalização das ações e como um modelo assistencial pautado na integralidade e equidade das ações; na democratização das informações e na descentralização com controle social democrático através dos conselhos de saúde.

Entretanto, o que se observa é que, a partir da década de 1990, o projeto político no poder se consolida em uma direção política das classes dominantes no enfrentamento da crise brasileira, tendo como principal estratégia do capital a crítica aos direitos sociais conquistados pela CF de 1988. Iniciam-se neste período várias contrarreformas de cunho neoliberal com privatizações de empresas brasileiras, reformas da Previdência Social atingindo milhares de brasileiros e ao mesmo tempo defendendo que as políticas sociais, como saúde e assistência social, sejam para aqueles que não conseguem prover sua saúde ou a manutenção da sua vida com recursos próprios, ou seja, que estas políticas sejam focalizadas nos mais pobres, restringindo desta forma a perspectiva da universalidade.

No caso da saúde, propõe-se um modelo assistencial centrado na oferta de atenção básica e na racionalização da média e alta complexidade, na lógica da gestão dentro do custo-benefício, estimulando a ampliação do setor privado na oferta de serviços de saúde. Assim, apesar dos avanços da legislação, a lógica neoliberal de minimização do Estado dificulta a efetivação da universalização da assistência na saúde.

Aliado a isso, desde a década de 1990, os governos dos presidentes Itamar Franco e Fernando Henrique Cardoso, com forte perfil neoliberal, propuseram programas de estabilização econômica, proporcionaram a abertura econômica e a desregulação do mercado de capitais, e deram início às contrarreformas da Previdência Social.

Estas tiveram sequência nos governos Lula (entre 2003 e 2011). Tido como de perfil democrático e popular, o governo Lula deu prosseguimento à agenda do Banco Mundial (BM) e Fundo Monetário Internacional (FMI), imposta à Previdência Social no seu primeiro ano de mandato.

Neste contexto, observa-se que, desde a aprovação da CF de 1988, se presencia um cenário de regressão de direitos sociais em um país que tem na financeirização da economia o estágio da acumulação capitalista. Conforme Bravo (2009, p. 397), as estratégias do grande capital são: «acirrada crítica às conquistas sociais da Constituição — com destaque para a concepção de Seguridade Social — e a construção de uma cultura persuasiva para difundir e tornar seu projeto consensual e compartilhado».

Aliado a esta questão, nos últimos dois anos, os brasileiros tem sofrido ataques com relação a uma série de medidas aprovadas pelo Congresso brasileiro que impactam gravemente na questão laboral, previdenciária e nos direitos sociais (em especial da saúde e assistência social).

Conforme Behring (2016, p. 21), essa ofensiva sobre os trabalhadores tem em vista retomar as taxas de lucro, «num ambiente de baixo ou inexistente crescimento econômico, marca intensa e profundamente a política social e os direitos sociais no Brasil».

Em 2014 foram aprovadas as medidas provisórias 664 e 665 convertidas em 2015 nas Leis n.ºs 13.135 e 13.134, reformulando os requisitos para os benefícios previdenciários como o seguro de desemprego e pensões por morte. Observa-se ainda, no atual governo Michel Temer, uma política de bastante austeridade envolvendo revisões de benefícios por incapacidade (invalidez e auxílio na doença) concedidos por via judicial. Estas ações endurecem e dificultam o acesso de milhares de trabalhadores a estes direitos conquistados.

Ainda no sentido do desmonte dos direitos foi aprovada a Proposta de Emenda Constitucional (PEC) 241 em 2016, congelando os gastos públicos por um período de 20 anos, o que trará impactos nas políticas da Seguridade Social, limitando e, conseqüentemente, produzindo uma diminuição dos recursos, ao longo dos anos, às políticas sociais.

Em 2017 foi aprovada a terceirização de todas as atividades nas empresas e a reforma trabalhista, o que promoverá ainda maior precarização das relações de trabalho, e conseqüentemente incidirá sobre os trabalhadores, inclusive na relação com sua saúde.

É possível dizer que, desde a aprovação da CF em 1988, muitos avanços significativos aconteceram referentes a direitos sociais conquistados. Entretanto, a população brasileira tem enfrentado grandes e complexos desafios desde a aprovação desta Carta Magna.

Esta ofensiva em nome da crise financeira tem permitido ataques profundos aos direitos sociais. Atualmente, é preciso que a sociedade se mobilize pela manutenção dos direitos e serviços. Neste sentido, os movimentos sociais têm que se articular e os conselhos de direitos, objeto deste artigo, podem ser um importante canal de participação nas decisões públicas e na luta pela manutenção dos direitos conquistados.

Os conselhos de políticas públicas são mecanismos de participação democrática determinados por lei e tiveram seu processo de propositura na década de 1980, no período de redemocratização do Brasil, e sua implementação na década de 1990. Depois de quase três décadas, entre propositura, implementação e manutenção deste espaço de participação social, observa-se que grande parcela da população ainda desconhece essa possibilidade de participação nos mandos públicos.

Gohn (2011) destaca que os conselhos têm sido objeto de estudo tanto entre setores liberais quanto da esquerda. Pelos liberais, os conselhos são pensados como instrumentos ou mecanismos de colaboração, e pela esquerda como vias ou possibilidades de democratização das relações de poder. Eles podem ser espaços de fortalecimento da gestão democrática, mas podem, também, ser transformados em estruturas burocráticas de aprovação de políticas sociais ou, ainda, em instrumentos que amenizam os conflitos. Na atualidade e diante de tantos desafios com a agenda neoliberal e conservadora, os conselhos podem ser uma estratégia importante de fortalecimento da organização popular, de questionamento da cultura política da crise gestada pelo grande capital.

A concepção de participação defendida nos anos 1980 era a ampliação dos canais de participação direta. Para Bravo (2009, p. 396), o controle social conquistado pretendia «ampliar a democracia representativa para a democracia participativa, de base».

Nos casos do controle social nas políticas da Seguridade Social, a CF de 1988, no seu artigo 194, determina que a «Seguridade Social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social». Nas políticas da Seguridade Social, em especial nas políticas sociais da saúde e da assistência social, esta Carta Magna determina a gestão participativa, através do inciso VII, alterado pela Emenda Constitucional 000.020-1998 que define o «[...] caráter democrático e descentralizado da administração, mediante gestão quadripartite, com participação dos trabalhadores, dos empregadores, dos aposentados e do Governo nos órgãos colegiados» (CF, 1988).

Assim, abre-se a possibilidade da criação dos conselhos de políticas públicas e, apesar de já se usufruir dessa possibilidade e direito de participação conforme a CF determina, esta ainda se mostra incipiente, embora as várias instâncias do país estejam em funcionamento.

No caso da saúde, enquanto política da Seguridade Social, os conselhos existem nas três esferas de poder (Municípios, Estados e União), são paritários (com 50% de sua representação através dos membros conselheiros da sociedade civil), são públicos e dialógicos. São instâncias deliberativas e atuam na elaboração, fiscalização e avaliação das políticas públicas. Bravo (2009) destaca que a novidade do formato dos conselhos foi trazer o controle social exercido pela sociedade através da presença e da ação organizada de diversos segmentos. Estas instâncias são exigidas para que os municípios recebam verbas públicas do Estado e da União, por isso, eles existem em todos os municípios brasileiros.

Em 1993, Valla (1993, p. 75) refletia sobre a pouca participação da sociedade civil nos conselhos e avaliava que o Estado e as entidades da sociedade civil que defendem os interesses das classes dominantes «buscarão sempre bloquear, desviar e impedir esse desenvolvimento do movimento popular», seja restringindo o acesso a informações, fragmentando a participação, limitando o campo das atribuições, retardando decisões ou as remetendo às instâncias superiores, seja através da cooptação das lideranças do movimento popular para aceitar este procedimento em troca de benefícios pessoais ou políticos.

Analisando esta alocação após 25 anos, observa-se que isto ainda se mantém em muitos destes espaços pelo país. Assim, Liporoni (2010; 2017) defende a necessidade de qualificar estes espaços de poder no que se refere a representação, captação das demandas da população e vocalização das ações dos conselhos. Para tanto uma questão importante seria a capacitação dos conselheiros para esta importante função.

Apesar de a participação nos mandos públicos através do controle social estar consolidada há quase 30 anos, há necessidade de que estes espaços de poder se fortaleçam. Os estudos realizados por Liporoni em 2010 e 2017 destacam algumas questões: ainda existe dificuldade na captação e vocalização das ações e deliberações por parte dos conselheiros junto aos segmentos que representam, o que impacta na defesa dos interesses da coletividade e, portanto, a capacitação destes conselheiros é fundamental a cada início de nova gestão. Importante destacar que esta capacitação tem que ser financiada fundamentalmente com verba pública.

Conforme os dados destes dois estudos: quanto à vocalização das ações ou mesmo prestação de contas entre representantes e seus representados (conselheiros), observa-se que existem ações por parte do governo em informar a população ou esclarecer sobre questões pontuais acerca das ações realizadas pelo município nas áreas da saúde, principalmente no que se refere a prestação de contas. Destaca-se que a prestação de contas é uma determinação legal exigida a cada três meses.

Quanto aos representantes dos usuários, observa-se que não existe uma interlocução com as entidades que representam, tanto no que diz respeito à discussão prévia dos assuntos, nem com a devolução dos dados, assuntos, temas tratados, informações discutidas e recebidas e, o mais importante, decididas nas reuniões (Liporoni, 2010).

A representatividade dos conselhos estudados é ainda frágil, os conselheiros não procuram suas bases para discussão de assuntos pertinentes à coletividade. Aliado a isso, a vocalização das ações e deliberações dos Conselhos também se mostra frágil.

Observa-se que os mecanismos participativos existentes no Brasil, como a experiência dos conselhos de políticas públicas, são algo grande, complexo e que, apesar das diferenças locais e regionais, apresentam ricas experiências.

Inicialmente, os conselhos foram concebidos para as políticas da Seguridade Social, em especial as políticas da saúde e da assistência social, mas foram ampliados para outras áreas como a do idoso, das cidades, da juventude,

da mulher e outras, no entanto, «com estruturas e organizações diferentes e que de alguma maneira estão em processo de formação, organização e consolidação» (Liporoni, 2010, p. 74).

Esta questão se mostra importante, pois demonstra que, em todo o processo pós redemocratização, os movimentos sociais expandiram-se, ampliaram seus espaços de atuação e a sociedade civil passou a ter canais efetivos e legais de participação nos mandos públicos, que como destacado anteriormente, ainda tem pouca visibilidade apesar de quase trinta anos de existência.

### **3. Discussão**

Degenzsajh (2000) considera que o Serviço Social é uma das categorias com maior presença nos conselhos de políticas públicas em suas diferentes áreas. Assim, e tendo em vista o projeto ético-político do Serviço Social, enfoca a ação do assistente social como um dos agentes que pode auxiliar a população e os segmentos organizados na viabilização da participação, tendo em vista que no espaço dos conselhos de políticas públicas existe a troca de saberes de diferentes profissionais e segmentos representados.

O profissional de Serviço Social é trabalhador das políticas da Seguridade Social, tendo grande inserção nas políticas de saúde e assistência social. Desta forma, tem habilidade para a compreensão, para os debates e para as decisões em torno da formulação, implementação e fiscalização/avaliação das políticas sociais, em especial da política de saúde, foco deste artigo.

A participação do assistente social nos conselhos de direitos tem como referência o projeto ético-político profissional hegemônico desde a década de 1980, que representou um marco do movimento de ruptura do Serviço Social brasileiro com o conservadorismo profissional. E a reflexão sobre a participação e controle social abarca a questão da formação profissional do assistente social baseada em alguns dos princípios fundamentais do código de ética profissional, sendo eles: a ampliação e consolidação da cidadania, considerada tarefa primordial de toda a sociedade, com vista à garantia dos direitos civis, sociais e políticos das classes trabalhadoras, a defesa do aprofundamento da democracia, enquanto socialização da participação política e da riqueza socialmente produzida, e 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.

O assistente social tem ampliado sua participação nos espaços dos conselhos, seja como conselheiro, seja na condição de profissional que assessora

os conselhos de direitos. Nestes espaços de atuação, além do exercício de cidadania, este profissional pode colocar seus conhecimentos à disposição dos parceiros representantes (da dinâmica e funcionamento desta organização até aos interesses que estão em jogo), socializando as informações sobre legislação, a dinâmica orçamentária, os processos da administração pública.

A cidade de Franca, interior do estado de São Paulo/Brasil, conta com cerca de 330 mil habitantes, segundo dados Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), e um total de vinte conselhos de políticas públicas, conforme dados da página oficial da Prefeitura Municipal. São eles: 1) Conselho Municipal de Segurança; 2) Conselho Municipal de Segurança Escolar; 3) Conselho Municipal Anti Drogas; 4) Conselho Municipal da Condição Feminina; 5) Conselho da Juventude; 6) Conselho Municipal da Pessoa com Deficiência; 7) Conselho Municipal da Pessoa Idosa; 8) Conselho de Desenvolvimento e Participação da Comunidade Negra; 9) Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente; 10) Conselho Municipal de Assistência Social; 11) Conselho Municipal de Saúde; 12) Conselho Municipal de Proteção aos Animais; 13) Conselho Municipal de Desenvolvimento Rural; 14) Conselho Municipal de Turismo; 15) Conselho do FUNDEB (Fundo de Manutenção e Desenvolvimento da Educação Básica e de Valorização dos Profissionais da Educação); 16) Conselho Municipal de Educação; 17) Conselho CONDEPHAT (Conselho de Defesa do Patrimônio Histórico e Turístico); 18) Conselho Municipal de Alimentação Escolar; 19) Conselho Municipal de Habitação; 20) COMDEMA (Conselho Municipal de Desenvolvimento Sustentável).

Neste município, o assistente social está presente em oito ou 40% de todos os conselhos existentes no município. Destes, este profissional está como conselheiro e/ou na condição de assessor nos Conselhos de Saúde, Assistência Social, Criança e Adolescência e no Conselho da Pessoa Idosa. Nos conselhos da Condição Feminina, da Pessoa com Deficiência, da Participação da Comunidade Negra, dos Direitos da Criança e do Adolescente, o assistente social participa na condição de assessoramento.

Enquanto conselheiro, este profissional poderá estar representando os profissionais das áreas, ou os prestadores de serviços, os usuários através das entidades em que trabalham e/ou os próprios gestores. Nesta linha, estará, junto ao segmento que representa, refletindo sobre as demandas dos vários segmentos ali presentes.

Assim, deve estar sempre atento ao conhecimento e interpretação da realidade existente, fazendo uso da pesquisa e do tratamento técnico de dados e informações para subsidiar propostas viáveis, justificadas e fundamentadas junto aos demais conselheiros. Junto com os compromissos do projeto ético político da profissão, faz uso de seu saber teórico e prático operativo, colocando-os ao serviço das causas e finalidades dos conselhos.

Destaca-se ainda que a ocupação dos conselhos pelos assistentes sociais é fruto do reconhecimento de que este é um espaço sócio-ocupacional de intervenção profissional, de luta e defesa das políticas públicas como políticas de Estado.

Na condição de assessoramento dos conselhos, o assistente social tem como principais ações a organização da documentação dos conselhos, a organização da plenária, das reuniões, das atas das reuniões dos conselhos, a condução do que precisa ser pautado e deliberado nos períodos específicos, a socialização das informações através da divulgação de documentos, informativos e ainda assessoria à elaboração de planos. Resta destacar que estas ações são burocráticas, e que podem ser realizadas por assistentes sociais contratados pelos governos municipais. Entretanto é preciso refletir que, enquanto assistente social, estas atividades não podem ficar reduzidas ou restritas às atividades administrativas, mas o seu trabalho profissional colocado ao serviço do Conselho, em consonância com o projeto ético-político da profissão.

Conforme destaca Bravo (2009, p. 15), «o objetivo da assessoria é a democratização e/ou socialização do conhecimento, tendo por intencionalidade a ampliação dos diversos sujeitos na luta pela efetivação dos direitos sociais».

Nesta perspectiva, a autora evidencia a importância de outros profissionais de Serviço Social, principalmente relacionados com as Universidades, prestarem serviços de assessoramento aos conselhos de direitos, em formatos de capacitação dos conselheiros.

O conselho municipal de saúde de Franca, foco deste artigo, foi criado a partir da Lei n.º 3.946/1991, alterada pela Lei n.º 6.130/2004 e pela Lei n.º 7.377/2010. A Lei de criação do Conselho Municipal de Saúde determina a paridade das representações, sendo que metade dos conselheiros representam governo, prestadores de serviços e profissionais da área da saúde e metade são conselheiros representantes da sociedade civil, através das entidades sociais, movimentos sociais e usuários dos serviços. O conselho é presidido preferencialmente por um representante dos usuários, totalizando 28 membros e tendo dois anos de mandato. A eleição dos representantes deve ser amplamente di-

vulgada e com antecedência para atrair interessados e conscientizar a respeito da importância da participação popular. Destaca-se que a estrutura funcional deste conselho está em consonância com o que a legislação determina.

A partir da alteração da Lei de criação em 2010, foi criado o Conselho Gestor, que é um mecanismo proposto pelas Conferências Nacionais de Saúde e que segue a estrutura dos Conselhos Municipais, Estaduais e Nacional. Em linhas gerais são conselhos menores que se efetivam nas estruturas dos equipamentos de saúde em diversas regiões da cidade, para que se discuta assuntos de saúde o mais localmente possível. Destes conselhos gestores, alguns representantes passam a compor o Conselho Municipal de Saúde local.

De acordo com a Lei Municipal são eleitos quatro representantes dos usuários e quatro representantes dos trabalhadores da saúde e representantes do gestor, através dos conselhos gestores. Os demais 20 conselheiros são eleitos especificamente para o conselho e são distribuídos da seguinte maneira: 10 conselheiros entre representantes do governo e trabalhadores da saúde e 10 representantes dos usuários, podendo estes ou não ser vinculados às entidades da sociedade civil. Na Lei de 2010 entra também a eleição de membros suplentes, e mais três nomes indicados para possível substituição em caso de vacância do cargo de titular ou suplente, que não fora mencionado na lei anterior.

No atual mandato do conselho municipal de saúde de Franca, estão presentes dois conselheiros que também são assistentes sociais, sendo eles um representante do governo e outro representante da sociedade civil através de entidades sociais.

Fica evidente que a inserção do assistente social não é apenas na condição de cidadão político, mas também como trabalhador de Serviço Social. Nesta perspectiva, independentemente de estar representando o governo ou a sociedade civil, este profissional deve direcionar sua atuação à militância política, na defesa da saúde pública, universal e de qualidade.

Enquanto trabalhador representando o governo, o assistente social tem acesso privilegiado a informações. Ele pode estar trabalhando na secretaria de saúde ou equipamentos públicos de saúde. E, enquanto conselheiro representando a sociedade civil, o assistente social estará representando entidades assistenciais de defesa de direitos.

Na avaliação dos dados da pesquisa realizada por Liporoni (2010), duas questões são apontadas: a qualidade da representação do espaço do conselho de saúde e a qualidade da representação do conselheiro que também é assistente social.

Todos os conselheiros mostraram preocupação com a qualidade da participação nestes espaços de poder, tendo em vista que muitos conselheiros tentam defender interesses particulares, ou seja, interesses da entidade ou segmento que representam em detrimento do interesse coletivo ou público. Esta questão remete para a importância do exercício da representatividade, que deve ser pensada na perspectiva de como os conselheiros captam as demandas da população que representam e como oportunizam as informações sobre as discussões e deliberações nos espaços dos conselhos. Os conselheiros serão mais aptos ao exercício da representatividade quanto maior for seu conhecimento quanto ao seu papel de conselheiro, ao conhecimento sobre a política de saúde, aos serviços, ao financiamento da política de saúde, às ações que foram planejadas e ao que está ou foi efetivado de acordo com o planejado.

O profissional de Serviço Social pode estimular o debate sobre estas questões, em especial no que se refere à qualificação deste espaço de representação, através de capacitações frequentes, ou oficinas de discussão de assuntos pontuais, dando condições para tomada de decisões.

Outra questão que pode ser pontuada é que este profissional trabalha em diferentes segmentos, tanto no público quanto no privado e, tendo em vista que o exercício da representatividade como conselheiro é limitado ao período de mandato e que, a cada dois anos, novas eleições acontecem, o assistente social pode estimular a participação dos usuários nos conselhos, independentemente de estes serem conselheiros ou não e de esta forma fomentar que novos atores sociais se tornem futuros conselheiros.

Os conselhos são espaços abertos à participação de toda a população. Os conselheiros têm direito a voto e a participação de todos nos mandos públicos fomenta a democracia participativa. Segundo consta no Regimento Interno deste conselho, deve haver a divulgação junto aos órgãos de comunicação social do dia, horário, local e pauta de reunião ordinária do Conselho e a afixação dessas informações nas unidades básicas de saúde. Porém, foi constatada durante a pesquisa a dificuldade do acesso da população a essas informações.

Compete ao Conselho de Saúde atuar na formulação, aprovação e controle da execução da política municipal de saúde, criando estratégias de coordenação, organização e funcionamento da gestão do SUS, buscando a incorporação de novas tecnologias, incluindo ou excluindo serviços filantrópicos ou privados, definindo critérios para elaboração de contratos e convênios entre o setor público e privado, acompanhando e controlando o cumprimento destes; analisar e deliberar as contas dos órgãos integrantes do SUS, fiscalizando a mo-

vimentação de recursos repassados ao município, incentivar o envolvimento comunitário no controle da administração do SUS; fiscalizar os órgãos prestadores de serviços na área da saúde e o desenvolvimento das ações; opinar a respeito das prioridades orçamentárias, operacionais e metas estratégicas dos órgãos institucionais vinculados ao Sistema Municipal de Saúde, estabelecendo critérios para a programação e para as execuções financeiras e orçamentárias; promover a organização das Conferências Municipais de saúde; estimular estudos e pesquisas sobre a temática da saúde, e socializar essas informações com a população; examinar propostas e denúncias, responder a consultas sobre assuntos pertinentes a ações e serviços de saúde, bem como apreciar recursos a respeito de deliberações do Colegiado; participar da decisão em relação à localização e ao tipo de unidades prestadoras de serviços públicos de saúde; pensar na capacitação dos conselheiros e apreciar relatórios de prestação de contas elaborados pela Diretoria Executiva a cada três meses, entre outras atribuições.

As reuniões do conselho de saúde acontecem mensalmente e os conselheiros acreditam que esta periodicidade é suficiente, alegando que este conselho trabalha como algumas comissões específicas (finanças, orçamento, eleições) e que estas também acontecem na medida em que aparecem demandas.

Sobre a atuação do Assistente Social no espaço dos Conselhos municipais, os conselheiros (assistentes sociais ou não), concordam que é de extrema importância esta participação pela sua atuação crítica e principalmente pelo conhecimento que este profissional tem das políticas públicas e que isso potencializa a discussão e as decisões tomadas pelos conselhos.

Finalmente, destaca-se que, diante do cenário de regressão de direitos do atual momento brasileiro, se exige a qualificação destes espaços de poder a fim de que os conselhos possam contribuir para ampliar a cultura política crítica, e ao mesmo tempo democrática, necessária ao efetivo controle democrático e de manutenção dos direitos conquistados ao longo da história brasileira.

#### **4. Conclusão**

O modelo atual de prática participativa e de controle social, através dos conselhos, consolidou-se e é um mecanismo de visibilidade. Apesar do indiscutível progresso, apresenta limites e necessários avanços para consolidar-se como prática coletiva. Assim, ações propositivas são necessárias para envolver a construção da cidadania desde a formação do cidadão na vida escolar, na vida familiar, até seu engajamento enquanto cidadão que se vê e se sente como sujeito, não só de direitos, mas também, sujeito de deveres e responsabilidades.

Não se pode atribuir a estes espaços de participação (os conselhos) o papel de agentes fundamentais na transformação do Estado e da sociedade. Dagnino (2002) em seus estudos destacava isso no início da década de 2000 e nos tempos atuais observa-se que os conselhos de políticas públicas têm que ser visualizados como uma das múltiplas arenas em que se trava a disputa hegemônica no país.

Vivem-se tempos de crise e o neoliberalismo transforma isso em modo de governo. Conforme Behring (2016, p. 21) destaca, «desativa o jogo democrático nos fazendo adentrar num período antidemocrático e o que estamos vivendo no Brasil não deixa margens de dúvida sobre isso». Diante disso, é preciso se apropriar do espaço dos conselhos — ainda que com seus limites — pois este pode ser um campo de luta para a manutenção dos direitos conquistados e defesa das políticas sociais.

É preciso reconhecer as condições atuais das políticas sociais neste contexto de crise do capital e seus impactos, e ao mesmo tempo fortalecer esse campo de luta que é o espaço dos conselhos para formação de consciência crítica em relação à desigualdade social no Brasil.

Tendo como referência o projeto ético-político do Serviço Social, os assistentes sociais trabalham com vista à ampliação e consolidação da cidadania, à defesa do aprofundamento da democracia e ao posicionamento em favor da equidade e justiça social, da universalidade de acesso aos bens e serviços relativos aos programas e políticas sociais e no fortalecimento dos sujeitos, tendo como foco a emancipação política e como horizonte a emancipação humana.

## Referências

- Behring, E. R. (agosto de 2016). As condições da política social e a agenda da esquerda no Brasil. *Ser Social* 38: 13-29.
- Constituição da República Federativa do Brasil (05 de outubro de 1988). *Diário Oficial da União*.
- Bravo, M. I. (2009). O trabalho do assistente social nas instâncias públicas de controle social democrático. In *Serviço social: Direitos sociais e competências profissionais*. CFESS/ABEPSS. Brasília.
- Dagnino, E. (2002). Sociedade civil, espaços públicos e construção democrática no Brasil: Limites e possibilidades. In Dagnino, E. *Sociedade civil e espaços públicos no Brasil*. Paz e Terra. São Paulo.

- Degennszajh, R. R. (2000). Organização e gestão das políticas sociais no Brasil: Desafios da gestão democrática das políticas sociais. In *Capacitação em serviço social e política social: Reprodução social, trabalho e Serviço Social*. CEAD/CEFESS/ABEPSS. Brasília.
- Gohn, M. G. (2001). *Conselhos gestores e participação sociopolítica*. Cortez Editora. São Paulo.
- Guimarães, J. (2005). As culturas brasileiras de participação democrática. In Avritzer, L. *A participação em São Paulo*. Editora Unesp. São Paulo.
- Guimarães, J. (2009). Participação, democracia e República. In *Programa de Formação de Conselheiros Nacionais*. Recuperado de: <[ufmg.br/conselheiros-nacionais/programa-de-formacao-de-conselheiros-nacionais.html](http://ufmg.br/conselheiros-nacionais/programa-de-formacao-de-conselheiros-nacionais.html)>.
- Liporoni, A. A. (2010). Os caminhos da participação e do controle social na saúde: Estudos das realidades do Brasil e da Espanha. Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho. Franca, São Paulo.
- Starling, H. M. (2008). Republicanismo: alguns apontamentos. In Avritzer, L. *Democracia, república e participação: Curso de atualização*. UFMG. Belo Horizonte.
- Valla, V. V. (1993). *Participação popular e os serviços de saúde: O controle social como exercício da cidadania*. Pares: Fiocruz. Rio de Janeiro.





## O caso social em saúde: uma dimensão do Serviço Social em contexto hospitalar

INÊS GUERRA\*

### Resumo

O “caso social” refere “a pessoa-em-situação” e o seu estado de saúde, integrando as condições pessoais, sociais e ambientais, numa abordagem holística que considera tanto as pessoas como as suas redes de relação e os seus contextos existenciais. A construção do caso social requer uma reflexão sobre o contexto institucional e o desempenho dos diferentes membros da equipa interdisciplinar. A estratégia metodológica adotada no estudo efetuado enquadra-se na perspetiva de uma investigação qualitativa, tendo-se utilizado como procedimento fundamental o estudo de caso. O trabalho empírico foi desenvolvido no Hospital de Santa Maria, especificamente em cinco serviços de especialidade. Em cada serviço foram entrevistados três profissionais: assistente social, médico e enfermeiro. Foi igualmente realizado um período de observação, durante o qual a investigadora acompanhou o quotidiano profissional dos assistentes sociais, o que permitiu adquirir uma melhor perceção do vocabulário, da prática profissional e das especificidades de cada serviço.

**Palavras-chave:** Caso Social, Contexto Hospitalar, Serviço Social, Interdisciplinaridade.

### Abstract

*The ‘social case’ refers to ‘the person-in-situation’ and their state of health, integrating personal, social and environmental conditions into a holistic approach that considers both people and their networks of relationships, as well as their existential contexts. The social case’s construction requires a reflection about the institutional context and the performance of different members from the interdisciplinary team. The methodological strategy adopted falls within the perspective of qualitative research, using the case study as a fundamental procedure. The empirical work was conducted at Hospital de Santa Maria (Lisbon, Portugal), specifically across five specialty services. Inside each service, three professionals were interviewed: social worker, doctor and nurse. An observation period took place, during which the researcher followed the professional social workers’ daily lives. This allowed a better perception of each service’s vocabulary, professional practice and specificities.*

**Keywords:** Social case, Hospital context, Social Work, Interdisciplinarity.

---

\* Doutorada em Serviço Social pela Universidade Católica Portuguesa. Professora Auxiliar Convidada na licenciatura em Serviço Social da Faculdade de Ciências Humanas da Universidade Católica Portuguesa. Investigadora no CRC-W: Católica Research Centre for Psychological, Family and Social Wellbeing, Universidade Católica Portuguesa. E-mail: inesg@fch.lisboa.ucp.pt

## **1. Os desafios metodológicos**

O artigo apresentado resulta da investigação realizada para a tese de doutoramento em Serviço Social, a qual pretendeu refletir sobre a construção do caso social na área da saúde, especificamente em contexto hospitalar.

Selecionou-se como campo de estudo o Hospital de Santa Maria, em Lisboa, por este ser um hospital de referência na prestação de cuidados de saúde diferenciados em Portugal e, por isso, poder proporcionar informação muito significativa sobre o processo de construção de um caso social em Serviço Social na área da saúde.

Pretendeu-se estudar como é que se constrói um caso social na prática profissional dos assistentes sociais, designadamente, identificar que critérios ou parâmetros estão subjacentes a esta definição. Por outro lado, pretendeu-se compreender como é que a equipa interdisciplinar da saúde participa, ou não, na construção de um caso social e como é que o Serviço Social se relaciona nesta construção com os restantes profissionais presentes na equipa.

A orientação metodológica que se entendeu ser a mais adequada nesta investigação foi a abordagem qualitativa, nomeadamente a construção das teorias enraizadas, partindo-se da observação de uma prática profissional para identificar os conceitos que permitiram a construção teórica que nos devolveu a sua inteligibilidade.

Pretendeu-se perceber como se constrói um caso social na área da saúde, a partir dos próprios contextos onde os profissionais de saúde estão inseridos, havendo por parte da investigadora uma atitude de abertura e recetividade face às questões que ressaltavam do campo empírico e da leitura dos próprios profissionais. Assim, considerou-se que a abordagem qualitativa foi a que melhor poderia responder ao propósito da investigação, procurando explorar categorias analíticas e teóricas emergentes da análise dos dados.

Tomando o anteriormente referido, considerou-se que a abordagem mais pertinente para este tipo de investigação seria uma abordagem que privilegiasse o diálogo conjunto e de construção cooperativa entre a investigadora e os próprios sujeitos empíricos. Deste modo, comprovou-se que a estratégia mais adequada seria a estratégia abductiva (cf. Blaikie, 2000).

Para a investigação em causa, privilegiaram-se os dados recolhidos junto dos sujeitos empíricos, os quais foram explorados com base em chaves teóricas que permitiram a produção de interpretação científica. Isto é, a investigação foi construída a partir da descrição e do significado atribuído às atividades quotidianas pelos atores sociais (assistentes sociais, médicos e

enfermeiros), tratando-se de compreender o mundo social produzido pelos sujeitos e que é reproduzido pelas suas atividades profissionais quotidianas. O que se pretendeu foi compreender como é que o caso social se constrói, tanto na perspetiva dos assistentes sociais, como na perspetiva dos restantes profissionais presentes em contexto hospitalar, visando, em acréscimo ao esforço de compreensão, também a conceptualização do real, através da modelização dos seus constructos, por um lado, e do diálogo com chaves de interpretação teórica, por outro.

Assim sendo, o estudo de caso surgiu como o desenho de pesquisa mais adequado aos pressupostos da investigação. Considerou-se que, do ponto de vista da compreensão e da descoberta, seria adequado o recurso a um estudo de caso como forma de explorar aprofundadamente o campo de investigação, pois este permite preservar as características holísticas e significativas dos acontecimentos da vida real numa investigação (cf. Yin, 2002).

Existem seis fontes importantes na realização de um estudo de caso: a documentação, os registos em arquivos, as entrevistas, a observação direta, a observação participante e os artefactos físicos (cf. Yin, 2002), tendo sido todas elas utilizadas neste percurso de investigação.

## **2. O conceito de saúde**

A saúde pode ser entendida como uma questão basilar da humanidade, na sua presente evolução, porque é pela e da saúde que dependem o bem-estar físico, psíquico e social das pessoas, a capacidade de trabalho, de organização e de iniciativa das comunidades, o equilíbrio da sociedade e a potencialidade desencadeadora dos grandes impulsos do desenvolvimento económico-social e psicossocial.

A conceção de saúde alterou-se, passando da mera ausência da doença para a noção de bem-estar físico e mental, sendo hoje percebida como um conceito mais amplo que inclui uma adequação da vida social na busca da qualidade de vida. Acontece uma mudança de paradigma, onde se entende a saúde individual como resultante de um grupo de fatores biopsicossociais e ambientais. A saúde coletiva é, assim, o resultado de um conjunto de fatores políticos, económicos, sociais, culturais, que, combinados em cada sociedade e em conjunturas singulares, podem resultar em comunidades mais ou menos saudáveis.

A experiência demonstra que o rendimento dos cidadãos, o desenvolvimento económico e social, a escolaridade, as características culturais, cons-

tituem fatores mais importantes do que o número de médicos, ou o número de camas, ou até mesmo as despesas totais ou públicas com a saúde (cf. OMS, 2000). Assim, o estado de saúde das populações poderia ser alterado através da melhoria do meio ambiente físico e social, dos comportamentos saudáveis que promovam qualidade, da escolaridade e educação para a saúde, das características culturais e preocupações ambientais.

No modelo holista, os fatores físicos, mentais, espirituais, sociais e ambientais não existem separadamente, isto é, a pessoa e o meio ambiente não se podem dissociar, e intervêm sobre a pessoa no seu meio. Assume-se que a saúde não é apenas a ausência de doença, como no modelo biomédico, mas um completo estado de bem-estar subjetivo, sendo a pessoa responsável também pela sua saúde.

A pessoa doente participa no seu tratamento, pelo que a educação do paciente é parte fundamental do processo. O modelo holista explicita a importância da autonomia conceptual-afetiva da pessoa na saúde e na doença. O indivíduo deve ter um papel mais ativo, passando a ser encarado como um elemento integrante e integrado no processo de saúde e doença (cf. Reis, 1998).

Reconhece-se que um bom estado de saúde é um pré-requisito essencial, e o mais básico, para que cada pessoa possa realizar o seu papel de elemento ativo da comunidade, criador de bem-estar, confiança e harmonia social. O baixo nível de saúde pode ser sinónimo de atraso económico, cultural, político, social. E a evolução do acesso e qualidade de saúde numa comunidade é um bom indicador para análise das fases do seu desenvolvimento coletivo.

O Estado português defende, constitucionalmente (em 1976) o direito à saúde e mais tarde (1978-79) assume esse direito com a criação de um Serviço Nacional de Saúde (SNS) que oferece, a todos os cidadãos, sem discriminação de acesso, cuidados de medicina preventiva, curativa e de reabilitação, independentemente da sua condição económica.

Com a alteração do contexto económico mundial, surgem dificuldades em manter o SNS gratuito e universal. Em Portugal, a lei vigente quebra a gratuitidade do SNS com o estabelecimento de taxas moderadoras, com o objetivo de racionalizar a utilização das prestações, passando o financiamento depois de 1993 a ser responsabilidade de outras entidades além do Estado e incumbindo aos beneficiários pagar um valor, ou taxa moderadora, pelos cuidados prestados. A responsabilidade conjunta e unitária pela proteção da saúde conduzirá a um afastamento do Estado nesta área (cf. Carreira, 1996).

Tem-se vindo também a verificar a entrada progressiva de organizações e prestações de cuidados de saúde com estatuto diferenciado, bem como a tentativa de descentralização do SNS. Ambas as situações se devem, em parte, a projetos de redução do mercado dos medicamentos, à empresarialização dos hospitais, ou ainda à criação de orçamentos clínicos. A gestão das organizações do sector da saúde visa, sobretudo, um ponto de equilíbrio na relação custo-eficácia, de modo a responder às necessidades com o menor gasto possível (cf. Rosa, 2004).

Em vez de um serviço de saúde tendencialmente gratuito, que vise responder às necessidades das pessoas doentes, numa perspetiva humanista, passamos a ter um serviço de saúde preferencialmente sustentável, focalizado numa perspetiva economicista.

Por isso, entende-se que na atualidade a saúde precisa de ser conhecida e avaliada nos fatores que a favorecem ou a prejudicam, nomeadamente no que diz respeito às suas dimensões sociais e ambientais, de forma a poderem ser criadas as condições indispensáveis à sua melhoria. A criação destas condições implica, porém, a responsabilidade crescente de vários intervenientes, como por exemplo governantes, administradores, investigadores e sociedade civil, no estabelecimento de medidas práticas e na realização de estudos que ajudem a encontrar as soluções adequadas e mais convenientes.

No atual contexto de intervenção — marcado por rápidas mudanças, riscos e incertezas, onde é crescente a procura de inovações e de capacidade de tomar decisões imediatas, sem apoio em normas preestabelecidas — a habilidade para questionar, refletir e reconstruir é dos recursos mais preciosos. O grande desafio é saber tirar proveito das crises e incertezas geradas nos próprios processos de mudança para encontrar novas alternativas e propor soluções.

### **3. O Serviço Social na saúde**

A área da saúde é historicamente um dos principais campos de intervenção do Serviço Social. Autoras significativas para este tema, como Mary Richmond (1922); Gordon Hamilton (1951); Florence Hollis (1966) e Helen Perlman (1960), deixam-nos um contributo significativo e ainda atual no que se refere à leitura que fazem dos problemas sociais, situando-os tanto ao nível das pessoas, das suas redes de relação e das condições existenciais, como ao nível do papel do Estado, sugerindo que este deveria, através de uma reforma

social, proporcionar melhores condições para as classes trabalhadoras e os grupos empobrecidos ou socialmente destituídos.

Na contemporaneidade, a prática profissional dos assistentes sociais na área da saúde tem vindo a desenvolver-se com o objetivo de responder a preocupações de promoção e atenção à saúde, as quais se tornaram centrais nas atuais conceções de saúde, reconhecendo que o processo saúde-doença é determinado socialmente.

O processo de trabalho nos hospitais funda-se numa inter-relação profissional intensa, constituindo-se num processo de «intersecção partilhada», pois existem equipas de trabalho interdisciplinar a trabalhar com os mesmos utentes, com o objetivo de dar conta da complexidade dos problemas, agindo em complementaridade e podendo assim atingir um maior nível de bem-estar/saúde.

Nesta área de intervenção, o assistente social tem como competência intervir junto do utente e da sua família para uma melhor compreensão dos fenómenos socioculturais e económicos que afetam os estados de saúde/doença. A prática dos assistentes sociais na saúde tem vindo a desenvolver-se no sentido de dar resposta às preocupações de promoção e atenção à saúde, as quais se tornaram centrais nas atuais conceções de saúde (cf. Branco e Farçadas, 2012; Carvalho, 2012).

O reconhecimento de que o processo saúde-doença é determinado socialmente trouxe à intervenção do Serviço Social um importante espaço de afirmação. Assim, a atenção à saúde não está hoje centrada apenas no enfoque médico, mas nas diferentes intervenções presentes no campo, nomeadamente o Serviço Social.

A instituição delega poderes ao assistente social para este exercer as funções que estão determinadas, tanto pelas políticas institucionais, como pelas políticas sociais vigentes. Por sua vez, os sujeitos da intervenção do Serviço Social também legitimam o trabalho efetuado pelo assistente social, pois delegam-lhe poderes para interferir nas suas situações e reconhecem a eficácia da sua atuação. Deste modo, não é difícil perceber que esta dupla delegação de poderes representa, por si mesma, diversas potencialidades e desafios, bem como limitações, restrições e constrangimentos (cf. Andrade, 2001; Garcia, 2008).

Numa mesma perspetiva, Spozati (1992) sustenta que o Serviço Social também deve ser analisado na sua relação com o Estado, pois este intervém

como agente de regulação, condicionando o sistema onde os assistentes sociais vão operacionalizar as políticas sociais.

Atualmente e face ao contexto urge que o Serviço Social reveja as suas perspetivas e metodologias, redescobrimo alternativas e possibilidades para a sua prática profissional no panorama atual. Este contexto de intervenção surge como um desafio constante para os assistentes sociais que intervêm na área da saúde, os quais são confrontados diariamente com uma maior complexidade das situações atendidas. Tal exige ao Serviço Social repensar a sua prática profissional, nomeadamente ao nível da intervenção.

Segundo Iamamoto (1998), o desafio do Serviço Social é redescobrir alternativas e possibilidades para o trabalho profissional. Por outras palavras, traçar horizontes para a formulação de propostas que façam frente à nova questão social e que sejam solidárias para com o modo de vida daqueles que a vivenciam. Isto exige dos assistentes sociais a capacidade de tornar visíveis novas possibilidades de interpretação e de ação, e de construir significados e recursos entre uma variedade de opções alternativas.

Repensar a intervenção é uma questão central para o Serviço Social contemporâneo, o que requer criatividade e inovação, a fim de melhorar as próprias práticas institucionais, sendo que isso só é possível através da construção de uma identidade profissional articulada com um projeto profissional coletivo.

Pela relação histórica que tem com a área da saúde, e nomeadamente, com a área hospitalar, o Serviço Social foi um campo de intervenção presente na evolução e percurso da saúde em Portugal. O assistente social na equipa hospitalar intervém nos fatores sociais que influenciam a promoção da saúde, na prevenção das doenças; na cura, convalescença e reabilitação dos doentes como pessoas. Com isto podemos afirmar que a saúde enfatiza a centralidade dos fatores psicossociais, os quais são determinantes na saúde e bem-estar de pessoas e populações.

#### **4. A construção do caso social em saúde hospitalar**

As práticas profissionais na área da saúde têm vindo a convencionar a existência de uma diferenciação entre uma orientação onde a pessoa é vista como um caso social e outra em que a pessoa é vista como um caso clínico. O conceito de caso social tem sido largamente discutido ao nível dos diferentes contextos de intervenção onde o Serviço Social intervém. A nível da saúde, esta discussão tem tido um maior eco, devido à mudança dos problemas sociais, tradu-

zida num aumento da exposição dos cidadãos aos riscos, o que se tem vindo a refletir na prática profissional das/os assistentes sociais na saúde.

A reflexão sobre o caso social em contexto hospitalar exigiu uma observação do que é a prática de um assistente social em contexto hospitalar e como este profissional se posiciona face à equipa médica e à equipa de enfermagem. Considera-se que esta análise nunca pode ser descontextualizada do hospital, principalmente da sua inserção histórica, política e cultural.

Entende-se o caso social como uma construção, pelo facto de existir um ajuizamento da situação em causa, no decurso do qual os profissionais envolvidos fazem um raciocínio fundamentado na sua perícia prática e fundamentação teórica. Não se trata, por isso, de uma realidade dada *a priori*, mas sim de uma construção contextualizada e situada. No contexto hospitalar, pelas suas particularidades, esta questão assume uma maior acuidade.

Atualmente, como verificámos durante a recolha empírica, a intervenção em Serviço Social é construída, na relação entre profissional e pessoa, enquadrada por uma organização, em interação com as redes sociais mais amplas, para equacionar respostas para um dado problema, contextualizado.

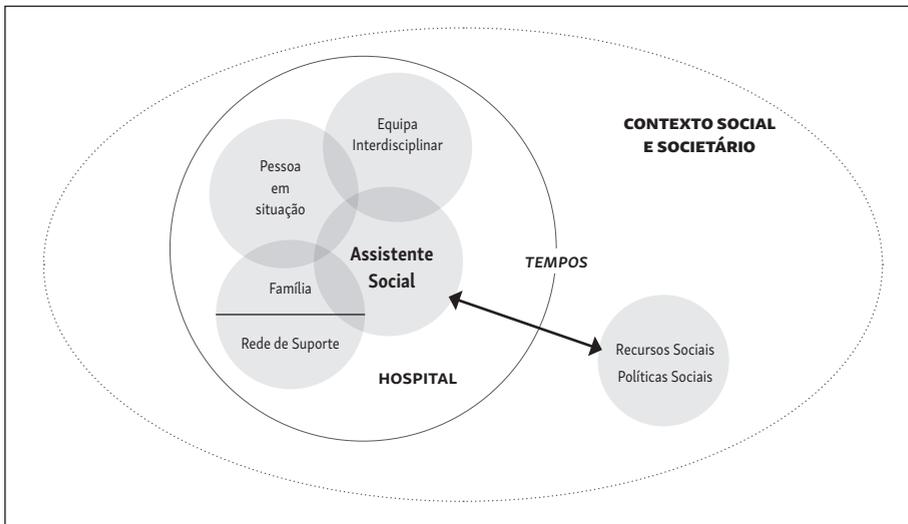
Os dados revelaram-nos que as respostas sociais e redes de articulação existentes devem ser valorizadas, e reformuladas no sentido da diversificação dos serviços prestados, respondendo para além das necessidades básicas, permitindo a multidisciplinaridade das respostas na própria comunidade, por forma a manter e reforçar as redes sociais da pessoa, no seu contexto social.

No contacto com o campo empírico percebemos que o caso social se constrói na conjugação de dois subsistemas: o que integra assistente social/pessoa/equipa clínica (subsistema interno); e o que integra a organização (hospital), o contexto social — a comunidade e as políticas sociais — contexto societário (subsistema externo).

Importa retomar esta aproximação e dar-lhe um novo sentido. Considera-se que a construção do caso social é mais complexa do que inicialmente se previa, existem elementos que não se equacionavam anteriormente e que aparecem como elementos fundamentais para esta construção de caso social, nomeadamente: as competências da pessoa doente para lidar com a sua situação, os recursos sociais e o suporte familiar, a par do fator tempo.

Nesta sequência apresenta-se uma das possíveis modelizações de caso social em contexto hospitalar, a qual foi construída tendo por base a análise realizada, com fundamento na revisão da literatura e nos contributos dos profissionais de saúde entrevistados.

**FIGURA 1.** Elementos constitutivos da construção do caso social em contexto hospitalar



Fonte: Construção própria.

Nesta modelização percebemos que a construção do caso social tem como elementos centrais: um sistema interno e um sistema externo. O primeiro engloba a pessoa, o assistente social e a equipa clínica; é através desta relação que o caso social se constrói e que também se decide quais são os moldes ou formas como o problema colocado vai ser intervencionado pelo Serviço Social. Nesta relação face a face, construída em contexto hospitalar, existem elementos fundamentais para a continuidade dos cuidados de saúde. Na preparação da alta clínica/alta social, a família (quando existe), ou a rede primária, podem ser elementos preponderantes, no sentido em que são fatores fundamentais no apoio, suporte e gestão da doença que afeta determinada pessoa. O segundo, o sistema externo, integra as redes secundária e terciária, refere os recursos da comunidade, que surgem como elementos importantes na construção de um caso social, pois podem ser um elemento facilitador ou limitador na resolução de uma dada situação.

A definição de “caso social” depende não só dos fatores definidos pelo serviço de especialidade, mas também da capacidade de resposta dos recursos da família e da comunidade. Isto é, quando a rede local consegue responder aos pedidos colocados pelo assistente social, surge como um elemento facilitador do bem-estar do doente/pessoa agilizando o seu regresso ao domicílio ou a

uma resposta especializada. Quando, pelo contrário, esta resposta da comunidade não se encontra disponível dentro do tempo do hospital, podemos dizer que surge um elemento bloqueador, pois é necessário protelar a alta clínica por não haver condições para declarar uma “alta social”.

O tempo surge também como recurso, pois o tempo do hospital/serviço de especialidade/equipa médica calcula-se pelo tempo necessário à estabilização da parte clínica do doente e conseqüentemente à declaração da alta clínica. Daí a necessidade de o Serviço Social preparar a alta social para esta, sempre que possível, coincidir com a alta clínica, pois o tempo da família coloca-se na condição de haver uma conciliação da vida conjugal e familiar com a prestação de cuidados no domicílio e a vida laboral. Muitas vezes, a família não pode cuidar dos seus doentes porque não tem capacidade para conciliar todas estas obrigações.

Fazendo referência a Richmond, «um caso social, no terreno do serviço social, é uma situação particular num problema social determinado e não a(s) pessoa(s) em questão» (1922:24-25, tradução nossa).

Entende-se que o processo de construção de um caso social consiste numa série de operações e ações tendentes a acompanhar uma pessoa e resolver a sua situação-problema, sendo vivido no âmbito de uma relação interpessoal de cariz profissional. Assim, o caso social surge de qualquer necessidade concreta a que a pessoa não pode responder, pelos seus meios, ou de obstáculos externos ou internos a realizações consideradas necessárias para uma vida equilibrada, ou de uma acumulação de frustrações ou desajustamentos e, por vezes, de um conjunto de tudo isto, que ataca ou ameaça o equilíbrio da pessoa na sua situação social ou a sua capacidade para se mover satisfatoriamente nela.

Pode admitir-se que o caso social, a partir de uma perspetiva globalizada, é a expressão de uma série de perceções da realidade. Estas perceções podem ser condicionadas por experiências anteriores, pré-juízos, valores e sentimentos de quem descreve o ou os atos. Portanto, cada um dos envolvidos no caso social interpreta a situação em concordância com a sua carga pessoal. O caso social não se determina nem pelo tipo de cliente, nem de problema, mas pela conjugação dos determinantes para o bem-estar biopsicossocial e ambiental do sujeito utente face à doença e aos recursos e competências que este consegue mobilizar para garantir a continuidade dos cuidados e tratamentos.

As evidências mostram uma realidade: o caso social é também construído com a participação dos profissionais de medicina e enfermagem. Seria interessante que os assistentes sociais tentassem compreender o que os outros

profissionais presentes no campo apelidam de caso social. A análise empírica realizada revelou-nos existirem duas perspetivas para definir o caso social:

- Perspetiva funcionalista ou objetiva: nesta, o caso social só é definido em termos de conteúdos funcionais do serviço prestado: só há caso social quando, deixando de haver prestação clínica, a pessoa não pode ser liberta e continua a necessitar da prestação de um serviço (social). Isto é, uma definição focalizada sobre os recursos e a relação do utente com o sistema de recursos, centrada na acessibilidade.
- Perspetiva diagnóstica ou substantiva: nesta, considera-se caso social toda a situação que necessita de uma intervenção de cariz social, independentemente da evolução da sua situação clínica, sendo uma perspetiva mais interativa e multidimensional da análise das situações. A situação é avaliada, não consoante a situação no serviço (ou é clínica ou é social), mas consoante os reais contornos da situação (a forma como a pessoa sente e vive a situação e a sua condição social). Isto é, focalizada sobre a história do utente e sua família, suas capacidades e competências para a continuidade dos cuidados, centrada na relação da pessoa com os seus grupos de pertença e a comunidade.

Resumidamente, em linha com a perspetiva funcionalista, o centro da mudança está na organização e na forma como o assistente social diagnostica os problemas e cria estratégias, mobilizando recursos para a sua resolução. Portanto, na resolução do caso social, mobiliza vários atores essenciais para a solução do problema encontrado, por forma a garantir a funcionalidade do sistema. Percebemos que o caso social é definido tendo por base o serviço de especialidade médica onde o doente se enquadra, o qual é incentivado a resolver a sua situação para fazer coexistir a alta clínica com a alta social.

Já no que diz respeito à perspetiva diagnóstica de caso social, esta defende que o Serviço Social deve ajudar e incentivar a própria pessoa a perceber as suas forças e fraquezas e a mobilizar as suas redes de suporte, sendo ambos agentes de mudança, em relação aos outros e ao meio ambiente. Percebemos que o caso social é definido tendo por base o serviço de especialidade onde o doente se enquadra, tendo em vista a mobilização da família e da comunidade

e situando a resolução do problema na interação dinâmica das várias estruturas sociais.

Conclui-se, assim, que existe um incipiente debate científico e institucional sobre este tema. Uma análise crítica sobre as duas perspectivas permitirá perceber que elas não são contrárias e excludentes, mas sim diferentes e complementares.

## **5. O Serviço Social na saúde e o trabalho interdisciplinar**

A construção do campo de intervenção do Serviço Social na saúde é fortemente influenciada pela evolução dos modelos de intervenção em saúde. Por via da evolução da própria medicina, da evolução de diferentes formas de conceptualizar a saúde e a doença, que foram dando lugar a diferentes formas de intervenção para o Serviço Social, onde foi estabelecendo uma jurisdição profissional.

A intervenção realizada diariamente por assistentes sociais complementa e integra-se dentro dos objetivos de uma equipa interdisciplinar. O trabalho em equipa interdisciplinar justifica-se pelo facto de se conseguir mobilizar vários tipos de conhecimentos e habilidades, as quais envolvidas e coordenadas maximizam a eficiência e eficácia da resposta dada. Assim, os objetivos de eficiência e/ou eficácia, do trabalho em equipa interdisciplinar, na área da saúde incluem a prestação de serviços abrangentes e coordenados, uma utilização ótima dos recursos humanos, a melhoria da qualidade da assistência ao doente, o cuidado holístico, com redução de custos, diminuindo as lacunas e a sobreposição de serviços. Como resultado, tanto o destinatário dos serviços como os membros da equipa e a equipa como um todo beneficiam com a colaboração interprofissional (cf. Beder, 2006).

Para o assistente social se conseguir integrar numa equipa de trabalho na área da saúde tem de dominar também o conhecimento específico da equipa clínica. A compreensão dos problemas da população e de saúde da pessoa inclui estar familiarizado com procedimentos, tratamento e gestão de uma doença específica. Este conhecimento específico que é exigido aos assistentes sociais (etiologia da doença, sintomas, diagnóstico clínico e plano de cuidados) facilita, por um lado, a sua integração na equipa interdisciplinar e, por outro lado, a avaliação, planeamento, cooperação e comunicação global com a pessoa e os seus familiares. Em concomitância, o assistente social tem de conhecer os recursos da comunidade, para facilitar a relação entre os doentes/fa-

mílias e os recursos necessários às situações específicas colocadas, como também para atender às solicitações colocadas pelas equipas, internas e externas.

Cowles (2003) refere que os assistentes sociais integrados nos hospitais têm uma função vital como membros da equipa interdisciplinar, sendo o elo de ligação entre os doentes e os vários sistemas onde estes se encontram integrados. Para ter este papel fundamental dentro da equipa, os assistentes sociais devem ser profissionais bem informados sobre a população e os problemas que esta apresenta, cientes das limitações do hospital e do seu funcionamento, estarem familiarizados com os recursos da comunidade e os suportes/respostas existentes, e confortáveis, com as abordagens de aconselhamento e modalidades de intervenção (cf. Cowles, 2003).

Assim, a intervenção do assistente social posiciona-se na articulação entre doente/família e equipa clínica, por um lado, e entre o hospital e a comunidade, por outro. Este começa por identificar as necessidades da pessoa doente e da sua família e colocá-las em relação com o sistema de saúde e o sistema de cuidados na área de residência, tentando «iluminar os três lados da equação» entre sistema utente/sistema de saúde /sistema meio.

O reconhecimento de que o processo saúde-doença é determinado socialmente trouxe à intervenção do Serviço Social um importante espaço de afirmação. Assim, a atenção à saúde não está hoje centrada apenas no enfoque médico, mas nas diferentes intervenções presentes no campo, nomeadamente em colocar em relação os vários sistemas e subsistemas.

O trabalho empírico confirmou que o Serviço Social ocupa um lugar singular dentro do contexto hospitalar e especialmente na intervenção com casos sociais. Na sua prática profissional integra um conhecimento transdisciplinar, no sentido em que cruza conhecimentos das ciências sociais com práticas de terreno, tendo a habilidade de construir instrumentos adequados para responder às questões colocadas tanto pelas pessoas utentes, como pelas equipas médicas e de enfermagem, como pelos diversos contextos de práticas.

Este perfil profissional, catalisador de uma abordagem psicossocial e holística em saúde, confere ao Serviço Social, na atual divisão técnica e social do trabalho na saúde, um papel relevante de integração e articulação sistémica e enquadramento ecológico.

Trata-se de uma função crucial, percecionada pelos principais atores do hospital, mas pouco traduzida em reconhecimento institucional e meios de atuação. Os assistentes sociais revelam dificuldades em transformar em projetos e programas de ação os problemas e necessidades comuns, presentes no público

utente e na organização dos serviços, sendo estes abordados e reconhecidos sobretudo numa abordagem individualizada e/ou casuística. Seria necessário que imprimissem um sentido mais estratégico à sua atividade, potenciando ainda mais a intervenção, agindo não só nas dimensões psicossociais interferentes nas situações de saúde/doença, mas também na transformação das condições existenciais, determinantes das situações de exclusão e de carência.

Face ao exposto percebemos que o caso social é construído na complementaridade dos olhares disciplinares da equipa de saúde, mas só o Serviço Social poderá gerir a situação — pessoa/família/comunidade/sociedade — dada a especificidade de a sua intervenção se situar no paradigma da complexidade, por englobar uma visão e atuação que se situa inter-eixos (social, económico, político e cultural) e inter-níveis (micro, meso, macro).

## **6. Especificidades do Serviço Social na saúde**

Pensamos que o caso social pode ser um fator para a afirmação identitária dos assistentes sociais em contexto hospitalar, como profissão de direitos humanos, sendo este um fator dinamizador das relações sociais em rede.

Existem muitos aspetos que podem definir a prática do Serviço Social a nível hospitalar, o mais relevante é a forma como o assistente social compreende a pessoa, como sujeito e como ator. Para o Serviço Social, a pessoa é compreendida dentro da sua particularidade, universalidade e integralidade. É esta visão holística, que percebe a pessoa como sujeito individual, social e histórico, que coloca o caso social na sua particularidade, universalidade e integralidade. O assistente social é o único profissional dentro do hospital que consegue ter uma visão focada na pessoa e no seu problema, colocando o problema em situação e fazendo uma leitura global da situação clínica e social, integrando a pessoa e o problema no seu contexto social e societário.

A intervenção do assistente social a nível hospitalar consegue ultrapassar o binómio assistente social-pessoa, porque é um profissional com capacidade analítica dos problemas sociais e dos problemas de saúde, tendo uma capacidade de leitura dos problemas através da contextualização social e estrutural. Para além de mostrar compreensão pela pessoa e pela forma como esta sente e vive o seu problema, o assistente social é um profissional que consegue localizar os recursos sociais e concretizar as soluções adequadas a cada caso.

Os médicos e os enfermeiros trabalham a nível micro, com cada doente específico, assumindo-o como um caso clínico e tendo preocupação com as questões próprias da pessoa no que se refere à continuidade dos cuidados. Por-

tanto, quando este limite tem de ser ultrapassado e se têm de envolver as redes sociais: pessoa, famílias e instituições (redes formais e informais). Os profissionais de Serviço Social têm um papel de destaque face aos outros profissionais de saúde, tendo em consideração a dimensão de universalidade dos direitos e de particularidade dos casos, que não se limitam apenas à vertente clínica.

Os assistentes sociais têm um *modus operandi* que se movimenta interna e externamente e que se torna vital aos outros profissionais na intervenção concretizada a nível hospitalar. Assim sendo, os assistentes sociais têm um lugar e função institucional específicos que não podem ser conferidos a mais nenhum profissional. Esta função é essencial ao bom funcionamento do hospital e à garantia de cuidados de saúde de qualidade, tanto na família como na comunidade.

Durante a observação realizada muitas foram as vezes em que médicos e enfermeiros sinalizaram ou passaram casos sociais aos assistentes sociais referindo: «Isto é um caso social... Isto é para o Serviço Social!»; fazendo prever que naquela situação que era encaminhada havia questões que só o Serviço Social podia perceber, compreender, intervir e resolver.

O facto de o Serviço Social intervir em situações-problema, em situações limite que são identificadas por médicos e enfermeiros como casos sociais, em que mais nenhum profissional intervém, revela que a equipa reconhece competência ao Serviço Social para atuar na resolução destas situações.

Verifica-se que a equipa de saúde utiliza o termo “caso social” como o reconhecimento de que o trabalho realizado pelo Serviço Social é indispensável ao sistema de cuidados. Isto é, os médicos e os enfermeiros utilizam o termo “caso social” porque consideram que o que está a ser exposto não pertence ao seu âmbito de atuação e exige conhecimentos especializados para acompanhar ou resolver uma situação. Assim, considera-se que esta intervenção reflete a especificidade do trabalho efetuado pelos assistentes sociais, sendo este essencial para o sucesso do tratamento dos doentes. Deste modo, o caso social pode ser analisado como aspeto diferenciador da prática profissional do assistente social em relação aos restantes profissionais de saúde.

A observação realizada permitiu compreender que, de acordo com o protocolo e os procedimentos hospitalares, são, naturalmente, os médicos e os enfermeiros que têm, na maioria das vezes, o primeiro contacto com a pessoa doente. Para identificar estas situações como caso social, os médicos e enfermeiros utilizam um conjunto de indicadores de referenciação de risco que apontam tanto situações clínicas como situações sociais que podem indiciar

problemas no tratamento da doença que ponham em causa o bem-estar da pessoa e/ou família. Se o caso social for logo sinalizado ao Serviço Social, o assistente social tem mais tempo para planejar a intervenção adequada a cada caso.

A criação destes indicadores, em cada serviço da especialidade médica, permite que o Serviço Social alargue o seu campo de intervenção através de uma maior visibilidade que foi dada às situações sociais que chegavam ao hospital. Isto veio, de certa forma, melhorar a intervenção realizada e permitir uma integração plena na equipa, mostrando que a intervenção do Serviço Social é complementar e constitui uma mais-valia para o bem-estar do utente e família.

Com fundamento na observação e na informação recolhida, percebemos que para o Serviço Social um caso social não se limita à situação-problema apresentada pela pessoa ou pelos outros profissionais. Um caso social transcende o contexto hospitalar, isto é, vai para além do que é atendido na consulta médica ou de acompanhamento social, vai para além do imediato, está relacionado com o contexto social onde a pessoa vive, se relaciona e onde se movimenta.

Para os assistentes sociais, mais importante do que estes indicadores de diagnóstico ou de referenciação é perceber como as pessoas se sentem e de que forma são afetadas pelos problemas. Importa perceber como é que aquela pessoa, pertencendo a um contexto social específico, é afetada por determinado problema e que recursos tem para o resolver. O Serviço Social é a única área de intervenção, dentro da equipa, que possui este conhecimento das redes formal e informal, realizando o acompanhamento dos doentes e das famílias e a articulação com o sistema de recursos na comunidade.

Boufant e Guélamine (2005) afirmam que o lugar do Serviço Social se situa, como um “terceiro”, isto é, como mediador entre o utente e as instituições. Através do seu papel de mediação, os assistentes sociais atuam na interface entre utente/instituição e cidadão/políticas sociais. Recorrendo a recursos diversificados, o assistente social desempenha um papel de mediação, na interlocução entre os diversos parceiros e entre estes, os utentes e as instituições, facilitando a comunicação, reforçando os laços sociais e mobilizando diversas formas de ajuda.

Assim, o assistente social é um profissional com características diferenciadoras, em relação aos outros profissionais no hospital; tem uma visão holística da pessoa em situação, e a clara noção dos recursos e dos subsistemas dentro do sistema de saúde. Na sua prática profissional é visível a relação que mantém com os doentes e famílias, mas também a sensibilização que realiza junto dos

outros elementos da equipa, cruzando perspetivas e discursos disciplinares e alertando para a importância e influência que as questões sociais podem ter na saúde e na continuidade dos cuidados.

## **7. Conclusões**

Neste texto, a reflexão sobre o caso social em contexto hospitalar exigiu uma cuidada e demorada observação do que é a prática de um assistente social em saúde. A nossa observação decorreu no Hospital de Santa Maria, onde acompanhámos as práticas profissionais em cinco serviços de especialidade e entrevistámos 15 profissionais (assistentes sociais, médicos e enfermeiros).

No contacto com o campo empírico percebemos que o caso social se constrói na conjugação de dois subsistemas: o primeiro constituído por assistente social/pessoa doente/ equipa clínica (o subsistema interno); e o segundo constituído pelo hospital como organização, o contexto social e comunidade, e as políticas sociais (o subsistema externo).

De forma resumida, expomos as conclusões que se destacaram com a realização desta investigação:

- Uma definição de caso social em contexto hospitalar caracteriza-se por ser uma situação na qual coexistem fatores físicos, mentais, emocionais e sociais que atuam com maior ou menor intensidade, associados a fatores económicos, os quais afetam o bem-estar da pessoa e a realização desta enquanto cidadã.
- O caso social é construído na complementaridade dos olhares disciplinares da equipa de saúde, surgindo o assistente social como o profissional que complementa a ação da equipa clínica, como o especialista do caso social em contexto hospitalar, enquanto mediador da relação da equipa com a família e do hospital com a comunidade.
- O tempo surge como fator determinante na construção de um caso social na área da saúde, porque estabelece a articulação entre alta clínica e alta social, transferindo os conceitos de eficácia e eficiência para uma relação entre custos públicos e custos privados (no balanço entre o que fica ao encargo da família e o que fica ao encargo do Estado).

Os dados recolhidos demonstraram-nos que abordar o conceito de caso social em assistentes sociais foi sempre um tema polémico, ou mesmo descon-

fortável. Este conceito foi muitas vezes rejeitado pelos assistentes sociais por considerarem que ele rotula pessoas e problemas; alguns assistentes sociais pensam mesmo que falar de caso social é reduzir a intervenção do social a situações de limite e de défice. Um dos motivos para este facto pode ser não existir literatura esclarecedora sobre o assunto, nem qualquer definição formal a nível institucional, o que, a nosso ver, pode também potenciar esta posição de desconforto dos assistentes sociais quando confrontados com o tema do caso social.

Ao contrário dos assistentes sociais, médicos e enfermeiros não têm qualquer dificuldade e demonstram um grande à vontade na reflexão sobre o conceito de caso social e, conseqüentemente, na definição do que é um caso social em saúde.

A análise que fazemos deste facto, a qual nos foi oferecida pelo trabalho empírico, é que o conceito de caso social na área hospitalar se apresenta como um conceito que emigrou da equipa médica e de enfermagem para a área social; isto é, o caso social a nível hospitalar foi definido pelos outros profissionais que não o assistente social; assim, este conceito expressa as situações em que os médicos e enfermeiros recorrem ao Serviço Social.

Em síntese, o que está definido como caso social é uma situação específica, que reúne determinados indicadores (pessoais, clínicos e sociais), que os médicos e enfermeiros consideram ser «sinais de alerta» que põem em causa a dignidade humana e a continuidade dos cuidados, exigindo assim a intervenção do Serviço Social. Podemos, então, concluir que a definição não foi construída pelo Serviço Social, mas sim por médicos e enfermeiros à luz das suas necessidades e do que consideram ser o âmbito de intervenção do Serviço Social. Nesta sequência, consideramos que o conceito de caso social é um conceito migrado, pois foi construído por outros profissionais.

A análise realizada permitiu-nos concluir que, na maioria das vezes, o que é chamado de caso social por médicos e enfermeiros são apenas situações limite ou de crise, onde os défices pessoais se associam a défices nas redes de suporte, que por sua vez se encontram relacionados com uma situação social de insuficiência de respostas por parte da comunidade, logo, do sistema de recursos disponibilizados pelas políticas sociais públicas.

O facto de os assistentes sociais se verem confrontados com a necessidade de trabalhar com uma definição de caso social que lhes é dada por outros fez com que nunca se revissem nela ou vislumbrassem o caso social como área de intervenção específica do Serviço Social. Reconhecemos que o Serviço Social

não se pode rever num conceito que reflita apenas as situações limite ou de crise, pois a sua intervenção é muito mais abrangente e complexa do que os casos sinalizados e confinados a uma dada tipologia de situações.

O caso social é construído na relação que a pessoa mantém com o seu grupo de pertença e o contexto. Entendemo-lo como uma situação na qual coexistem fatores físicos, mentais, emocionais e sociais que atuam com maior ou menor intensidade, e que, associados a fatores económicos, afetam o bem-estar da pessoa e a sua participação como cidadã.

Para identificar estas situações como caso social, os médicos e enfermeiros utilizam um conjunto de indicadores de referenciação, construídos pelo Serviço Social através da tipologia de casos que foram acompanhando ao longo dos anos.

O assistente social considera ser um possível caso social quando numa situação são identificados os indicadores de risco e a estes se encontram associados fatores como o isolamento social e a rutura com alguns sistemas de suporte do seu contexto social, nomeadamente a família. Entendemos que o assistente social considera que um doente que esteja exposto a estes indicadores precisa da intervenção do Serviço Social, pois encontra-se em situação de vulnerabilidade social. Uma das grandes questões da prática quotidiana do assistente social é confrontar-se com a escassez de recursos, a ausência de suporte familiar ou da comunidade ou, por vezes, a inadequação das medidas e respostas das políticas sociais às questões colocadas tanto pelas famílias como pelos utentes.

Assim, em contexto hospitalar entende-se o caso social como uma situação social específica que apresenta riscos para a saúde da pessoa e família. Verifica-se um caso social quando as condições biológicas, psicológicas, sociais e ambientais colocam em risco a dignidade humana e a integridade da pessoa, estando em causa a continuidade dos tratamentos e a possibilidade de se repor o seu estado de saúde e condições de conforto.

As situações identificadas pelos profissionais de saúde apontam para a associação de diferentes indicadores, situados a diversos níveis: pessoais, clínicos, das redes de suporte e das condições existenciais na comunidade.

De entre estes destacamos:

- Indicadores relacionados com condições de saúde: gravidez na adolescência, gravidez gemelar, prematuros, toxicoddependência, doenças crónicas, problemas de saúde mental;

- Indicadores relacionados com as redes de suporte: questões de atribuição de parentalidade, famílias deslocadas, cidadãos PALOP ao abrigo de protocolos de saúde;
- Indicadores relacionados com questões legais: ausência de documentação de identificação e residência; execução de procedimentos ligados a mandatos judiciais;
- Indicadores relacionados com as condições económicas e sociais da família: situação de desemprego, insuficiência de rendimentos e incapacidade financeira para fazer face a despesas com alimentação, medicamentos, transportes e tratamentos;
- Indicadores relacionados com as respostas na comunidade: insuficiência de resposta de serviços de apoio ao domicílio, ausência de vaga na rede de cuidados continuados integrados; inexistência de resposta em estrutura residencial de acolhimento.

A resolução do caso social decorre da inexistência de recursos sociais que permitam responder às necessidades e desejos da pessoa, mas também da falta de capacidade dos recursos da comunidade para acolher novas situações. Nesta interface, cabe ao assistente social ter a habilidade para mediar relações entre redes primárias, secundárias e terciárias e mobilizar respostas em tempo útil.

Desta forma, sistematizamos:

- O caso social é construído na complementaridade dos olhares disciplinares da equipa de saúde, surgindo o assistente social como o profissional que complementa a ação da equipa clínica, como o especialista do caso social em contexto hospitalar, enquanto mediador da relação da equipa com a família e do hospital com a comunidade;
- A determinação do caso social depende dos recursos disponibilizados pelas políticas sociais confrontados com os fatores sociais, económicos e políticos que determinam as condições existenciais dos diferentes grupos sociais e, a partir destas, as suas oportunidades/dificuldades de acesso à saúde;
- O tempo surge como fator determinante na construção de um caso social na área da saúde, porque estabelece a articulação

entre alta clínica e alta social como confronto entre as necessidades da pessoa e as respostas das políticas sociais como apoios prestados à família e à comunidade.

O trabalho empírico confirmou que o Serviço Social ocupa um lugar singular no contexto hospitalar e na intervenção com casos sociais. Na sua prática profissional integra um conhecimento transdisciplinar, no sentido em que cruza conhecimentos das ciências sociais com práticas de terreno, tendo a habilidade de construir instrumentos adequados para responder às questões colocadas tanto pelas pessoas, como pelas equipas médicas e de enfermagem, como pelos diversos contextos de práticas.

Os assistentes sociais têm um *modus operandi* que se movimenta interna e externamente e que se torna vital aos outros profissionais na intervenção concretizada a nível hospitalar.

O Serviço Social a nível hospitalar constitui o elo entre família/ instituição de saúde/médico, viabilizando assim o acesso dos cidadãos a procedimentos, normas, rotinas e informações da instituição hospitalar, que facilitam o processo de internamento. O Serviço Social é também o elo de articulação entre a linguagem comum dos utentes e a linguagem técnica dos profissionais; o assistente social surge como o facilitador das relações do hospital com as instituições da comunidade e as redes de suporte a nível local.

Estando consciente da polémica do tema, ou mesmo do desconforto para o Serviço Social, o que implicou ter cuidados especiais na abordagem ao tema, considera-se que deve existir um espírito de abertura para assuntos pouco desvendados mas essenciais a um Serviço Social mais esclarecido. Considera-se que a investigação realizada pode ser fundamental para a prática profissional dos assistentes sociais, mas também para outros profissionais do contexto hospitalar, afirmando as especificidades próprias de cada caso social, cruzando as perspetivas funcional e de diagnóstico, a leitura psicodinâmica e a ecológica e situando a intervenção social no paradigma da complexidade, devolvendo ao conhecimento científico o lugar para cruzar a subjetividade e a objetividade, agregar a particularidade e a universalidade, traduzindo os saberes do quotidiano para uma linguagem académica e vice-versa.

## Referências

Andrade, M. (2001), *Serviço social e mutações do agir na modernidade*. Tese de Doutoramento apresentada à Banca Examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Documento policopiado.

- Beder, J. (2006), *Hospital social work: The interface of medicine and caring*. Routledge. London.
- Blaikie, N. (2000), *Designing social research*. Polity Press. Great Britain.
- Bouffant, C. Le; Guélamine, F. (2005), *Guide de l'assistante social* Dunod. Paris.
- Branco, F., e Farçadas, M. (2012), O serviço social nos cuidados de saúde primários: Contexto, perspetivas e desafios. In Carvalho, M. I. (coord.). *Serviço social na saúde*, pp. 1-23. Pactor. Lisboa.
- Carreira, H. M. (1996), *As políticas sociais em Portugal*. Gradiva. Lisboa.
- Carvalho, M. I. (coord.), *Serviço social na saúde*. Pactor. Lisboa.
- Cowles, L. A. F. (2003), *Social work in the health field: A care perspective*. The Hawthorn Social Work Practice Press. New York.
- Garcia, T. F. (coord.) (2008) (1.<sup>a</sup> edição 2005), *Trabajo social con casos*. Alianza Editorial. Madrid.
- Guerra, I. (2015), O que é o caso social? Estudo sobre a construção do caso social em contexto hospitalar. Tese de Doutoramento, Faculdade de Ciências Humanas. Documento policopiado.
- Hamilton, G. (1951), *Theory and practice of social case work*. The New York School of Social Work, Columbia University Press. New York.
- Hollis, F. (1966), *Casework: A psychosocial therapy*. Random House. New York.
- Iamamoto, M. (1996), O serviço social na contemporaneidade: Os fundamentos teórico-metodológicos e técnico-operativos do trabalho profissional. pp. 9-17. Sesi-DN. Brasília.
- Mondragón, J., e Trigueros, I. (1999), *Manual de prácticas de trabajo social en el campo de la salud*. Siglo XXI. Madrid.
- OMS (2011), *Determinantes sociais em saúde*. Declaração do Rio de Janeiro.
- Parton, N., e O'Byrne, P. (2000), *Constructive social work: Towards a new practice*. Palgrave. New York.
- Perlman, H. H. (1960), *Social casework*. University of Chicago Press. Chicago.
- Reis, J. (1998), *O sorriso de Hipócrates. A integração psicossocial dos processos de saúde e doença*. Veja. Lisboa.
- Richmond, M. (1922), *What is social case work?* Sage Foundation. New York.
- Rosa, T., e Oliveira, I. (2004), *As condições de trabalho dos enfermeiros portugueses*. Centro de Estudos de Serviço Social e Sociologia (CESSS), Faculdade de Ciências Humanas, Universidade Católica Portuguesa. Lisboa.
- Simões, J. (2004), *Retrato político da saúde, Dependência do percurso e inovação em saúde: Da ideologia ao desempenho*. Almedina. Coimbra.

- Sposati, A. (1992), Serviço social em tempos de democracia. In *Serviço Social.*, ano 13, 39: 5-30.
- Vieira, I. (2015), *A participação: Um paradigma para a intervenção social.* Universidade Católica Editora. Lisboa.
- Yin, R. K. (2002), *Estudo de caso. Planejamento e métodos.* Bookman. Porto Alegre.





# Saúde mental em Portugal, constrangimentos e desafios para o Serviço Social

ISABEL FAZENDA\*

## Resumo

O Serviço Social na saúde mental implica uma articulação da saúde com o social, a vida das pessoas e das comunidades, nas dimensões da interação e sociabilidade, pelo que o conceito de “determinantes sociais da saúde mental” contribui para fundamentar a sua intervenção. O conceito de “Serviço Social multidimensional” abarca múltiplos aspetos, e a questão da identidade do Serviço Social na sociedade tecnológica traz à luz duas tendências, a positivista e a humanista. O Serviço Social situa-se no campo dos Direitos Humanos, tanto dos direitos civis, sociais e económicos, de redistribuição e justiça social, como dos direitos culturais, de identidade e de reconhecimento, centrais para as pessoas com problemas de saúde mental. O papel dos assistentes sociais na saúde mental insere-se no contexto das políticas governativas, no qual será analisada a intervenção do Serviço Social, assim como os constrangimentos que as políticas neoliberais na saúde colocam à profissão.

**Palavras-chave:** Saúde mental, Determinantes Sociais, Direitos Humanos, Participação.

## Abstract

*Social Work in mental health implies an articulation of health with the social aspects and people's and communities' lives, in the dimensions of interaction and sociability. That is why the concept of Social Determinants of Mental Health contributes to base intervention. The concept of Multidimensional Social Work encompasses multiple aspects, and the issue of the identity of Social Work in technological society brings to light two tendencies, the positivist and the humanist. Social Work falls into the field of Human Rights, both civil, social and economic rights, redistribution and social justice, as well as cultural rights, identity and recognition, central to people with mental health problems. The role of social workers in mental health is part of the context of government policies, in which the intervention of Social Work will be analyzed, as well as the constraints that neoliberal health policies pose to the profession.*

**Keywords:** *Mental health, Social Determinants, Human Rights, Participation.*

---

\* Mestre em Serviço Social pela Universidade Católica Portuguesa. Investigadora no Católica Research Centre for Individual, Family and Social Wellbeing, Universidade Católica Portuguesa. Membro dos corpos gerentes da Associação dos Profissionais de Serviço Social, onde coordena o Grupo de Trabalho de Serviço Social na Saúde Mental. E-mail: isabel.fazenda@sapo.pt

## 1. Introdução

Este não é um artigo de investigação clássica, mas antes e em primeiro lugar uma revisão de autores e documentos que permite um enquadramento em conceitos e tendências fundamentais para o Serviço Social na área da saúde mental, e uma descrição breve do contexto político atual dessa área. Por outro lado, é uma sistematização reflexiva de práticas, baseada na experiência de assistentes sociais a trabalhar em saúde mental, no âmbito de um grupo de trabalho da Associação de Profissionais de Serviço Social. O seu objetivo é encontrar aquilo que o Serviço Social traz de novo à saúde mental, o que chamámos “o social da saúde mental”, analisando alguns dilemas ou contradições que se colocam aos assistentes sociais na prática, e valorizar o carácter multidimensional desta profissão, na medida em que lida com realidades complexas.

Em Portugal, o Serviço Social tem uma longa história de inserção nos serviços de saúde mental. Quando foi inaugurado, o Hospital Júlio de Matos dispunha já de uma equipa de assistentes sociais. O Serviço Social estava então enquadrado na doutrina do higienismo social vigente na época, sendo mais tarde influenciado pela corrente da Psiquiatria dominante: a Psicanálise. Esta tendência coadunava-se com a do *case-work* e conduziu à prática do Serviço Social de caso individual quase exclusivamente, no campo da Psiquiatria, e por vezes, à adoção, pelas assistentes sociais, dos próprios métodos da psicanálise, como a psicoterapia. Na década de 1970, o Serviço Social foi fortemente marcado pelo movimento de reconceptualização na América Latina, evoluindo para a prática do método integrado, e coincidindo também com a emergência dos conceitos da psiquiatria social e comunitária e das abordagens sistémicas, que muito influenciaram o Serviço Social na saúde mental. Neste contexto, o Serviço Social tem um papel crucial ao fazer a articulação entre a saúde mental e a questão social. «Uma das propostas para valorizar a prática do Serviço Social é procurar fazer a articulação dos objetos das duas áreas. Isto é, buscar os fenómenos que ligam a “questão social” aos transtornos mentais» (Bisneto, 2005, p. 119).

## 2. Conceitos, tendências e políticas:

### Determinantes sociais da saúde e da saúde mental

A importância dos determinantes sociais na saúde tem sido um tema de investigação e divulgação de recomendações da Organização Mundial de Saúde nas últimas décadas, trazendo à luz a influência dos fatores sociais na saúde e

na doença, tanto física como mental, das pessoas nas sociedades, assim como no seu acesso aos cuidados de saúde (OMS, 2010).

Dessa investigação resultou a evidência da presença dos determinantes sociais na saúde, desde as características individuais, idade, género e fatores hereditários, comportamentos de grupo e estilos de vida (micro-nível), à riqueza do capital social e das redes comunitárias de apoio que contribuem para a coesão social (meso-nível) e, por fim, às condições de vida, educação, trabalho, habitação e salubridade, que dependem de fatores económicos, políticos, culturais e estruturais (macro-nível). Esta constatação conduziu à necessidade de atuar sobre os determinantes sociais para melhorar os sistemas de saúde. «*To reduce inequalities in health across the world there is need for a third major thrust that is complementary to development of health systems and relief of poverty: to take action on the social determinants of health*» (Marmot, 2005, p. 1099).

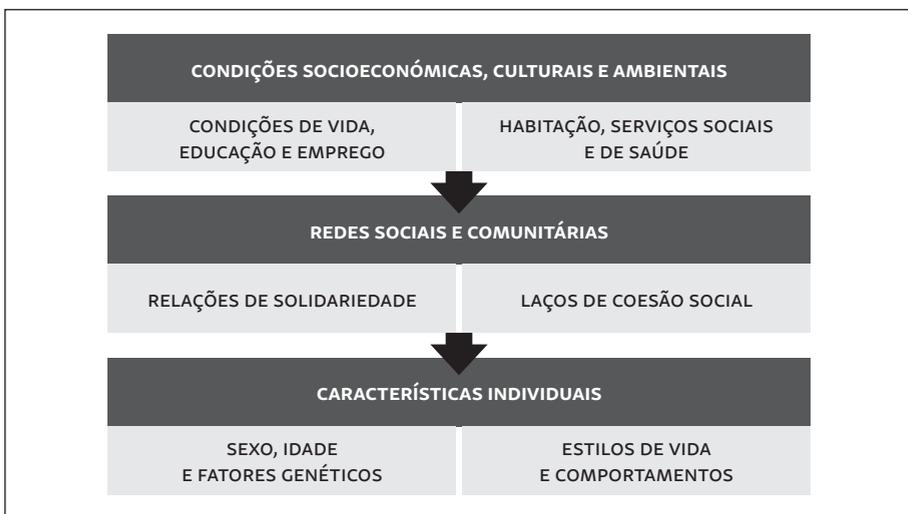
Como referem Alves e Rodrigues (2010), a saúde mental é cada vez mais entendida como o produto de múltiplas e complexas interações, que incluem fatores biológicos, psicológicos e sociais. Estes autores mencionam vários estudos que avaliam o impacto das perturbações mentais e evidenciam a relevância dos fatores sociais e económicos que influenciam a saúde mental, tais como:

- *Emprego*: Assim como a estabilidade laboral está relacionada com o bem-estar e satisfação, o desemprego e insegurança laboral associam-se a baixa autoestima e sentimentos de desvalorização, criando maior vulnerabilidade a situações de doença.
- *Educação*: Um baixo nível educacional estará associado a desemprego, pobreza, exclusão, significando uma barreira no acesso aos cuidados e maior suscetibilidade ao desenvolvimento de perturbações mentais.
- *Pobreza*: A pobreza traduz-se por um baixo nível socioeconómico, privação, habitação precária, desemprego, baixa escolaridade, baixa coesão familiar, e é um fator de risco associado a doença mental, pela sua natureza multifatorial e por dificultar o acesso aos serviços de saúde que fornecem cuidados primários e especializados em saúde mental.

- **Habitação:** Uma habitação condigna proporciona não só abrigo físico mas também psíquico, traduzindo o nível de proteção de cada pessoa ou agregado.
- **Urbanização:** Existe uma relação entre algumas características das áreas urbanas e maior risco de doença mental, quando elas conduzem ao enfraquecimento dos laços familiares e sociais e a fatores de stress e circunstâncias adversas.
- **Discriminação e violência de género:** A posição social, o acesso a recursos, as diferenças de género, de capacidade, de estatuto ou de origem étnica, os papéis sociais e o reconhecimento social são determinantes da saúde mental, na medida em que sofrem o impacto do estigma.

O modelo “em camadas” de Dahlgren e Whitehead mostra a influência dos fatores sociais nos vários níveis de análise, do micro ao macro nível, e permite visualizar a complexidade das problemáticas da saúde (Buss e Filho, 2007). Na figura seguinte podemos observar a sobreposição desses níveis, ou camadas, que na realidade são interdependentes, interagindo uns com os outros.

**FIGURA 1.** Determinantes sociais: modelo “em camadas”



Fonte: Adaptado pela autora a partir de Buss e Filho, 2007.

Esta visão vem reiterar a pertinência da intervenção do Serviço Social na área da saúde mental, em quatro níveis: individual (educação para a saúde, promoção de hábitos de vida saudável, diminuição do consumo de álcool e tabaco, gestão de situações de stresse), social (desenvolvimento dos laços sociais, de grupo e comunitários, e das relações de solidariedade e redes de suporte social), económico e cultural (melhoria das condições materiais de vida, de trabalho, educação, habitação e salubridade) político e legal (mercado de trabalho, proteção ambiental, desenvolvimento sustentável).

O Serviço Social tem, assim, um papel fulcral a desempenhar na saúde mental das pessoas e das populações, já que a sua intervenção se situa aos vários níveis dos determinantes sociais: dos indivíduos, das redes sociais, e das condições sociais, económicas e culturais. É neste cenário que o Serviço Social assume o seu carácter multidimensional, em consonância com a sua própria matriz teórica, olhada de um ponto de vista sistémico.

### **3. Individual versus social: o psicossocial**

É consensual a afirmação de que o Serviço Social intervém na interface da pessoa com o seu meio, mas o enfoque dessa intervenção é, muitas vezes, colocado no individual ou no social. Uma das correntes do Serviço Social baseia-se numa visão individualizada que atribui às pessoas as causas das situações problemáticas, assim como a procura de soluções e alternativas que melhorem o seu bem-estar; os fatores sociais são apenas um problema a resolver para que o indivíduo atinja os seus objetivos. No extremo oposto podemos encontrar formulações do Serviço Social focadas no impacto das dinâmicas sociais nos indivíduos e na procura de causas sociais para os problemas humanos. Nesta perspetiva, as componentes psicológicas são apenas uma contribuição para a mudança social.

É difícil conciliar estas duas correntes, porque implica enfrentar a complexidade das situações sociais e humanas com que o Serviço Social tem de lidar. O conceito de “psicossocial” inclui estas duas vertentes, mas pode ser apenas uma formulação teórica que não tem reflexo na prática. Para que este conceito seja operativo é preciso transformá-lo em orientações para a ação que ajudem os assistentes sociais a ultrapassar a dualidade entre o individual e o social, agindo nos dois níveis simultaneamente, pois eles são inseparáveis e interdependentes. «*The psycho-social concept lies at the core of understanding about what the social work profession is and how social work is practiced*» (Buchbinder et al., 2004, p. 532). Este conceito reflete uma abordagem holística e

sistémica que permite ver que o que mais importa é a interação entre o individual e o social, entre as pessoas na sua singularidade e a sociedade com as suas múltiplas faces, as suas oportunidades e as suas condicionantes. O Serviço Social é uma profissão de identidades múltiplas que atua em diferentes níveis, do micro ao meso e ao macro nível. A sua finalidade será sempre a justiça social, mas este desígnio atinge-se através de diversos tipos de ação, espaços de intervenção e diferentes dimensões. A abordagem multidimensional é a única forma de responder aos desafios atuais à profissão.

De facto, a aspiração à complexidade tende para o conhecimento multidimensional. Ela não quer dar todas as respostas sobre um fenómeno estudado, mas respeitar as suas diversas dimensões: não devemos esquecer que o homem é um ser biológico socio-cultural, e que os fenómenos sociais são ao mesmo tempo, económicos, culturais, psicológicos, etc. (Morin, 2005, p. 177)

A Teoria da Complexidade de Morin (2005) deu uma contribuição inovadora para a construção de um novo paradigma científico, que põe em evidência a causalidade múltipla da realidade social e a conexão e inter-relação entre as diversas dimensões que a compõem e que não é possível separar. «A realidade antropossocial é multidimensional; ela contém sempre uma dimensão individual, uma dimensão social e uma dimensão biológica» (Morin, 2005, p. 189). Segundo Morin, a complexidade inclui a unidade e a diversidade, a causalidade circular através do princípio da retroação, a auto-organização que implica autonomia e interdependência, a interação entre as partes e o todo. Morin inspira-se nos princípios da Teoria dos Sistemas, totalidade, retroação e auto-organização, mas aprofunda-os para construir o seu conceito de complexidade. «[O paradigma da complexidade] Incita a distinguir e fazer comunicar, em vez de isolar e de separar. Incita a dar conta dos caracteres multidimensionais de toda a realidade estudada» (Idem, p. 334). É este pensamento que nos leva a configurar o Serviço Social como uma abordagem multidimensional das sociedades e das pessoas, sem a qual ficaria confinado a uma visão redutora e linear dos problemas que tem de enfrentar. No quadro seguinte analisam-se quatro dimensões da intervenção.

**FIGURA 2.** Serviço Social Multidimensional

DIMENSÃO	ESPAÇO DE INTERVENÇÃO	ATIVIDADE PREDOMINANTE	TIPO DE ADVOCACIA	AÇÃO PELOS DIREITOS HUMANOS	FOCO	NÍVEL
<b>Reparadora/assistencial</b>	Acompanhamento de indivíduos e famílias em situação de vulnerabilidade, pobreza, risco ou exclusão.	Provisão de recursos e condições de vida com dignidade.	Advocacia de excluídos	Acesso aos direitos sociais e económicos.	Indivíduo	Micro
<b>Capacitadora/emancipadora</b>	<i>Empowerment</i> , participação dos cidadãos, grupos e comunidades, construção de projetos de vida.	Promoção de competências e de autonomia.	Advocacia de cidadãos	Promoção dos direitos sociais, económicos e culturais.	Cidadania	Micro
<b>Mediadora/articuladora</b>	Trabalho em rede, parcerias, articulação institucional.	Ação comunitária e participação de organizações locais.	Advocacia social e coletiva	Fortalecimento dos direitos coletivos e de reconhecimento.	Laços sociais/redes	Meso
<b>Política/legal</b>	Conceção e aplicação de políticas sociais. Articulação intersetorial de políticas.	Planeamento de medidas, programas e recursos.	Advocacia de causas	Compromisso com os direitos individuais e coletivos.	Estruturas	Macro

Fonte: Construção da autora, in Fazenda e Domingos, 2016, pp. 62-63.

#### 4. O Serviço Social na sociedade tecnológica

A identidade da profissão de assistente social tem sido definida através dos seus valores e das suas metodologias de intervenção, mas na sociedade tecnológica em que nos encontramos essa identidade está a ser posta em causa por uma abordagem gestionária dos serviços, que privilegia os resultados em detrimento dos processos. A “racionalidade instrumental” é uma característica do pensamento tecnológico predominante nas economias desenvolvidas, em que o imperativo do crescimento e do lucro não está a ser acompanhado pela melhor distribuição da riqueza e do bem-estar, pelo contrário, verifica-se que os níveis de desigualdade têm crescido exponencialmente (Amaro, 2009).

A introdução de procedimentos estandardizados na prestação e avaliação de serviços é uma tendência na área da saúde, no sentido de uma racionalidade económica e também de uma preocupação com a qualidade, mas pode resultar numa excessiva burocratização. A lógica de gestão institucional, que implica critérios de produtividade e eficiência, e privilegia as competências, sobrepõe-se à lógica profissional, baseada em princípios, em qualificações e em experiência adquirida.

Na área da saúde mental, estes procedimentos levam os assistentes sociais a um esforço acrescido, por um lado para quantificar o seu trabalho de acordo com os indicadores estabelecidos, por outro para evitar que a avaliação desse trabalho seja apenas fundada em critérios quantitativos. O que se verifica é que o modelo de financiamento dos serviços hospitalares se baseia no número de doentes entrados (camas) e saídos (altas), contabilizando os atos realizados pelos profissionais no contexto de cada episódio de doença, e não o acompanhamento de continuidade, nem os objetivos de reabilitação e integração social, que são cruciais no tratamento da doença mental.

Para avaliar a qualidade do trabalho dos assistentes sociais na saúde mental é necessário definir parâmetros fundamentados nos valores do Serviço Social, mas também na visão e necessidades dos utentes. «Isto poderia implicar a revisão de afirmações de valores para levar em conta os valores dos utilizadores dos serviços» (Banks, 2001, p. 119). O que predomina, porém, são os critérios de eficácia e eficiência, mais ligados aos objetivos das instituições do que às necessidades das pessoas e das comunidades. A participação da comunidade na definição dos objetivos dos serviços e na avaliação dos resultados é um desígnio democrático que fica submergido pela lógica tecnocrática que preside à organização da saúde atualmente.

Neste cenário coexistem duas tendências da identidade da profissão de assistente social. «A primeira é eminentemente racional, positivista e virada para os resultados; a segunda é essencialmente relacional e simbólica, atenta, sobretudo, ao processo» (Amaro, 2009, p. 39). A tendência positivista harmoniza-se com as concepções atuais da medicina baseada na evidência, e exige uma avaliação quantitativa dos resultados da intervenção para legitimar o financiamento dos serviços. A tendência relacional baseia-se nos princípios e nos valores e no respeito pelas necessidades e visão dos utentes, que são considerados mais como parceiros de um trabalho conjunto, do que recetores passivos dos serviços prestados.

Estas duas tendências concretizam-se em dois perfis distintos do assistente social, o perfil técnico-administrativo, que o remete para o papel de gestor de caso, de provisão de recursos, e o perfil ético-humanista que implica uma abordagem relacional, que vai para além da resolução de problemas pontuais e exige um acompanhamento de longo prazo no sentido da construção ou reconstrução de um projeto de vida da pessoa, ancorada na sua comunidade. É possível conjugar as duas tendências, através de uma prática reflexiva que permita estabelecer prioridades em cada situação. Esta reflexão será enquadrada em modelos teóricos que incluam os princípios éticos da profissão, o respeito dos direitos humanos e as metodologias próprias do Serviço Social, assim como uma abordagem multidimensional, tal como já foi referida. Mas também deverá ter-se em conta as exigências dos procedimentos institucionais e administrativos que a introdução de novas tecnologias de registo e de avaliação de resultados acarreta. Edgar Morin analisa esta contradição sugerindo o conceito de “neo-artesanato”, que deverá substituir o domínio da burocracia através da criatividade: «para dizer a verdade, a parte tecnoburocrática deverá refluir e regredir, o que deve desenvolver-se é o neo-artesanato científico, é a pilotagem das máquinas e não a maquinização do piloto, é uma inter-reação cada vez mais estreita entre pensamento e computador» (Morin, 2005, p. 338).

## **5. Serviço Social e direitos humanos**

A afirmação de que o Serviço Social é uma profissão baseada nos direitos humanos deve referir-se à totalidade dos direitos que foram definidos pela Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948, visto que eles são indissociáveis, e deve ser confirmada pelas suas políticas e práticas. «*The social work profession has an obligation to advocate for human rights, with the first step being recognition that human rights play an important part of social work policies and practices*» (Reichert, 2006, p. 5). No entanto, a história do Serviço Social tem demonstrado uma atenção maior aos direitos económicos e sociais em particular, por serem vistos como diretamente relacionados com a justiça social. No final do séc. XX, porém, já se tinha tornado visível a insuficiência do paradigma puramente económico para explicar a injustiça social, emergindo um novo paradigma que analisa a justiça social em termos culturais e simbólicos. «*The recognition that social justice needs to incorporate human rights education is a first step toward fulfilling the goal of making social work a human rights profession*» (Idem).

Esta tendência leva a que, na sociedade contemporânea, o centro de gravidade da justiça social esteja a ser transferido da redistribuição para o reconhecimento. «Para além disso, a justiça social já não se cinge só a questões de distribuição, abrangendo agora também questões de representação, identidade e diferença» (Fraser, 2002, p. 9). Isto significa um avanço em relação às visões economicistas que ignoram problemas que resultam, não de desigualdades económicas, mas de hierarquias de valor institucionalizadas que conduzem a situações de marginalização, como é o caso do estigma atribuído à doença mental. Esta autora propõe uma “conceção bidimensional da justiça”, que abarque tanto a redistribuição como o reconhecimento.

Por um lado ela deve abarcar as preocupações tradicionais de justiça redistributiva, especialmente a pobreza, a exploração, a desigualdade e os diferenciais de classe. Ao mesmo tempo, deve igualmente abarcar as preocupações recentemente salientadas pela filosofia do reconhecimento, especialmente o desrespeito, o imperialismo cultural e a hierarquia de estatuto. (Fraser, 2002, 11)

Para melhor compreender esta evolução temos de nos reportar à Declaração Universal dos Direitos Humanos, que definiu aquilo a que se chamou a primeira geração dos direitos humanos, os direitos civis e políticos, relacionados sobretudo com as liberdades individuais (considerados os direitos fundamentais). Mais tarde, por influência das ideologias socialistas, vieram a ser definidos os direitos sociais e económicos, ditos da segunda geração, que visam assegurar a igualdade de tratamento de todos os grupos sociais, garantindo o acesso aos bens e serviços necessários para uma vida com dignidade. Mais recentemente tem-se focado a atenção sobre os direitos culturais e ambientais (terceira geração de direitos), que promovem sobretudo o respeito pelas diferenças numa perspetiva transcultural, e pela sobrevivência das gerações futuras (Reichert, 2006).

O Serviço Social é uma profissão fortemente influenciada pelo contexto social e político em que se move. Por esta razão verificou-se uma grande mudança no Serviço Social em Portugal a partir de 1974, com a instauração do regime democrático no país. Após 40 anos de ditadura, em que a profissão sofreu a mesma opressão que atingiu todos os grupos sociais, novos desafios se colocaram aos assistentes sociais. Um deles foi certamente esta conceção da profissão orientada para a justiça social e os direitos humanos, que levou a uma nova atitude face às desigualdades económicas e ao desrespeito pelas escolhas individuais.

No entanto, a consciência da importância da perspectiva dos direitos nem sempre está presente na intervenção dos assistentes sociais que trabalham na saúde mental, embora seja afirmada teoricamente como pano de fundo da ação profissional. São necessárias estratégias políticas e coletivas, não apenas individuais, tais como organizar ou participar em campanhas de informação e sensibilização da comunidade, fazer advocacia junto dos órgãos de poder, fazer mediação institucional para garantir o acesso aos direitos, favorecer o associativismo e a expressão de opiniões pelos utentes e famílias, e promover a sua participação aos vários níveis de decisão.

Mas é sobretudo uma alteração da posição dos profissionais do Serviço Social face aos seus clientes, sejam pessoas, famílias ou comunidades, que lhes permite serem aliados na procura de melhores condições de vida, de acesso à saúde, ao trabalho, à educação, à proteção social, de oportunidades de realização pessoal e de participação social, de cidadania plena. É nestas situações concretas que o Serviço Social pode promover os direitos humanos, através duma relação de colaboração ativa mas não paternalista, de partilha do poder na procura de soluções que levem à autonomia e não à dependência.

## **6. Direitos humanos e saúde mental**

A questão dos direitos humanos relacionada com a saúde mental tem sido abordada, desde o início da década de 1990, por organizações internacionais como a Organização das Nações Unidas (ONU) e a Organização Mundial da Saúde (OMS), na medida em que se verificam ainda situações de violação dos direitos das pessoas que sofrem de doenças mentais, que são frequentemente isoladas e privadas do exercício dos seus direitos fundamentais, quer cívicos, quer sociais, quer económicos e culturais, o que as torna invisíveis na sociedade.

Os direitos mais frequentemente desrespeitados, principalmente no contexto dos hospitais psiquiátricos, mas também nas comunidades, incluem o direito a ser tratado com humanidade e respeito, o direito à admissão voluntária numa instituição psiquiátrica, o direito à privacidade, a liberdade de comunicação com o exterior quando internado, o direito de votar, o direito a receber tratamento na comunidade e a dar consentimento informado ao tratamento, o direito a garantias judiciais, o direito ao trabalho, à educação, a habitação independente ou protegida, à proteção social.

Os documentos produzidos por aquelas organizações ao longo de várias décadas tiveram o carácter de recomendações, tendo influenciado as políticas

de saúde mental em muitos países, entre os quais Portugal. «*Es ciertamente un nuevo enfoque el promover y proteger la salud mental no solo a través de medicamentos psicotrópicos, psicoterapia o rehabilitación psicossocial; sino también por medio de la aplicación de instrumentos de derechos humanos*» (Vásquez e Almeida, 2004, p. 56).

No entanto faltava um documento vinculativo que compromettesse os países a desenvolverem ações concretas para corrigir as situações de incumprimento. Só com a aprovação pela Assembleia Geral das Nações Unidas da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, em 2006, se atingiu esse patamar de compromisso com os países que assinaram a Convenção. Portugal assinou este documento em 2007. A Convenção afirma no seu artigo 1.º: «As pessoas com deficiência incluem aqueles que têm incapacidades duradouras físicas, mentais, intelectuais ou sensoriais, que em interação com várias barreiras podem impedir a sua plena e efetiva participação na sociedade em condições de igualdade com os outros» (ONU, 2010, p. 117). Esta afirmação vem dissipar as dúvidas anteriores sobre a aplicação das medidas para pessoas com deficiência às pessoas com doenças mentais, embora a manutenção do termo deficiência na tradução portuguesa não seja a mais feliz. O termo incapacidade (*disability* no original) seria menos estigmatizante.

Para que seja facilitada a aplicação prática da Convenção no campo da saúde mental, a OMS criou um conjunto de instrumentos de avaliação do cumprimento dos direitos humanos nas instituições de saúde mental, o *Quality Rights Tool Kit*, utilizando cinco direitos específicos referidos na Convenção:

1. Direito a um padrão de vida digno e à proteção social: o art.º 28.º exige que as pessoas possam aceder a um padrão de vida adequado à sociedade em que vivem, incluindo alimentação, vestuário, habitação, emprego e medidas de proteção social de que necessitem.
2. Direito a desfrutar do nível mais elevado de saúde física e mental: o art.º 25.º exige que as pessoas tenham acesso a todos os cuidados de saúde que existam no seu país, e o mais perto possível da sua comunidade.
3. Direito a exercer a capacidade jurídica e a liberdade pessoal: o art.º 12.º garante que as pessoas possam tomar decisões legais relativas à sua vida, tratamento, local onde querem viver, assuntos pessoais e financeiros, e a beneficiar de assistência legal se for necessário.

4. Direito a não ser sujeito a tortura, tratamento degradante ou castigo desumano, exploração, violência ou abuso. O art.º 15.º chama a atenção para situações de reclusão, maus tratos físicos, sexuais ou mentais em instituições hospitalares, lares ou residências, que considera inadmissíveis.
5. Direito a viver de forma independente e a ser incluído na comunidade: o art.º 19.º determina que as pessoas têm o direito de viver na comunidade e que os governos devem implementar políticas e medidas eficazes para facilitar a sua total integração e participação na sociedade, incluindo os apoios sociais necessários, residenciais, domiciliários e comunitários para evitar o isolamento ou a segregação.

(WHO, 2012, pp. 4-6)

O impacto mais visível das recomendações da Convenção em Portugal tem sido a participação de representantes de utentes e cuidadores ao nível das políticas: consultoria ao Ministério da Saúde através da presença no Conselho Nacional de Saúde Mental, e ao Plano Nacional de Saúde Mental através da CPUC (Comissão de Participação de Utentes e Cuidadores), participação em seminários científicos e eventos culturais e em projetos de investigação de práticas. Também está a ser implementado pelo Programa Nacional para a Saúde Mental, em parceria com a Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa, um projeto de avaliação dos direitos humanos nas instituições de saúde mental, com base no *Quality Rights Tool Kit* da OMS (WHO, 2012).

## **7. Participação de utentes e familiares**

Existem diversas razões que contribuem para promover a participação e o envolvimento dos utentes e dos familiares nos serviços de saúde mental e no trabalho dos assistentes sociais. «*A number of forces came together in recent years to promote a more active interest in the perspectives of service users and in how they might become more involved in planning, developing and delivering provision*» (White e McCollan, 2000, p. 219). Uma dessas razões prende-se com uma política que favorece a escolha individual e os direitos dos utentes, e outra com a progressiva redefinição do papel dos utentes, não já como recipientes passivos mas como parceiros ativos.

A perspetiva da escolha individual pode conter duas filosofias diferentes, uma baseada nos direitos de consumo, isto é, o utente deve poder escolher entre diversos tipos de serviço aquele que mais lhe convém, outra baseada nos

direitos de cidadania. A primeira baseia-se nas características do mercado, na concorrência de preços e de qualidade. A segunda relaciona-se com a possibilidade de participação na organização, planeamento e avaliação dos serviços como forma de exercício da autonomia e da cidadania. «A nível macro, encaramos a participação como uma prática de cidadania, ou seja, como processo de intervenção dos sujeitos na vida institucional, na vida pública e na vida quotidiana» (Vieira, 2015, p. 105). Ao nível dos sujeitos é parte integrante do processo de *empowerment*, como método de fortalecimento da identidade, do poder e da capacidade de tomar decisões sobre a sua própria vida (Faleiros, 2002).

Para os profissionais, incluir a visão dos utentes é não só uma questão de direitos, como a garantia de que os serviços vão corresponder melhor às necessidades reais das pessoas a quem se dirigem e são acessíveis a todos os grupos sociais. Por outro lado, a participação de utentes e famílias contribui para diminuir o estigma associado à doença mental.

O envolvimento dos utentes pode ser de diferentes tipos, desde a participação ao nível estratégico (medidas e políticas) através de comissões, associações ou órgãos consultivos e de planeamento, até ao nível da prestação direta de serviços, através de formas diversas, como resposta a questionários de satisfação e qualidade, participação em atividades de gestão e avaliação, e ainda em atividades de formação e de investigação.

Os níveis de envolvimento também podem variar conforme o grau de compromisso e responsabilidade atribuído aos utentes e familiares:

- Receber informação acerca dos tratamentos e serviços disponíveis.
- Ser consultado para a tomada de decisões sobre prioridades ou programas.
- Participar em reuniões ou grupos de planeamento, avaliação, investigação, formação ou outros.
- Exercer controlo sobre decisões ao nível político, de planeamento, atribuição de recursos e orçamentos, localização de serviços, etc.

Os assistentes sociais podem contribuir para que os utentes e familiares passem dos níveis mais simples para os mais complexos da participação, através do processo de *empowerment*, sendo seus aliados. Mas, para que isso aconteça, têm de estar conscientes do seu poder profissional e aceitar partilhá-lo.

*«It is necessary to acknowledge the power that social work staff can exert over service users in their efforts to become more involved in the services they receive»* (White e McCollan, 2000, p. 224).

Em Portugal estes processos estão ainda pouco desenvolvidos, mas são um campo de intervenção aberto aos assistentes sociais, através da promoção de grupos de discussão, grupos de ajuda mútua, associações e formas de representação dos utentes e familiares nas instâncias decisórias, participação em conferências e seminários, ações de formação e grupos de investigação.

Existem já algumas associações de utentes e outras de famílias, e participação dos seus representantes no Conselho Nacional de Saúde Mental, órgão consultivo do Ministério da Saúde criado pela Lei de Saúde Mental (Lei n.º 36/98). Ao nível da prestação direta de serviços, não existe nenhum mecanismo de participação ou consulta dos utentes ou famílias. São necessárias formas de organização que favoreçam o seu envolvimento nos serviços.

## **8. Modelo de saúde mental comunitária**

O modelo de saúde mental comunitária baseia-se na visão biopsicossocial, que implica um conjunto de intervenções além do tratamento, como a psico-educação, a reabilitação, o apoio residencial, o emprego apoiado, o treino de competências sociais e profissionais, para permitir que as pessoas com doença mental vivam na sua comunidade e participem em todos os contextos sociais. Por isso, a Psiquiatria Comunitária veio a organizar-se como um sistema de cuidados diversificados que deve assegurar a continuidade do tratamento e substituir os hospitais psiquiátricos pela prestação de cuidados na comunidade. Esta mudança pressupõe um novo paradigma na saúde mental, o da desinstitucionalização, que resulta da constatação de que o hospital psiquiátrico é um local anti terapêutico, que produz exclusão e alienação, e que os cuidados de saúde mental devem ser prestados em serviços abertos capazes de apoiar os doentes desde a crise aguda até às necessidades de carácter social.

O termo «desinstitucionalização» tem sido interpretado de formas diversas, por vezes apenas como uma forma de dismantelar os hospitais psiquiátricos, mas de facto ele tem um alcance mais abrangente. Leona Bachrach procurou encontrar uma definição mais genérica: «Assim, eu sugeriria que definíssemos a desinstitucionalização como a substituição dos hospitais psiquiátricos para internamento prolongado por serviços alternativos de menor dimensão, menos isolados e com base na comunidade, para cuidar das pessoas com doença mental» (Bachrach, 2000, p. 49). Esta autora considera que

a desinstitucionalização deixou um legado biopsicossocial que implica o reconhecimento da interação dos fatores biológicos, psicológicos e sociais na gênese da doença mental.

Este modelo inclui os objetivos da inclusão social, da promoção dos direitos humanos e do acesso à cidadania plena, e exige a participação e articulação de diferentes serviços e de vários profissionais, além dos psiquiatras, como enfermeiros comunitários, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, psicólogos, animadores, numa perspectiva interdisciplinar.

Não é difícil, neste contexto, encontrar o lugar do “social” na saúde mental. «Para o Serviço Social, a saúde mental das pessoas e das comunidades tem de ser entendida como uma resultante das condições de vida, do acesso ao emprego, ao salário justo, à habitação condigna, à educação e à proteção dos direitos» (Fazenda, 2008, p. 133). Nesta visão, os assistentes sociais dão uma atenção particular ao imperativo da justiça social e da equidade no acesso aos direitos, assim como aos objetivos da reabilitação psicossocial e da integração na comunidade das pessoas com doenças mentais, para alcançarem uma vida com significado e o máximo de autonomia possível.

## **9. Política de saúde mental em Portugal**

Os objetivos do Plano Nacional para a Saúde Mental de 2007-2016, que contém as orientações da política de saúde mental em Portugal, estão assim definidos:

- a) Assegurar o acesso equitativo a cuidados de qualidade a todas as pessoas com problemas de saúde mental no País, incluindo as que pertencem a grupos especialmente vulneráveis;
- b) Promover e proteger os direitos humanos das pessoas com problemas de saúde mental;
- c) Reduzir o impacto das perturbações mentais e contribuir para a promoção da saúde das populações;
- d) Promover a descentralização dos serviços de saúde mental, de modo a permitir a prestação de cuidados mais próximos das pessoas e a facilitar uma maior participação das comunidades, dos utentes e das suas famílias;
- e) Promover a integração dos cuidados de saúde mental no sistema geral de saúde, tanto ao nível dos cuidados primários, como dos hospitais gerais e dos cuidados continuados, de modo a facilitar o acesso e a diminuir a institucionalização.

(PNSM, 2007, 17)

Apesar de diversos dispositivos legais consubstanciarem uma política de desinstitucionalização e de intervenção na comunidade para concretizar estes objetivos, o processo de mudança tem sido lento e tem sofrido, em Portugal, avanços e recuos de acordo com a orientação política dos governos.

A criação de estruturas de reabilitação desde o início da década de 1990 foi um enorme avanço, que permitiu a muitas pessoas com doença mental grave viverem na comunidade e iniciarem um percurso de aquisição de direitos e de autonomia cada vez maior nas decisões e projetos da sua vida, encetando novas relações sociais e interagindo em novas redes.

Em 2010, no âmbito do Plano Nacional de Saúde Mental, foi elaborado o diploma sobre os Cuidados Continuados da Saúde Mental (CCISM), para regulamentar as estruturas de suporte social e reabilitação psicossocial. No entanto, a mudança de governo em 2011 deixou por concretizar este diploma e este desígnio de melhor corresponder às necessidades dos utentes. Só no início de 2017 foi retomada a regulamentação dos CCISM, agora integrados na Rede Geral dos Cuidados Continuados Integrados, o que lhes retira a sua especificidade, que está expressa na seguinte definição:

Conjunto de intervenções sequenciais de saúde mental e ou de apoio social, decorrente de avaliação conjunta, centrado na reabilitação e recuperação das pessoas com incapacidade psicossocial, entendida como o processo de reabilitação e de apoio social, ativo e contínuo, que visa a promoção da autonomia e a melhoria da funcionalidade da pessoa em situação de dependência com vista à sua integração familiar e social.

(Decreto-Lei n.º 8/2010, art.º 2.º, alínea c)

## **10. Sistematização de práticas: O Serviço Social na saúde mental**

Tendo como referencial teórico a abordagem sistémica e das redes de suporte social aplicadas ao Serviço Social, e como base os valores da justiça social, dignidade de todas as pessoas, autonomia e participação, e no contexto das políticas de saúde mental já referido, um grupo de assistentes sociais da APSS tem realizado um trabalho de reflexão sobre as suas práticas no campo da saúde mental, do qual resultou a sistematização que se segue.

De acordo com o levantamento realizado por este grupo em 2015, o número de efetivos de Serviço Social na saúde mental era de 354, num universo de 980 assistentes sociais no setor da saúde (dados da Administração Central dos Serviços de Saúde).

No âmbito dos serviços locais de saúde mental, que asseguram a prestação de cuidados básicos de saúde mental à população em geral, quer sejam centros hospitalares psiquiátricos, ou departamentos de psiquiatria situados nos hospitais gerais, e nas instituições do setor social convencionadas, a intervenção do Serviço Social realiza-se em diferentes tipos de atendimento: ambulatório (consulta externa), internamento, urgência psiquiátrica, hospital ou unidade de dia, e domiciliário. No Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e Dependências (SICAD), os assistentes sociais intervêm na prevenção, tratamento, reinserção social e redução de danos.

No âmbito da comunidade, os assistentes sociais participam em diferentes contextos: CPCJ, RSI, Rede Social, Autarquias, outros. Nas Instituições Particulares de Solidariedade Social que operam na área da reabilitação psicossocial, a prática é exercida no âmbito das respostas sociais, fóruns sócio-ocupacionais, unidades residenciais, apoio domiciliário e reabilitação profissional.

Nestes contextos, institucionais e comunitários, a missão do Serviço Social visa os seguintes objetivos:

- a) Promover a melhoria das condições de vida dos utentes/doentes e suas famílias;
- b) Desenvolver a cidadania ativa através do acesso aos direitos sociais, económicos e culturais e da consciencialização das responsabilidades;
- c) Contribuir para a autonomia e autodeterminação dos utentes/doentes;
- d) Promover a integração social na perspetiva da reabilitação psicossocial;
- e) Desenvolver o *empowerment* e participação ativa dos utentes/doentes e famílias;
- f) Contribuir para a mudança de atitudes na comunidade, a diminuição do estigma e a melhoria das políticas sociais com impacto na saúde mental.

(Fazenda e Domingos, 2016, p. 65)

Estes objetivos podem concretizar-se em diferentes níveis de intervenção e em sistemas cada vez mais alargados. Em todos eles é possível e desejável a intervenção do Serviço Social, desde que os assistentes sociais estejam comprometidos com os valores da sua profissão, e se qualifiquem, através da formação, da experiência e da reflexão sobre a prática, para ganharem espaço e credibilidade profissional. Tendo em conta a multiplicidade de fatores que intervêm na construção da realidade social e a complexidade das situações

com que se depara, o Serviço Social no campo da saúde mental só pode desempenhar um papel eficaz e eticamente relevante se adotar uma abordagem multidimensional, ancorada nos contextos em que se situa e num quadro de referência sistémico, que valoriza as interações entre os atores e os níveis de intervenção necessários, como vemos no quadro abaixo:

**FIGURA 3.** Níveis de intervenção do Serviço Social

INDIVÍDUOS, FAMÍLIAS, REDES	ORGANIZAÇÕES	POLÍTICAS
Avaliação de problemas, necessidades e capacidades (diagnóstico social)	Direção e gestão de equipamentos sociais	Diagnóstico de necessidades e respostas
Pesquisa e negociação de recursos, das pessoas e do meio	Relação com entidades de decisão e financiamento	Colaboração na elaboração de diplomas legais
Estabelecimento de uma relação de confiança e colaboração com o utente, família ou comunidade	Enquadramento e orientação de recursos humanos	Definição de indicadores ou parâmetros de qualidade da intervenção
Construção de um plano de ação conjunta, assegurando a maior participação possível do utente, família e comunidade	Elaboração de normas e regulamentos internos	Elaboração de pareceres sobre medidas políticas setoriais
Acompanhamento psicossocial ao longo da vida do utente/família, no seu percurso para a recuperação e a integração social	Condução de processos de avaliação	Elaboração/coordenação de programas para grupos desfavorecidos
Desenvolvimento das competências, da autonomia e da capacidade de decisão do utente/família/comunidade	Desenvolvimento de projetos para grupos específicos	Colaboração em projetos de formação de recursos humanos
Reconstrução ou fortalecimento das redes de suporte social (redes primárias)	Participação em redes locais/institucionais na comunidade	Colaboração em ações de advocacia e promoção dos direitos humanos
Mediação institucional, promovendo a interface entre os utentes e as instituições (redes secundárias)	Construção de parcerias	Cooperação intersetorial Criação de protocolos de colaboração.
Articulação e trabalho em rede com outros serviços da comunidade (redes de redes)	Sensibilização da comunidade para a saúde mental	Colaboração em ações de promoção da saúde mental e luta contra o estigma
Defesa dos direitos (advocacia individual)	Advocacia social	Diferenciação positiva

Fonte: Construção da autora.

## **11. Constrangimentos e desafios**

O maior constrangimento que se verifica atualmente é a redução de efetivos, através da afetação dos assistentes sociais que estavam atribuídos aos serviços de saúde mental nos hospitais gerais, numa parte do seu horário semanal, a serviços de outras especialidades, considerados prioritários pelos conselhos de administração, inviabilizando a sua integração nas equipas interdisciplinares e o seu trabalho de proximidade, na comunidade e no domicílio dos utentes. Nalguns hospitais, esta é já a situação de partida, demonstrando que nunca foi reconhecida a importância do Serviço Social na área da saúde mental. Este facto radica numa rejeição dos objetivos da saúde mental comunitária consagrados no Plano Nacional de Saúde Mental por parte das administrações dos hospitais gerais, porque essa filosofia se opõe à filosofia de intervenção hospitalar, essencialmente institucional e não comunitária. Esta visão alimenta-se de um modelo de financiamento baseado no número de doentes internados, e apenas nos atos realizados, o que impede que se valorizem outras formas de intervenção baseadas no seguimento ao longo da vida.

Também a precaridade dos vínculos laborais não permite a continuidade de cuidados e o acompanhamento ao longo da vida, nem a formação contínua dos profissionais numa área tão exigente tecnicamente como a saúde mental. A falta de qualificação específica dos assistentes sociais para trabalhar na saúde mental relaciona-se com esta instabilidade e não exclusividade do posto de trabalho.

As formas de registo e avaliação do trabalho dos assistentes sociais baseadas apenas em critérios quantitativos, como o número de atos realizados, o número de doentes atendidos, o número de protelamentos de alta, etc. (produtividade) e não em critérios qualitativos baseados nos valores da profissão e nas necessidades e visão dos utentes e das comunidades (qualidade) são fortemente penalizadoras para os assistentes sociais na área da saúde mental. Faltam indicadores de estrutura, de processo e de resultados apropriados e específicos para o Serviço Social que permitam valorizar e dar visibilidade ao seu trabalho na área da saúde mental.

O atraso da criação dos Cuidados Continuados de Saúde Mental, que inviabiliza o suporte social, a reabilitação e integração social dos utentes, tem sido um obstáculo ao desenvolvimento do processo de desinstitucionalização, e retira aos assistentes sociais um instrumento indispensável à promoção da autonomia e da participação social dos utentes. As respostas sociais já implementadas ao abrigo do Despacho Conjunto n.º 407/98 são claramente insufi-

cientes para cobrir as necessidades dos utentes e famílias, principalmente nas regiões do interior.

Atualmente, o maior desafio para os assistentes sociais é enfrentar a complexificação dos problemas sociais e das patologias mentais, que exige cada vez mais uma visão sistémica, em substituição do modelo biomédico, tanto na formação como na intervenção junto dos doentes e das famílias. Esta constatação implica o reconhecimento institucional da necessidade de formação especializada, em contexto académico ou profissional, tendo em conta, ainda, a emergência de novas áreas de intervenção, como por exemplo: a psico-educação das famílias, os Cuidados Continuados de Saúde Mental, o trabalho em rede com a comunidade, o *empowerment* individual e coletivo, a concretização dos direitos humanos (advocacia social). Implica também uma cooperação interdisciplinar fundada numa abordagem global dos problemas e na definição de competências próprias de cada grupo profissional e de competências partilhadas desenvolvidas por todos.

A oportunidade de investir na promoção da participação de utentes e famílias aos vários níveis — serviços locais de saúde mental, comissões consultivas, associações representativas de interesses, órgãos de planeamento e definição das políticas, grupos de investigação, e nos próprios processos de intervenção do assistente social — é um desafio à capacidade de partilhar o poder profissional e encarar os utentes e famílias como parceiros ativos e não já como recipientes passivos dos tratamentos e das decisões técnicas.

A construção de instrumentos e padrões de avaliação de qualidade, fundamentados nos princípios e objetivos do serviço social e na visão e interesses dos doentes/utentes, é uma proposta para substituir os atuais sistemas baseados apenas em resultados quantitativos, e exige também um aperfeiçoamento dos sistemas informáticos para que estejam ao serviço dos profissionais e não o contrário, transformando-se num peso burocrático que não deixa tempo para um atendimento personalizado, condição essencial para a relação de ajuda que é própria do Serviço Social.

## **12. Conclusão**

A relevância do Serviço Social na área da saúde mental assenta na importância dos determinantes sociais na saúde e na doença mental, e na necessidade de intervir para diminuir as desigualdades no acesso aos tratamentos, à reabilitação e à integração social. A sua identidade como profissão é predominantemente de carácter humanista e psicossocial, centrada nos valores da profissão

e na visão e necessidades dos utentes, consideradas como direitos. Tem em conta a complexidade dos problemas da saúde mental na sociedade. Por essa razão assume uma característica multidimensional que lhe permite intervir em múltiplos sistemas de ação.

O Serviço Social na saúde mental mantém os desígnios da profissão de promover a justiça social e os direitos humanos e ultrapassar as desigualdades que atingem as pessoas com doenças mentais. No contexto das políticas de saúde mental em Portugal e da sua vinculação ao respeito dos direitos humanos, pode ser também um instrumento para aumentar a sua participação e cidadania, de forma que sejam consideradas em primeiro lugar como cidadãos e sujeitos de direitos, e só depois como utentes.

Aumentar a cidadania significa uma perspetiva de inclusão e um movimento para ver para além das categorias e das etiquetas (famílias desestruturadas, pais negligentes, doentes mentais, sem-abrigo, ex-reclusos), porque a utilização de um serviço específico não pode definir a identidade das pessoas, nem o seu estilo de vida. Se os cuidados são necessários para aliviar o sofrimento e responder a necessidades de saúde, não são suficientes para promover a cidadania. É preciso abrir oportunidades, formar ou reconhecer competências que permitam aos utentes tomar o controlo das suas vidas e trabalhar com eles em articulação com as redes comunitárias. A cidadania inclui todos os direitos humanos, não só os direitos civis, sociais e económicos, mas também os direitos culturais, de liberdade, identidade e reconhecimento, pois só o conjunto de todos eles pode garantir a autodeterminação e a participação das pessoas com doenças mentais.

Como é que esta filosofia se aplica ao trabalho dos assistentes sociais na saúde mental?

- Apoiando a organização de utentes e de famílias em grupos de discussão, grupos de auto ajuda, associações, e a sua participação em órgãos consultivos quer nos serviços, quer ao nível das políticas (comissões de avaliação e de planeamento de serviços, conselhos consultivos do governo, comissões de acompanhamento de medidas, grupos de investigação).
- Desenvolvendo metodologias de rede que favoreçam o diálogo, a partilha de informação e a aprendizagem da participação, no contexto dos serviços e na comunidade.
- Estabelecendo articulações e parcerias com grupos da comunidade, com outros serviços, com base em preocupações co-

muns e objetivos e recursos partilhados, contribuindo para a diminuição do estigma.

É evidente que, sem mudanças estruturais, esta filosofia pode resumir-se apenas a isso, uma filosofia, e não chegar a ser uma prática. Mas as mudanças estruturais, políticas, legislativas também podem ser desencadeadas por um conjunto de práticas, se forem consistentes no tempo, coerentes entre si, articuladas com os atores sociais, e se corresponderem às necessidades reais das pessoas, das famílias, das comunidades.

É nessa realidade que os assistentes sociais se podem ancorar, no conhecimento direto que têm das condições de vida, das potencialidades e das aspirações dos seus clientes. Mas, para poderem ir mais longe e abrir novos caminhos, é preciso que se disponham à reflexão, à análise dos problemas, a novas soluções, a uma nova atitude de parceria com os seus clientes, numa perspetiva de *empowerment*, participação e promoção da cidadania.

## Referências

- Alves, A. e Rodrigues, N. (2010). Determinantes sociais e económicos da saúde mental. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 28 (2); 127-131. Recuperado de: <<http://www.elsevier.pt/pt/revistas/revista-portuguesa-saude-publica-323/sumario/vol-28-num-2-S0870902510X70018>>.
- Amaro, M. I. (2009). Identidades, incertezas e tarefas do serviço social contemporâneo. *Locus Social*, 2: 29-46. FCH – Universidade Católica Portuguesa. Lisboa.
- Bachrach, L. (2000). Ensinaamentos da experiência americana na prestação de serviços de base comunitária. In Leff, J. (org.) *Cuidados na Comunidade. Ilusão ou realidade?*, pp. 47-64. Climepsi Editores. Lisboa.
- Banks, S. (2001). Ética em fragmentos. In Mouro, H. *100 anos de serviço social*, pp. 101-124.: Quarteto Editora. Coimbra.
- Bisneto, J. A. (2005). Uma análise da prática do serviço social em saúde mental. *Serviço social e sociedade*, ano 26. 82: 110-130. Cortez Editora. São Paulo.
- Buchbinder, E., Eisikovits, Z., e Karnieli-Miller, O. (2004). Social workers' perceptions of the balance between the psychological and the social. *Social Service Review*, December, pp. 531-551. The University of Chicago.
- Buss, P. e Filho, A. (2007). A saúde e seus determinantes sociais. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 17 (1): 77-93. Rio de Janeiro.
- Decreto-Lei n.º 8/2010 de 28 de Janeiro. *Diário da República*, n.º 19, Série I.

- Faleiros, V. P. (2002). *Estratégias em serviço social*. Cortez Editora. São Paulo.
- Fazenda, I. (2008). *O puzzle desmanchado: Saúde mental, contexto social, reabilitação e cidadania*. Climepsi Editores. Lisboa.
- Fazenda, I. e Domingos, P. (2016). Serviço social na saúde mental, uma visão multidimensional. *Serviço Social na Saúde Mental*, Programa Nacional para a Saúde Mental e Associação dos Profissionais de Serviço Social (org.). Edição Direção Geral da Saúde.
- Fraser, N. (2002). A justiça social na globalização: Redistribuição, reconhecimento e participação. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 63: 7-20.
- Marmot, M. (2005). Social determinants of health inequalities. *The Lancet*. Vol. 365, March. pp. 1099-1104. Recuperado de: <<https://www.thelancet.com/action/doSearch?occurrences=articleTitle&searchText=Social+Determinants+of+health+inequalities&code=lancet-site&searchType=quick&searchScope=fullSite&journalCode=>>>.
- Ministério da Saúde (2010). Dec.-lei n.º 8/2010 de 28 de Janeiro. *Diário da República*, n.º 19.
- Morin, E. (2005). *Ciência com consciência*. Editora Bertrand Brasil. Rio de Janeiro.
- OMS (2010). Relatório da Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde, versão portuguesa: <[www.who.int/social](http://www.who.int/social)>(março 2015).
- ONU (2010). Da exclusão à igualdade: Reconhecendo os direitos das pessoas com deficiência. Manual para parlamentares. Edição do Ministério do Trabalho e Solidariedade Social.
- Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 (2008). Resumo Executivo, Coordenação Nacional para a Saúde Mental, Ministério da Saúde.
- Reichert, E. (2006). *Understanding human rights. An exercise book*. Sage Publications, Ltd. USA.
- Vásquez, J. e Almeida, J. (2004). Dossier OMS, Salud mental e derechos humanos: Un nuevo enfoque. *Átopos*. 1(2): 45-56.
- White, J. e McCollam, A. (2000). Service user's perspectives on social work activities for people experiencing mental health problems. In Ulas, M. e Connor, A. (org.). *Mental health and social work*. JKP. London.
- WHO (2012). Quality Rights Tool Kit, <[www.who.int](http://www.who.int)> (Outubro 2015).
- Vieira, I. (2015). *A participação. Um paradigma para a intervenção social*. Universidade Católica Editora. Lisboa.



## Política de saúde e Serviço Social: Um estudo sobre a intersectorialidade no município de Ituiutaba/MG – Brasil

LORRAINY DIAS MENDES\*

### Resumo

O artigo apresenta os resultados parciais da pesquisa que teve como objetivo analisar o Serviço Social na política de saúde e a intersectorialidade, no bairro Residencial Jardim Europa II do município de Ituiutaba/MG. A partir do método dialético, para um olhar de totalidade desta realidade, adota a abordagem qualitativa e coleta de dados em campo em questionário, tendo como sujeitos participantes os profissionais envolvidos no Serviço Social com as famílias. Os resultados mostram que o Serviço Social contribui de maneira efetiva para a saúde e o projeto profissional segue os princípios do SUS; mostram ainda que a legislação brasileira está coerente com a perspectiva intersectorial, apesar de os limites e desafios serem expressivos e distantes para a efetivação da intersectorialidade nas políticas públicas. Considera-se que o cenário contemporâneo exige o fortalecimento do trabalho intersectorial, como estratégia para efetivar o acesso aos direitos sociais da população.

**Palavras-chave:** Política de Saúde, Serviço Social, Intersectorialidade, Habitação.

### Abstract

*The article presents the partial results of the research, whose objective was to analyze the Social Service in the health policy and the intersectorality in the neighborhood Residencial Jardim Europa II, municipality of Ituiutaba/MG. Based on the dialectical method, looking at this reality as a whole, the research takes a qualitative approach. Field data collection is carried out through a questionnaire applied to Social Work professionals that work with the families. The results show that Social Work contributes directly to health and that the professional project follows the SUS principles; they also show that, although Brazilian legislation is consistent with the intersectoral perspective, the challenges to the effectiveness of intersectorality in public policies are significant. The current scenario requires the strengthening of intersectoral work, as a strategy to effect access to the social rights of the population.*

**Keywords:** Health Policy, Social Work, Intersectorality, Housing.

---

\* Mestre em Serviço Social pela Faculdade de Ciências Humanas e Sociais - UNESP - França/Brasil. Membro do Grupo QUAVISSS - Grupo de Estudos e Pesquisas sobre Política de Saúde e Serviço Social.

## 1. Introdução

O presente artigo apresenta os resultados parciais da pesquisa no mestrado do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Estadual Paulista – UNESP, Campus Franca/SP – Brasil, tendo como tema central Política de Saúde, Serviço Social e Intersetorialidade. O interesse pelo tema nasceu das vivências e inquietações da pesquisadora desde a graduação em Serviço Social, com o estágio supervisionado na área da saúde do município de Ituiutaba/MG, e mostrou os desafios para a implantação da política de saúde, sobretudo do acesso dos usuários aos serviços, tendo revelado a necessidade do trabalho intersetorial.

O Serviço Social brasileiro apresenta um Projeto Profissional fundamentado nos princípios da universalização das políticas públicas, democratização dos espaços institucionais, erradicação das desigualdades sociais, equidade, liberdade, e outros na direção da efetivação do acesso aos direitos sociais. O Projeto Ético-Político Profissional do Serviço Social, construído e legitimado pelo debate da categoria, assinala o compromisso com os interesses e as necessidades da classe trabalhadora brasileira. Contudo, para Netto (1999), antagônico ao projeto defensor do neoliberalismo que privatiza o público, promove o sucateamento dos serviços públicos, o enxugamento do papel do Estado e a focalização das políticas sociais.

As proposições do Projeto Ético-Político do Serviço Social estão articuladas ao Projeto da Reforma Sanitária brasileira, visando efetivar a universalização do acesso à saúde com qualidade. Para Bravo e Matos (2004) são projetos que enunciam princípios e diretrizes para a construção de relações democráticas, com base na liberdade e participação ativa dos sujeitos sociais, para a ruptura com práticas autoritárias, centralizadoras e assistencialistas.

A atuação da pesquisadora como assistente social, a partir de 2015, no setor de habitação da Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social de Ituiutaba/MG tinha como proposta desenvolver o Projeto de Serviço Social com as Famílias do bairro Residencial Jardim Europa II, beneficiadas pelo Programa Minha Casa, Minha Vida (PMCV). A experiência profissional permitiu a identificação de problemas complexos que perpassam a política de saúde, os quais estão articulados ao meio ambiente, condições de moradia, renda, educação, serviços básicos na comunidade, ligados diretamente à saúde. Outro aspecto relevante relaciona-se com as transições políticas regressivas e conservadoras, hegemônicas no cenário contemporâneo e que se reproduzem na esfera municipal, que têm conduzido o desenvolvimento das políticas públicas

e cujas propostas são traçadas pelo sucateamento da saúde, privatização, focalização, permeadas pelas relações de poder determinadas pela reprodução do capital. Tais condições incentivaram o aprofundamento da análise da relação da intersetorialidade na saúde, abrangendo aspectos relacionados com a política de habitação.

O Projeto de Serviço Social com as Famílias teve início em 2015, para a estruturação dos equipamentos sociais no Residencial, com ênfase nos serviços de infraestrutura, moradia, saneamento básico, saúde, educação, lazer, exigindo a articulação das políticas públicas e o trabalho intersetorial. A estrutura do Projeto orienta a perspectiva intersetorial para o planejamento conjunto, a otimização de recursos, a organização do espaço coletivo, visando o desenvolvimento da autonomia e a melhoria da qualidade de vida. Esta experiência demonstrou que a intersetorialidade é fundamental no desenvolvimento das políticas públicas, em especial, da política de saúde como área de interesse central da pesquisa.

O município de Ituiutaba situa-se na região sudeste do Brasil, no estado de Minas Gerais, com uma população estimada em 103.945 habitantes (Ibge, 2016). Esta região é conhecida como Polo Regional do Pontal do Triângulo Mineiro, por ser referência na oferta de serviços a vários municípios. Sua localização geográfica, distante dos grandes centros urbanos do país, dificulta o acesso a recursos científicos, tecnológicos, formativos, entre outros, quando considerada a extensão do Brasil e suas diversidades locais e regionais. No desenvolvimento do estudo observou-se que são restritas as pesquisas e os estudos desta região, o que tornou necessário e relevante a ideia de compreender como a política de saúde está sendo implementada no interior do país.

Nesse sentido, o objetivo central da pesquisa foi analisar o Serviço Social na política de saúde e a intersetorialidade no Residencial Jardim Europa II do município de Ituiutaba/MG. Partiu-se do pressuposto que a intersetorialidade é uma estratégia importante para efetivação dos direitos dos usuários na política de saúde, assim como para a articulação de recursos, saberes, conhecimentos e experiências, buscando transformar o processo de precarização do acesso à saúde, por meio do compartilhamento de responsabilidades.

A partir do método dialético, para um olhar de totalidade desta complexa realidade, adotou-se a abordagem qualitativa e a coleta de dados em campo, tendo como participantes quatro profissionais envolvidos no Projeto Social com as Famílias. A pesquisa revelou as expressivas dificuldades na implantação das políticas públicas e os desafios para o enfrentamento do acesso aos

direitos, uma vez que a intersetorialidade se mostra como um instrumento importante no desenvolvimento das políticas sociais.

## **2. A política de saúde e a contribuição do assistente social**

Ao contextualizar historicamente a política de saúde no Brasil, verifica-se que, com a industrialização na década de 1930, houve o aprofundamento das desigualdades sociais e da exploração da classe trabalhadora. Neste período, a saúde estava condicionada apenas aos trabalhadores com registro em carteira, que contribuíam e estavam vinculados à previdência social. Portanto, para Iamamoto (2009) a intervenção do Estado no atendimento às necessidades sociais é transferida ao mercado e à filantropia, como alternativas aos direitos sociais. Assim, «O Serviço Social deixa de ser um mecanismo da distribuição da caridade privada das classes dominantes — rompendo com a tradicional filantropia — para transformar-se em uma das engrenagens da execução das políticas públicas e de setores empresariais, seus maiores empregadores» (Iamamoto, 2009, p. 172).

A política de saúde no Brasil surge como questão social a partir do século XX. Com a Reforma Carlos Chagas buscou-se a extensão dos serviços de saúde pelo país, onde foram elencados problemas adjacentes à higiene e a saúde do trabalhador, constituindo-se assim as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), com a Lei Elói Chaves em 1923 (Bravo, 2009). Neste sentido, o papel do Estado estava voltado para a manutenção da ordem social em benefício do capital, e os problemas de saúde tornam-se públicos a partir da organização do movimento operário. Na década de 1930, com o reflexo dos problemas econômicos, a saúde passa a ser questionada e associada ao interesse do setor privado (Mendes, 2014), e com o processo de industrialização acelerado torna-se necessário o reposicionamento do Estado frente às reivindicações da classe trabalhadora, originando assim, as políticas sociais.

Na década de 1930, a saúde é reivindicada e incentivada pelo sistema sindical dos trabalhadores, transformando-se as CAPs nos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPS), «com representação tripartite (empregadores, trabalhadores e governo)» (Simões, 2010, p. 126), que visava assegurar aos trabalhadores um plano de saúde. A partir da década de 1950, as corporações médicas articuladas aos interesses capitalistas defendiam a privatização por meio do Estado, apesar de os serviços de saúde serem realizados pelos IAPs.

Ao analisar a política social para Behring e Boschetti (2010, p. 25) «é revelador da interação de um conjunto muito rico de determinações econômicas,

políticas e culturais», com tensões políticas e societárias que além de formular, também cobrem as políticas sociais. A saúde rompe com o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e cria o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). Tal mudança resultou no Plano Nacional de Saúde que descentralizou a previdência e saúde e criou o Ministério da Saúde em 1953. Assim, até meados da década de 1960, a política de saúde era uma ação curativa e atendia o mínimo social, sendo dividida em saúde pública e medicina previdenciária, menciona Bravo (2009). Nesta perspectiva, com os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) as reservas eram destinadas aos serviços voltados à previdência, impulsionando as demarcações entre a assistência e previdência social.

No bojo do período ditatorial, entre os anos de 1964 a 1985, a saúde tinha «ênfase na prática médica curativa, individual, assistencialista e especializada» (Bravo, 2009, p. 94) Além disso, o Estado idealizava a regulamentação do poder sobre a sociedade em um processo de repressão, objetivando a acumulação do capital. «Interferência estatal na previdência, desenvolvendo um padrão de organização da prática médica orientada para a lucratividade do setor saúde, propiciando a capitalização da medicina e privilegiando o produtor privado desses serviços» (Bravo, 2009, p. 94).

Com o projeto liberal adotado pelo Estado a partir da década de 1970, que foi moldado a partir da redução da ação estatal, passou a ser priorizada a privatização dos serviços públicos com vista aos interesses econômicos e políticos incorporados ao capital. Evidenciando a política social no período de 1974 a 1979 como principal fator atuante sobre o enfrentamento da questão social. A tramitação dos direitos para o setor privado gera um processo de ruptura com a universalidade dos direitos, tornando-se «tendentes a aprofundar o traço histórico assistencialista e a regressão dos direitos sociais» (Iamamoto, 2009, p. 163). Assim, a política de saúde integra as tensões existentes ao interesse do Estado, bem como a disponibilização de recursos, a presença de ações curativas da Previdência Social e a incidência do movimento de Reforma Sanitária.

Na década de 1980, apesar da abertura e do processo de democratização política, o país vivenciou uma crise econômica profunda, relata Bravo (2009). A participação de novos sujeitos sociais é fundamental com relação à discussão de propostas do governo entre a sociedade, afirmando a democracia e assumindo uma dimensão política. Neste cenário, autores como profissionais da saúde, entidades sociais, movimentos de bairro, enfatizaram a ampliação do debate referente à saúde e a democracia para «universalização do acesso;

a concepção de saúde como direito social e dever do Estado; a reestruturação do setor através da estratégia do Sistema Unificado de Saúde visando um profundo reordenamento setorial com um novo olhar sobre a saúde individual e coletiva» (Bravo, 2009, p. 96). Portanto, o Projeto de Reforma Sanitária:

[...] tem como uma de suas estratégias o Sistema Único de Saúde (SUS) e foi fruto de lutas e mobilização dos profissionais de saúde, articulados ao movimento popular. Sua preocupação central é assegurar que o Estado atue em função da sociedade pautando-se na concepção de Estado democrático e de direito, responsável pelas políticas sociais e, por conseguinte, pela saúde. O projeto saúde articulado ao mercado ou a reatualização do modelo médico assistencial privatista, está pautado na Política de Ajuste que tem como principais tendências a contenção dos gastos com racionalização da oferta; descentralização com isenção de responsabilidade do poder central. A tarefa do Estado, nesse projeto, consiste em garantir um mínimo aos que não podem pagar, ficando para o setor privado o atendimento dos que têm acesso ao mercado (Bravo, 2009, p. 101).

A universalidade de direitos é fundamental para o SUS, e no cenário contemporâneo percebe-se uma política de saúde que está sujeita aos interesses econômicos, ocasionando a fragmentação e distanciando-se da integralidade, o que impulsiona sua privatização. Desse modo, o Estado atua a partir dos interesses da acumulação do capital e também das reivindicações da classe trabalhadora. Conforme mostra Yazbek (2014, p. 96), «O Estado é o garantidor do cumprimento dos direitos, responsável pela formulação das políticas públicas, expressando as relações de forças presentes no seu interior e fora dele».

Um dos marcos da saúde no Brasil foi a 8.<sup>a</sup> Conferência Nacional de Saúde (CNS) em 1986, onde foram destacados, segundo Ravagnani (2010), os seguintes aspectos: controle social, participação de partido, intelectuais e lideranças, relacionando fatores que são categóricos nas condições de vida com a percepção de saúde/doença. A partir da Constituição de 1988, a saúde é garantida como direito de todos e dever do Estado, por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), regulamentado pela Lei Orgânica da Saúde (LOS) n.º 8.080 de 19 de setembro de 1990 (Brasil, 1990), que tem caráter universal e integral.

A Constituição instaurou-se como forma de afirmar e enfrentar as desigualdades sociais, introduzindo «avanços que buscaram corrigir as históricas injustiças sociais acumuladas secularmente, incapaz de universalizar direi-

tos tendo em vista a longa tradição de privatizar a coisa pública pelas classes dominantes» (Bravo, 2009, pp. 96-97). Para a autora, apesar dos avanços e da implementação do Projeto de Reforma Sanitária, a burocratização induz ao questionamento e ineficácia da saúde, tende a afastar a população, despolitizando o processo universal da saúde. Este projeto de Reforma se divide em momento reformador e ora revolucionário que visa à saúde da população. Assim, são notórios os ataques do capital, no que tange à proteção social e ao atendimento das demandas da classe trabalhadora.

A implantação do SUS na década de 1990, apesar dos avanços, confronta-se com o projeto neoliberal e o modelo econômico consolidado no Brasil, contrário ao Projeto da Reforma Sanitária (Bravo; Matos, 2004), e tem sido responsável pelo sucateamento da saúde, comprometendo o avanço do SUS como política social. «A proposta de Política de Saúde construída na década de 80 tem sido desconstruída. A Saúde fica vinculada ao mercado [...] constatase que, além de se gastar mal, também se gasta pouco em saúde» (Bravo, 2009, p. 100). Neste cenário, o SUS enfrenta problemas que dificultam a sua efetivação, com o enxugamento do papel do Estado, sua não responsabilização, minimizando a atenção voltada para o atendimento das necessidades da classe trabalhadora.

O Conselho Federal de Serviço Social (CFESS, 2000) enfoca na Carta de Maceió, considerando que cabe ao assistente social a luta constante pela garantia de melhores condições de vida, a partir da democratização do Estado e da sociedade. Além disso, prevê a inclusão e fortalecimento de todos os direitos, como educação, saúde, trabalho, moradia, entre outros defendidos pela Constituição, tornando-se visíveis as controvérsias sobre a forma como é concedida à Seguridade Social, arraigada às disputas políticas, resultando assim as políticas sociais oriundas dos conflitos e conquistas da classe trabalhadora.

A atuação profissional crítica e propositiva do Serviço Social na saúde encontra limites expressivos, «a prática da maioria dos assistentes sociais não se remete ao projeto hegemônico, mas está hipotecada aos condicionantes político-institucionais que limitam suas escolhas», segundo Vasconcelos (2009, p. 253). Este é um desafio que a categoria profissional deve enfrentar, para a ruptura com o conservadorismo e o fortalecimento dos princípios que orientam o Projeto Ético-Político Profissional do Serviço Social brasileiro.

A disputa entre o Projeto Privatista e a Reforma Sanitária tem estimulado a dicotomia do Estado, que apresenta maior atenção ao projeto que dimensiona a focalização e desfinanciamento da saúde. Nesta disputa, o projeto he-

gemônico do Serviço Social torna-se preocupante, quanto ao distanciamento do objetivo profissional, que na saúde perpassa pelos determinantes sociais, econômicos e culturais que expressam o processo saúde-doença. O trabalho do assistente social deve considerar as condições apresentadas pelos usuários na saúde, para a ruptura com a fragmentação de sua ação, tornando fundamental a criação de estratégias profissionais norteadas pelo Projeto Ético-Político Profissional, na defesa da democratização dos espaços institucionais e da participação da comunidade. E, ainda, que proporcione a efetivação de direitos sociais na saúde, dimensionados «na prestação de serviços diretos à população, no planejamento, na assessoria, na gestão e na mobilização e participação social» (CFESS, 2014, p. 28).

Para Mioto e Nogueira (2009) a intersetorialização na saúde com as políticas sociais, enfocadas na prevenção e promoção da saúde, é fundamental para a ação profissional do assistente social. Portanto, a atuação deste deve estar articulada com o trabalho com a equipe de saúde, para fortalecer a atenção interdisciplinar e intersetorial, em especial, aos movimentos sociais, para estimular o controle social na saúde e efetivar os espaços que ampliem a articulação entre as políticas sociais, atuando na perspectiva de totalidade.

Conforme apresentado nos Parâmetros para Atuação do Assistente Social na Política de Saúde (CFESS, 2014, p. 37), os «conceitos são fundamentais para a ação dos assistentes sociais na saúde como a concepção de saúde, de integralidade, da intersetorialidade, de interdisciplinaridade, participação social». A atuação profissional na saúde está intermediada por eixos, cabendo destacar que o eixo da investigação, planejamento e gestão tende ao «fortalecimento da gestão democrática e participativa capaz de produzir, em equipe e intersetorialmente, propostas que viabilizem e potencializem a gestão em favor dos usuários e trabalhadores de saúde, na garantia dos direitos sociais» (2014, p. 58).

Ao priorizar o trabalho intersetorial, a partir das demandas da população, e não apenas das instituições, pode afirmar-se que: «No município, como espaço definido territorial e socialmente, é que se concretiza a integração e a ação intersetorial. Essa interação pode ser construída através de um processo dinâmico entre os sujeitos» (Giaqueto, 2010, p. 93). O que demonstra ser essencial à organização do Serviço Social «para que um projeto profissional se afirme na sociedade, ganhe solidez e respeito frente às outras profissões, às instituições privadas e públicas e frente aos usuários dos serviços oferecidos pela profissão» (Paulo Netto, 2009, p. 144). Portanto, a articulação da catego-

ria profissional com os movimentos sociais e o movimento dos trabalhadores é parte integrante do trabalho na saúde na perspectiva intersetorial.

### **3. O Serviço Social na saúde e a perspectiva intersetorial**

O trabalho intersetorial do Serviço Social na política de saúde é desafiante e fundamental. Orienta as ações no campo das políticas sociais e, uma «nova forma de gestão de políticas públicas que está necessariamente relacionada ao enfrentamento de situações concretas» (Yazbek, 2014, p. 98).

A efetivação do trabalho intersetorial requer a superação de inúmeros desafios: posicionamento e decisão política em favor ao redirecionamento da ação pública; estabelecimento de uma estrutura administrativa que viabilize a prática intersetorial; remanejamento de recursos financeiros e humanos para viabilizá-lo, criação de instrumentos de gestão apropriados ao novo arranjo; coordenação política e tecnicamente legitimada; criação de sistemas de informação interligados; estabelecimento de procedimentos de monitoramento e avaliação das ações integradas; dentre outros (Giaqueto, 2010, p. 90-91).

Para Mioto e Nogueira (2009), a intersetorialidade está associada à superação da fragmentação institucional e de conhecimento, é regida pela construção de políticas, as quais na saúde exigem a articulação de setores diferentes, respondendo integralmente aos problemas sociais. E «a intersetorialidade não é um fim e nem irá, por si, promover o desenvolvimento e a inclusão social, mas é um fator de sua viabilização enquanto ação do Estado» (Giaqueto, 2010, p. 92).

Desse modo, a intersetorialidade está associada à interdisciplinaridade, por «explicitar o caráter dialético que, neste texto, o prefixo ‘inter’ significa: como superação da setorialidade das políticas sociais e exigência de requalificação da disciplinaridade no conhecimento e na *práxis* dessas políticas» (Pereira, 2014, p. 25, grifo do autor).

A partir da década de 1970 foi apresentada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) a adoção da intersetorialidade no desenvolvimento das políticas sociais, visando a articulação e ações das políticas para «garantir mais eficácia e maior grau de efetividade às ações e programas nacionais e internacionais de atenção à saúde» (Ribeiro, 2014, p. 9). A intersetorialidade na saúde surge dentro do conceito ampliado posto no Projeto de Reforma Sanitária, considerando os determinantes sociais no processo saúde-doença, atuando com estratégias que visem ações sobre os problemas da sociedade, explica Mon-

nerat e Souza (2014). Assim, a intersetorialidade foi definida pela OMS como «articulação de ações de vários setores para alcançar melhores resultados de saúde» (Monnerat 2014, p. 43).

A própria intersetorialidade pode incorrer na armadilha de ser uma simples soma de programas e projetos, sem haver uma real estratégia conjunta de ação a partir do território. A lógica parte de um conhecimento comum sobre o lugar, contando com a participação dos sujeitos locais. Programas e projeto preestabelecidos ou elaborados em nível central, ‘de cima para baixo,’ podem ser pouco úteis na elaboração das políticas territoriais (Giaqueto, 2010, p.89).

Apesar de o trabalho intersetorial estar previsto na política de saúde, a efetivação desta proposta defendida pelo Projeto da Reforma Sanitária desde a década de 1980 tem sido condicionada pelo modelo privatista, fragmentado e centrado na doença.

A principal proposta da Reforma Sanitária é a defesa da universalização das políticas sociais e a garantia dos direitos sociais. Nessa direção ressalta-se a concepção ampliada de saúde, considerada como melhores condições de vida e de trabalho, ou seja, com ênfase nos determinantes sociais; a nova organização do sistema de saúde por meio da construção do SUS, em consonância com os princípios da intersetorialidade, integralidade, descentralização, universalização, participação social e redefinição dos papéis institucionais das unidades políticas (União, Estado, municípios, territórios) na prestação dos serviços de saúde, e efetivo financiamento do Estado (CFESS, 2014, p. 17).

No entanto, os problemas decorrentes das desigualdades sociais ocasionam a restrição quanto aos direitos e impõem «de forma inequívoca ao assistente social ações no sentido da promoção da cidadania, da construção e do fortalecimento de redes sociais e de integração entre as ações e serviços de saúde» (Miotto; Nogueira, 2009, p. 280). Ou seja,

[...] o sistema de saúde deveria centrar suas ações nas reais necessidades de saúde da população e articular ações intersetoriais com as demais políticas sociais que intervêm nas condições de vida da população, como é o caso da habitação, do saneamento, das condições de trabalho, da educação, assistência, previdência, acesso à terra etc (Costa, 2009, p. 311).

A perspectiva intersetorial deve superar a fragmentação das políticas sociais. Impõe uma nova relação entre Estado e cidadão, onde ambos participam como políticos e ativos «na identificação de problemas e na definição de soluções» (Pereira, 2014, p. 26). As práticas setoriais são práticas que impedem e dificultam a instrumentalização da intersetorialidade, auxiliam no entendimento dos problemas, distintas de ações isoladas, dizem Almeida, Monnerat e Souza (2014). A intersetorialidade é compreendida como «instrumento de otimização de saberes; competências e relações sinérgicas, em prol de um objetivo comum; e prática social compartilhada, que requer pesquisa, planejamento e avaliação para a realização de ações conjuntas», explica Pereira (2014, p. 23).

Neste sentido, na política de saúde, a intersetorialidade consiste na construção de «práticas emancipatórias de intervenção que possibilitam o exercício de direitos e resultam em sua garantia» (Ribeiro, 2014, p. 10), superando a fragmentação das políticas sociais. O exercício profissional da pesquisadora, no setor de habitação da Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social de Ituiutaba/MG, evidenciou que o crescimento da população ocasionado pela imigração no município e região amplia as demandas nos serviços. Isto coloca um grande desafio no desenvolvimento e gerenciamento das políticas sociais que atendem as demandas sociais, em especial na política de saúde, a qual está relacionada com as condições de vida da população diretamente ligadas ao trabalho, renda e moradia.

Para Vasconcelos (2003), a atenção à saúde se depara com questões voltadas principalmente para a distância entre os equipamentos de saúde, o que dificulta a vida dos usuários e a organização dos serviços de saúde. As demandas se intensificam, fazendo com que o atendimento fique centrado no modelo curativo, condicionado ao tratamento de doenças, ou seja, o atendimento pontual e emergente predomina.

A partir desta análise, reafirma-se que o Serviço Social na saúde deve ser organizado na perspectiva intersetorial e interdisciplinar, sobretudo, no conhecimento da legislação relacionada com os direitos sociais, como o direito à moradia do Programa Minha Casa, Minha Vida (PMCMV), sendo a principal Política Habitacional do Brasil para a população empobrecida brasileira. O Serviço Social no PMCMV:

[...] tem por objetivo proporcionar a execução de um conjunto de ações de caráter informativo e educativo junto aos beneficiários, que promova o exercício da participação cidadã, favoreça

a organização da população e a gestão comunitária dos espaços comuns; na perspectiva de contribuir para fortalecer a melhoria da qualidade de vida das famílias e a sustentabilidade dos empreendimentos (Brasil, 2011, p. 35).

A articulação entre as políticas públicas é a principal orientação para o Projeto de Serviço Social: «informações e acompanhamento sobre oferta e localização de serviços públicos essenciais de educação, saúde, lazer, segurança pública e assistência social e acompanhamento dos processos de transferência escolar e demais serviços de educação» (Brasil, 2011, p. 35). Neste sentido, torna-se necessário prever:

Equipamentos comunitários e serviços, existentes ou previstos, e respectivas capacidades de atendimento: creches ou escolas de ensino fundamental; Unidades Básicas de Saúde, Unidades de Pronto Atendimento ou hospitais; Centros de Referência de Assistência Social ou Centros de Referência Especializado de Assistência Social; equipamentos de lazer; linhas regulares de transporte público coletivo; comércio e serviços de caráter local (Brasil, 2011, p. 34).

Ou seja, as atividades consistem em priorizar a organização da associação de moradores, visando constituir uma representatividade para o bairro, estimular a autonomia das famílias por meio da capacitação e da profissionalização, desenvolver noções básicas «sobre higiene, saúde, doenças individuais e da coletividade [...] articulação com as políticas públicas de educação, saúde, desenvolvimento urbano, assistência social, trabalho, cultura, esporte, meio ambiente, entre outras» (Brasil, 2014, pp. 35-36). Portanto, o Serviço Social busca orientar as famílias quanto à aquisição do imóvel, estimular a participação das famílias através do trabalho socioeducativo, para o fortalecimento de vínculos sociais e associativos, com ações que dimensionem o acesso à saúde, geração de trabalho e renda, educação ambiental, sanitária e patrimonial.

#### **4. Os caminhos da pesquisa**

Minayo (2007) orienta que o objeto das ciências sociais é histórico, o que esclarece a escolha do método sócio-histórico que orienta este estudo, pois «não é apenas o investigador que dá sentido a seu trabalho intelectual, mas os seres humanos, os grupos e as sociedades dão significado e intencionalidade a suas ações objetivadas» (2007, p. 15). A escolha deste método imprime a visão so-

cial de mundo e o posicionamento ético-político da pesquisadora, uma vez que as motivações nasceram das inquietações e questionamentos da realidade. O referencial histórico dialético traz a possibilidade da compreensão e interpretação aproximada da realidade, através do entendimento da realidade como sendo dinâmica e em constante movimento.

A pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado, «trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis» (Minayo, 1996, p. 13). O pensamento de Martinelli (2000) aprofunda esta intenção, a pesquisa qualitativa é um exercício político porque trabalha com significados de vivências e de experiências, uma vez que não há nenhuma pesquisa qualitativa que se faça à distância de uma opção política. Esse é o sentido deste estudo articulado ao Projeto Ético-Político Profissional do Serviço Social e Projeto da Reforma Sanitária, no direcionamento de uma sociedade efetivamente democrática, com justiça social e respeito pelos direitos humanos.

Ao valorizar a atividade científica por meio da pesquisa, a contribuição de Guerra (2009) mostra que a profissão gera dados ligados às condições de vida da população, à reprodução das relações sociais, à implementação das políticas sociais. Assim, as informações das experiências desenvolvidas e socializadas podem contribuir para a elaboração de propostas mais apropriadas às necessidades sociais. A pesquisa é uma das formas de se produzir conhecimento, e Marsiglia (2009) ressalta como produção do conhecimento o exercício profissional do assistente social, o qual deve valorizar «o saber que se origina do fazer profissional» (2009, p. 383). Neste sentido, a partir das inquietações do exercício profissional da pesquisadora, o objetivo da pesquisa foi definido: analisar a política de saúde e a intersetorialidade no Serviço Social com as Famílias do PMCMV do bairro Residencial Jardim Europa II de Ituiutaba/MG.

O estudo foi desenvolvido mediante fonte de dados bibliográfica e documental e a coleta de dados em campo através do questionário e da observação participativa, os quais permitiram o aprofundamento da temática (Minayo, 2004). Os sujeitos participantes foram quatro profissionais envolvidos no Projeto Social com as Famílias, sendo que universo da pesquisa foi definido a partir do objetivo do estudo e pela proximidade da pesquisadora com a realidade social, ou seja, o exercício profissional no bairro Residencial Jardim

Europa II de Ituiutaba/MG, como um aspecto facilitador para aproximação com os participantes da pesquisa, coleta de dados e sistematização do conteúdo. A seleção da amostra e a escolha dos participantes seguiu as orientações de Deslandes (2007) para a pesquisa com abordagem qualitativa, para aprofundar o conhecimento e possibilitar uma reflexão sobre a política de saúde e a interdisciplinaridade.

No entanto, em razão do período eleitoral da administração municipal, foram encontrados diversos limites na coleta de dados, resistências e desafios, desde o primeiro contato com as Secretarias Municipais. Em decorrência dessas dificuldades, a pesquisa não ficou restrita aos assistentes sociais, primeira opção da pesquisa, estendendo-se coleta de dados aos demais profissionais atuantes no Projeto Social. Observou-se que as instituições ficam sujeitas às mudanças político-partidárias, comprometendo o trabalho nas políticas públicas, ações, programas e serviços, e as possibilidades de o funcionário analisar e refletir o próprio trabalho.

Neste sentido, a partir das possibilidades dadas pelo momento histórico, político e cultural, no processo de transição de governo municipal, aceitaram participar da pesquisa quatro participantes. Sujeitos envolvidos no trabalho do Residencial, são profissionais com formações diversas que realizam o trabalho nas Secretarias Municipais. Foi mantido sigilo das profissões para a não identificação dos participantes, assim como, o anonimato das suas falas e o seu perfil, com a devida descrição e compromisso ético com a sua identificação. O Projeto de Pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais – UNESP, e foi devidamente esclarecido e assinado o Termo de Consentimento Livre Esclarecido, com o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) de número 59657516.7.0000.

O recorte adotado na pesquisa foi a criação dos Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde de 2010 a 2016, período delimitado para facilitar a análise no Residencial Jardim Europa II. A referência nos Parâmetros é importante, pois: «A construção dessa abordagem no campo profissional pode encontrar resistências significativas e, portanto, a sua efetivação depende das respostas que os profissionais do campo da saúde possam dar para o avanço e consolidação do SUS» (Miotto; Nogueira, 2009, p. 239).

A organização e análise do conteúdo de todo o material seguiu a orientação de Minayo (2007), Neto (2007) e Deslandes (2007). A partir das falas surgiram categorias que foram significativas para a reflexão da temática proposta.

## 5. Os resultados a partir da participação dos sujeitos

O bairro Residencial Jardim Europa II do município de Ituiutaba é composto por 390 famílias, sendo que o número de moradores apresentado pelo setor de habitação está estimado em 1.500 pessoas em média, sendo este o universo da pesquisa. A importância do planejamento das atividades do Projeto do Serviço Social no Residencial deve se dar em três eixos: Mobilização, organização e fortalecimento social; Acompanhamento e gestão social da intervenção; e Educação ambiental e patrimonial e desenvolvimento socioeconômico. Tais eixos fundamentam-se no acesso à informação, orientação, acompanhamento social e ambiental, na tentativa de fortalecimento de vínculos a partir da articulação de políticas públicas, visando à qualidade de vida dos beneficiários. O conteúdo deve incluir a identificação, o diagnóstico socioterritorial atualizado da macroárea, objetivos, ações e estratégias para execução, estratégias de monitoramento, orçamento e o cronograma físico financeiro; e ações socioeducativas, orientação e socialização.

Marsiglia (2009) lembra a importância da análise de documentos elaborados pelo assistente social, «dirigida a textos escritos que podem servir como fonte de informação para a pesquisa: planos, programas, leis, decretos, artigos, atas, relatórios, ofícios, documentos, panfletos, etc.» (2009, p. 392). São fontes de dados para o planejamento, avaliação e reflexão do próprio trabalho.

Buscou-se com as entrevistas em questionário conhecer as concepções dos sujeitos relacionados com o desenvolvimento do Projeto Serviço Social com as Famílias, sendo que foram apresentadas as temáticas para reflexão e análise do trabalho. A partir das falas dos participantes, as categorias que foram significativas evidenciaram em seu conteúdo:

- A «concepção de saúde»: foi apresentada sua relação com o estado físico, mental, condições de trabalho, moradia, enfatizando a concepção ampliada de saúde, no entanto, a efetivação da concepção ampliada de saúde está distante no desenvolvimento das políticas públicas. É visível a ausência de empoderamento teórico associado ao cotidiano, bem como as atribuições e competências estendidas aos profissionais.
- A «realização do trabalho intersetorial»: os participantes afirmam que realizam este trabalho com as famílias, em especial porque a intersetorialidade está prevista nas atividades do Programa Minha Casa, Minha Vida e nas legislações vigentes que respaldam este trabalho. Porém, há dificuldades na efeti-

vação da intersetorialidade articulada principalmente à saúde. Ainda, enfatizaram a intersetorialidade em ações focadas a diferentes setores, não apontando aspectos que condigam com a real demanda e necessidade da população. Neste sentido, Giaqueto (2010) analisa a Política de Saúde e de Assistência Social e aponta que existem dificuldades no diálogo entre as áreas, como dos órgãos responsáveis — secretarias, prefeituras e outros —, em virtude da ausência de informações e da setorialização das políticas, que evidenciam sua fragmentação, o que implica na necessidade de efetivação da intersetorialidade.

- A proposta de «trabalho com as famílias no Residencial»: foi um dos aspectos mais importantes ressaltados para a garantia da qualidade de vida, de saúde e de habitação, e uma contribuição significativa dos profissionais. Os participantes refletiram sobre as ações desenvolvidas. Porém, para que este trabalho tenha continuidade, depende das condições físicas e econômicas, o que dificulta a integração das famílias no atendimento dos equipamentos sociais, que estão centralizados no município e distantes do Residencial. Foram citados como fatores que dificultam as ações, relacionados com o transporte, descarte e coleta do lixo, acesso a saúde, os quais impactam negativamente a qualidade de vida e de bem-estar social, físico e educacional das famílias do Residencial Jardim Europa II.
- Sobre «o trabalho em Redes e Instituições»: os desafios apresentados pelos participantes são expressivos e estão relacionados com aspectos que fragmentam o atendimento às famílias do Residencial e o seu acesso às políticas públicas. Sobretudo a articulação dos equipamentos sociais como creches, escolas, saúde, que foram apontadas como positivas e existentes no trabalho. No entanto, durante o exercício profissional da pesquisadora foram perceptíveis as inquietações dos moradores por dependerem da disponibilidade de vagas para atendimento nos equipamentos sociais de bairros adjacentes, cujo Projeto de Serviço Social conforme previsto na legislação se torna deficiente, por não fornecer o acesso adequado das famílias às políticas públicas.

- A «relação de trabalho intersetorial entre a política de saúde e habitação»: foi apresentada como inexistente, por não existirem propostas de trabalho dimensionadas para este modelo, e ainda a ausência de uma contrapartida e mediação dos gestores destas políticas. Quanto à relação intersetorial entre as políticas de habitação e saúde, é considerada precária, porém têm utilizado estratégias, a partir da intersetorialidade.

Os resultados evidenciam que o desenvolvimento do trabalho intersetorial na saúde com as demais políticas sociais requer o planejamento conjunto para definir o caminho a ser percorrido pelos profissionais. Sobretudo, a atuação intersetorial requer o esforço do diálogo de diferentes áreas e profissões, não devendo se basear em decisões pessoais e interferências político partidárias, mas sim em estratégias profissionais, institucionais, éticas e políticas. Acredita-se que para isso é fundamental o investimento em mecanismos democráticos e participativos, os quais favoreçam a articulação, a comunicação e relacionamentos. Inclusive, buscando a ruptura com a cultura institucional, no sentido de estabelecer novas relações entre os profissionais envolvidos, para que o trabalho seja efetivamente cooperativo e compartilhado, interdisciplinar e intersetorial.

Para além da construção das casas de habitação, é preciso investir nas relações com as famílias e suas necessidades sociais no Residencial Jardim Europa II. Compreendendo estas necessidades sociais em todos os aspectos que envolvem a vida destes participantes – relações, emoções, saúde, educação, transporte, assistência social, renda, trabalho, lazer.

## **6. Considerações finais**

O Serviço Social na saúde tem desafios expressivos para efetivar a atuação profissional na perspectiva intersetorial. Diante da desconstrução dos direitos sociais e do Sistema Único de Saúde, o Código de Ética Profissional e os Parâmetros são referências significativas para a direção do trabalho e fortalecimento do Projeto Ético-Político Profissional.

Aspectos centrados nas relações de trabalho dos profissionais da saúde e habitação precisam ser desconstruídos e reconstruídos cotidianamente, visando a integralidade no acesso da população às políticas de saúde articuladas com o trabalho intersetorial. Isso torna necessária uma educação permanente que articule profissionais, poder público e população, buscando compreender

a realidade de cada território. Neste sentido, é preciso pensar o desenvolvimento das políticas públicas efetivamente para atendimento das demandas da população, do bairro, dos indivíduos e da coletividade.

Outros pontos estão relacionados com as dificuldades para a intersetorialidade, como a falta de autonomia dos profissionais, a desarticulação dos setores e das profissões, o que impulsiona uma fragmentação das políticas, ocultando a sua integralidade. Portanto, o trabalho intersetorial é um desafio permanente que precisa ser reafirmado e reconhecido como prioridade na atuação do assistente social da saúde e profissionais das diversas áreas. Existe um trabalho intersetorial articulado com a saúde previsto nas Portarias que regem o Programa Minha Casa, Minha Vida e também nos Parâmetros para Atuação dos Assistentes Sociais na Saúde. Porém, além da interferência das gestões, é perceptível o descompromisso de alguns setores em propor alternativas que viabilizem este modelo de trabalho.

É notória a desarticulação e o descompromisso político com a garantia do acesso as políticas públicas, ocasionando um retrocesso às políticas sociais. A política de saúde está distante da intersetorialidade. Inegável a desarticulação das políticas e as estratégias para que estas sejam de fato determinadas para integralidade no atendimento às demandas. O sucateamento da saúde traz reflexões que possivelmente se espalham em outros municípios. Percebe-se o descaso com as famílias, onde gestores aceitam projetos que lhes proporcionem visibilidade, movidos pelo descompromisso com a efetivação de políticas que atendam as demandas de cada Residencial.

As tensões ocasionadas pelas interferências políticas impedem que os profissionais atuem respaldados no Projeto Profissional do Serviço Social, os quais são submetidos e impulsionados pela sobrecarga de trabalho e pela lógica neoliberal, com a fragmentação e focalização de políticas. É preciso prever políticas que atendam intersetorialmente e integralmente as necessidades sociais, visando a qualidade de vida. Nesta perspectiva, o Serviço Social tem atuado como mediador das expressões da questão social na saúde, tendo como papel a busca da saúde como política pública universal para a inclusão social. É fundamental que o assistente social tenha claras suas atribuições e competências, para que articule sua atuação na equipe de saúde, na execução de um trabalho socioeducativo, interdisciplinar e intersetorial.

Estas considerações demonstram a importância do estudo, da formação permanente e qualificada e, sobretudo, da pesquisa científica que aprofunde a análise a reflexão e busque respostas aos problemas de saúde, para que o

conhecimento científico contribua efetivamente com a melhoria da qualidade de vida da população.

## Referências

- Batalha, E., Dominguez, B. (2016, outubro). Alerta máximo contra retrocessos. *RADIS. SUS Esvaziado*, 169: 10-12. Rio de Janeiro.
- Conferência Nacional de Saúde, 8 (1986). Relatório Final. Brasília. Recuperado de: <[http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/relatorios/relatorio\\_8.pdf](http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/relatorios/relatorio_8.pdf)>.
- Presidência da República (1990). 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. Recuperado de: <[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm)>.
- Presidência da República (2011). Lei n.º 12.424, de 16 de junho de 2011. *Diário Oficial da União*. Brasília. Recuperado de: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2011-2014/2011/Lei/L12424.htm#art1](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Lei/L12424.htm#art1)>.
- Ministério das Cidades (2011). Portaria n.º 465, de 3 de outubro de 2011. Ministério das Cidades. Brasília.
- Bravo, M. I. S., e Matos, M. C. (2004). Reforma sanitária e projeto ético-político do serviço social: Elementos para o debate. In Matos, M. C., e Bravo, M. I. S. (eds.). *Saúde e serviço social*. Cortez Editora. Rio de Janeiro.
- Bravo, M. I. S., e Matos, M. C. (2009). Projeto ético-político do serviço social e sua relação com a reforma sanitária: Elementos para o debate. In Matos, M. C., e Bravo, M. I. S.. *Serviço social e saúde: Formação e trabalho profissional*, pp. 197-217. Cortez Editora. São Paulo.
- Conselho Federal de Serviço Social (2000). Carta de Maceió. Seguridade social pública: É POSSÍVEL! Maceió. Recuperado de: <[http://www.cfess.org.br/arquivos/encontronacional\\_cartas\\_maceio.pdf](http://www.cfess.org.br/arquivos/encontronacional_cartas_maceio.pdf)>.
- Conselho Federal de Serviço Social (2014). *Parâmetros para atuação de assistentes sociais na política de saúde*. DF. Brasília.
- Deslandes, S. F. (2007). A construção do projeto de pesquisa. In Neto, C. O., Minayo, M. C. S., Gomes, R., Deslandes, S. F. (eds.). *Pesquisa social: Teoria, método e criatividade*, pp. 31-50. Vozes. Petrópolis.
- Giaqueto, A. (2010). A descentralização e a intersetorialidade na política de assistência social. *Serviço Social e Saúde*, 9: 70-102. Campinas.
- Iamamoto, M. V. (2009). As dimensões ético-políticas e teórico-metodológicas no serviço social contemporâneo. In Mota, A. E, Bravo, M. I. S., Uchôa, R., Nogueira, V., Marsiglia, R., Gomes, L., Teixeira, M. (eds.). *Serviço social*

- e saúde: Formação e trabalho profissional*. 4.<sup>a</sup> edição, pp. 161-196. Cortez Editora. São Paulo.
- Marsiglia, R. M. G. (2009). Orientações básicas para a pesquisa. In Mota, A. E, Bravo, M. I. S., Uchôa, R., Nogueira, V., Marsiglia, R., Gomes, L., Teixeira, M. (eds.). *Serviço social e saúde: Formação e trabalho profissional*. 4.<sup>a</sup> edição, pp. 383-398. Cortez Editora. São Paulo.
- Mendes, E. V. (2013). 25 anos do sistema único de saúde: Resultados e desafios. *Estudos Avançados*, 78 27: 27-34. São Paulo.
- Minayo, M. C. S. (2007). Ciência técnica e arte: O desafio da pesquisa social. In Minayo, M. C. S., Neto, O. C., Gomes, R., Deslandes, S. F. (eds.). *Pesquisa social: Teoria, método e criatividade*. 26.<sup>a</sup> edição, pp. 9-30. Vozes. Petrópolis.
- Mioto, R. C. T., Nogueira, V. M. R. (2009). Sistematização, planejamento e avaliação das ações dos assistentes sociais no campo da saúde. In Mota, A. E, Bravo, M. I. S., Uchôa, R., Nogueira, V., Marsiglia, R., Gomes, L., Teixeira, M. (eds.). *Serviço social e saúde: Formação e trabalho profissional*. 4.<sup>a</sup> edição. Cortez Editora. São Paulo.
- Monnerat, G. L., Souza, R. G. (2014). Intersetorialidade e políticas sociais: Um diálogo com a literatura atual. In Monnerat, G. L., Almeida, N. L. T., Souza, R. G. (eds.). *A intersetorialidade na agenda das políticas sociais*, pp. 41-54. Papel Social. Campinas/SP.
- Neto, O. C. (2007). O trabalho de campo como descoberta e criação. In Minayo, M. C. S., Neto, O. C., Gomes, R., Deslandes, S. F. (eds.). *Pesquisa social: Teoria, método e criatividade*. 26.<sup>a</sup> edição, pp. 51-66. Vozes. Petrópolis.
- Paulo Netto, J. (2009). A construção do projeto ético-político do serviço social. In Mota, A. E, Bravo, M. I. S., Uchôa, R., Nogueira, V., Marsiglia, R., Gomes, L., Teixeira, M. (eds.). *Serviço social e saúde: Formação e trabalho profissional*. 4.<sup>a</sup> edição, pp.141-160. Cortez Editora. São Paulo.
- Pereira, P. A. P. (2014). A intersetorialidade das políticas sociais na perspectiva dialética. In Monnerat, G. L., Almeida, N. L. T., Souza, R. G. (eds.). *A intersetorialidade na agenda das políticas sociais*, pp.21-39. Papel Social. Campinas/SP.
- Ribeiro, V. M. C. (2014). Prefácio. In Monnerat, G. L., Almeida, N. L. T., Souza, R. G. (eds.). *A intersetorialidade na agenda das políticas sociais*. Papel Social. Campinas/SP.
- Rocha, R. L. (2016). Contra o colapso do SUS. *RADIS. SUS Esvaziado*, 169: 3. Rio de Janeiro.

- Sarreta, F. O. (2009). *Educação permanente em saúde para os trabalhadores do SUS*. Cultura Acadêmica. São Paulo.
- Simões, C. (2010). *Curso de direito do serviço social*. 4.<sup>a</sup> Edição. Cortez Editora. São Paulo.
- Vasconcelos, A. M. (2003). *A prática do serviço social: Cotidiano, formação e alternativas na área da saúde*. 2.<sup>a</sup> edição. Cortez Editora. São Paulo.
- Vasconcelos, A. M. (org.). (2004). Profissões de saúde, ética profissional e segurança social. *Saúde e Serviço Social*. Cortez Editora. São Paulo.
- Vasconcelos, A. M. (2009). Serviço Social e práticas democráticas na saúde. In Mota, A. E, Bravo, M. I. S., Uchôa, R., Nogueira, V., Marsiglia, R., Gomes, L., Teixeira, M. (eds.). *Serviço social e saúde: Formação e trabalho profissional*. 4.<sup>a</sup> edição, pp. 242-272. Cortez Editora. São Paulo.
- Yasbek, M. C. (2014). Sistemas de proteção social, intersetorialidade e integração de políticas sociais. In Monnerat, G. L., Almeida, N. L. T., Souza, R. G. (eds.). *A intersetorialidade na agenda das políticas sociais*, pp. 77-103. Papel Social. Campinas/SP.





## A saúde mental dos assistentes sociais em Portugal

SÓNIA MAFALDA PEREIRA RIBEIRO<sup>a</sup>

MARIA INÊS AMARO<sup>b</sup>

### Resumo

O presente estudo analisa a saúde mental dos assistentes sociais portugueses, bem como a sua relação com algumas variáveis demográficas e socioprofissionais. Recorreu-se ao método quantitativo, utilizando-se um questionário para a caracterização demográfica e socioprofissional dos assistentes sociais e à aplicação do General Health Questionnaire-28 (GHQ-28) para avaliar a sintomatologia psicopatológica. A partir dos resultados obtidos conclui-se que, segundo o GHQ-28, cerca de 18% dos assistentes sociais portugueses se encontram emocionalmente perturbados. As sintomatologias que apresentam em níveis mais elevados são a disfunção social, a ansiedade e a insónia. Os assistentes sociais que desejam mudar de local de trabalho, que desejam mudar de profissão, que apresentam insatisfação salarial, insatisfação com os objetivos institucionais, que estão sujeitos a uma elevada burocracia e a uma elevada pressão temporal apresentam níveis mais elevados em todas as sintomatologias e na escala total.

**Palavras-chave:** Assistentes sociais, Saúde mental, Perturbação emocional, Condições de trabalho dos assistentes sociais.

### Abstract

*The present study analyzes the mental health of Portuguese social workers, as well as its relationship with some demographic and socio-professional variables. Quantitative methods applied included a questionnaire for demographic and socio-professional characterization of social workers and the application of the General Health Questionnaire-28 (GHQ-28) to evaluate psychopathological symptomatology. From the results obtained it is concluded that, according to GHQ-28, approximately 18% of Portuguese social workers are emotionally disturbed. Their most significant symptoms are social dysfunction, anxiety and insomnia. Social workers who wish to change their workplace, who wish to change profession, who present dissatisfaction with their salary, dissatisfaction with institutional objectives, who are subject to high bureaucracy and high time pressures present higher levels in all symptoms and in the total scale.*

**Keywords:** Social Work, Mental health, Emotional distress, Social workers' work conditions.

---

<sup>a</sup> Doutorada em Serviço Social pela Universidade Católica Portuguesa. Docente na Universidade Lusófona do Porto e Diretora das Respostas Sociais na Santa Casa da Misericórdia de Vagos. Investigadora integrada do Centro de Investigação Católica Research Centre for Psychological, Family and Social Wellbeing (CRC-W). Email: soperib@gmail.com

<sup>b</sup> Doutorada em Serviço Social pela Universidade Católica Portuguesa. Professora auxiliar no ISCTE-IUL. Investigadora integrada do Centro de Investigação e Estudos em Sociologia (CIES-IUL).

## 1. Introdução

Num contexto macroeconómico comumente adjetivado como de globalização, de competitividade, de constante mudança dos mercados e de erosão dos valores, a integridade humana é cada vez mais afetada, com consequências no bem-estar, seja ao nível da vida pessoal, seja ao nível da vida profissional.

O estudo que dá origem a este artigo resulta de uma pesquisa de doutoramento em Serviço Social, intitulada «Os assistentes sociais e o *burnout* em Portugal: Resistência e exaustão do Serviço Social na contemporaneidade», desenvolvida na Universidade Católica de Lisboa. O contexto europeu dos últimos anos foi caracterizado por uma crise económica e financeira e pela implementação de um conjunto de políticas de austeridade que fragilizou/comprometeu a efetividade e robustez do Estado Social. Estas políticas comprometem as condições de vida da população, os seus direitos fundamentais e o suprimento das suas necessidades, principalmente nos grupos economicamente mais vulneráveis.

Esta «mudança societal afeta inevitável e penetrantemente a profissão nos seus princípios, valores, projetos de vida em sociedade que preconiza, mas também na sua identidade, funções e objeto» (Amaro, 2012, 23), pelo que, perante a alteração do contexto da sua prática profissional, o Serviço Social se encontra profundamente perturbado.

As condições da prática do Serviço Social modificaram-se drasticamente, configurando-se hoje como uma alavanca para o *stress* e para a insatisfação laboral. É improvável que um assistente social dominado pelo *stress* e insatisfeito consiga providenciar o melhor serviço a uma pessoa que se encontra numa situação de necessidade. As condições que se encontram atualmente na prática não estão em consonância com os ideais e com os valores que os assistentes sociais trazem para a prática do Serviço Social e é difícil perceber como é que estes valores se podem acomodar a esta realidade (Powell, 2001). As políticas de pendor neoliberal empurram a profissão para uma direção totalmente oposta aos princípios e valores do Serviço Social<sup>1</sup>. O managerialismo e a burocracia, os problemas sociais cada vez mais complexos, o afastamento do compromisso público com o *Welfare State* (que também dificulta a contratação de novos assistentes sociais), a carga de trabalho (fazer mais em menos tempo e com me-

<sup>1</sup> Perante esta política, os profissionais podem aceitar, acomodar-se ou resistir. Os que aceitam deixam *status*, os que se acomodam têm uma abordagem mais flexível (que de alguma forma pode resultar em resistência) e os resistentes exigem mudanças e alternativas, contrastantes com as medidas burocráticas (Dominelli, 2004).

nos recursos), o enfoque nos resultados, geram tensões, contradições e paradoxos com os quais é muito difícil lidar na prática. No livro *Social Workers are Facing Turbulent Times* (Dominelli & Hackett, 2011, p. 731), o Serviço Social é caracterizado como uma «*troubled and troubling profession*» (Dominelli, 2004, p. 1). Os assistentes sociais estão sujeitos a situações de cada vez maior complexidade, ambiguidade, diversidade, fragmentação, de incerteza e frustração (Parton, 1996). Da mesma forma, não têm muitas vezes recursos para efetuar as mudanças que consideram necessárias, pelo que podemos antecipar o *stress* adicional que o Serviço Social comporta (Adams et al., 2005).

Ao mesmo tempo, os próprios Assistentes Sociais são afetados pela pressão da competitividade e da qualidade dos vínculos laborais, vivenciando situações de precarização, de fragmentação e de despedimento (Amaro, 2012; Faleiros, 2001), o que está em consonância com os modos de produção/especialização flexível (Dominelli, 2004).

A progressiva desaceleração do investimento nas políticas sociais, os processos de privatização (transferência para a sociedade civil – terceiro setor), bem como as alterações no mundo laboral, conduziram a uma redução no campo ocupacional e funcional do Serviço Social. Neste sentido, Montañó (1997) e Iamamoto (2000) falam-nos em *refilantropização* do Serviço Social, assinalando que a privatização das políticas sociais conduz à sua descoordenação e fragmentação, uma vez que passam a ser realizadas por instituições particulares e a ser destinadas a pequenas parcelas populacionais. Isto implica, também, que os assistentes sociais realizem uma prática descoordenada, com uma intervenção espacial e populacional reduzida (Montañó, 1997). «Ao serem particularizados pelos critérios das organizações não governamentais, o atendimento e serviços fazem-se dentro de padrões definidos na particularidade das organizações e não com referenciais públicos universais» (Faleiros, 2001, 338).

No terceiro setor registam-se várias tendências: precarização do trabalho (instabilidade, insegurança, subcontratos e baixos salários); atribuição de funções de coordenação da instituição; confusão de cargo com profissão (tais como diretora, técnica social); não reconhecimento profissional com as suas especificidades, mas atribuição de outras funções de modo a obter-se o que se considera maior produtividade/lucro; imposição de ações e papéis cada vez mais multifacetados, com uma maior polivalência; realização de uma prática direcionada para a resolução imediata das problemáticas sociais; e o trabalho em equipa, no qual o assistente social partilha atividades com outros profissionais, podendo contribuir para a diluição de particularidades profissionais (Duarte, 2010).

Paralelamente, existe uma tendência no Serviço Social para que o relacionamento empático seja substituído pela burocracia e managerialismo, abrindo espaço para a despersonalização e ignorando a imprevisibilidade e a complexidade da vida dos indivíduos. O risco nesta propensão é o da insensibilidade do olhar profissional, que se torna desajustado às circunstâncias individuais e nega a necessidade de apreciação/julgamento profissional mais profundo em situações de alto risco (Wilson et al., 2011). Dustin (2007) fala em *McDonaldization* do Serviço Social<sup>[2]</sup>, e diversos autores, entre os quais Jordan e Jordan (2000), Hoven (2002) ou Dominelli (2004), chamam a atenção para esta tendência de redução do Serviço Social a tarefas administrativas, falando estes últimos em «taylorização» do Serviço Social.

O managerialismo tem colocado dificuldades aos assistentes sociais, deixando-os desiludidos com a profissão e causando um *stress* que, permanecendo silenciado, perpetua um clima de medo no local de trabalho (Dominelli, 2004). Muitos profissionais revelam considerar que a agenda que lhes é imposta não é a mais relevante e sentem-se assoberbados pelo trabalho burocrático (*paperwork*) que, como efeito colateral, lhes retira autonomia. Sentem-se desvalorizados pelos governantes, entidades empregadoras e pelo público em geral (Munro, 2004; Wilson et al., 2011).

Este contexto contribui para que o Serviço Social vivencie uma situação de desprofissionalização, colocando em risco a sua integridade identitária (Midgley, 2001; Dominelli, 2004; Webb, 2007; Amaro, 2009). Dominelli (2004) salienta que a desprofissionalização é o resultado dos imperativos managerialistas, que colocaram no Serviço Social as exigências das relações fordistas de produção, nomeadamente na simplificação de tarefas complexas em tarefas rotineiras, que podem ser realizadas por outros agentes, muitas vezes não qualificados. Recorre-se a *checklists*, a guias de procedimentos e a esquemas de gestão de riscos que não necessitam de *expertise* para serem aplicados. Banks (2001) afirma mesmo que a maior ameaça ao Serviço Social ocorre da tendência crescente do desenvolvimento de regras, procedimentos e diretrizes governamentais ou de instituições que limitam as decisões e substituem os valores profissionais. O clima burocrático em que o Serviço Social está envolvido não conduz a uma prática reflexiva, pelo contrário, antagoniza-a, marginaliza o pensamento e os sentimentos, privilegiando as dimensões do fazer.

---

<sup>2</sup> A autora considera válida a tese da *McDonaldization* (processo em que os princípios dos restaurantes *fast food* estão cada vez mais a dominar a sociedade) do Serviço Social, chamando a atenção para esta tendência de redução do Serviço Social à realização de tarefas.

Pelo contrário, é o conhecimento relacional e reflexivo que assegura uma prática holística, informada, evitando a necessidade de o profissional adotar um comportamento profissional defensivo (Dominelli, 2004; Wilson et al., 2011).

Desta forma, ao mesmo tempo que é solicitada a promoção da autonomia e da individualização, da personalização da intervenção, é também solicitada a objetividade instrumental (com inúmeros guias/manuais de procedimentos) e respostas padronizadas que dificultam os aspetos mais subjetivos da intervenção (Amaro, 2012) e que tiram voz aos indivíduos (Faleiros, 2001). Os fenómenos sociais são constantemente desconstruídos, questionados e avaliados, sujeitos à crítica e à mudança, exigindo-se ao Serviço Social a capacidade de trabalhar com a ambiguidade de contextos e com a incerteza dos resultados (Parton & O'Byrne, 2000), ao mesmo tempo que realiza uma intervenção como se tivesse a certeza da prática (Dominelli, 2004).

Dominelli (2004) refere que o papel e o lugar do Serviço Social estão a ser fortemente contestados a vários níveis: por outros profissionais, na medida em que o consideram vago; pelos legisladores, que consideram que a profissão falha no controlo das populações desviantes; pelos beneficiários do serviço, que referem as dimensões coercivas e opressivas das práticas; e por académicos e gestores, que salientam a sua fragilidade técnica. O Serviço Social vivencia, neste contexto, uma *crise de confiança*, pois «*frontline/direct practice becomes increasingly stressful, hopeless and unrelentingly demanding*» (Noble, 2004, p. 299).

É este o pano de fundo que enquadra os dilemas, as mudanças, as incertezas, a crise de confiança, a burocracia, as tensões, que contribuem para sentimentos de frustração, de insatisfação profissional, e de exaustão profissional, que se podem repercutir em mal-estar psicológico.

## **2. Método**

Assim, tendo como principal objetivo analisar a saúde mental dos assistentes sociais portugueses, consideramos que a lógica hipotético-dedutiva, com carácter quantitativo, surge como a mais correta (Blaikie, 2000). A opção por este tipo de pesquisa tem por objetivo garantir uma maior precisão na análise e interpretação dos resultados, aumentando a margem de confiabilidade quanto às inferências dos resultados encontrados. O método de investigação quantitativo traduz-se por um processo sistemático de recolha de dados observáveis e quantificáveis, e está essencialmente ligado à formulação de hipóteses explicativas, ao controlo de variáveis, à verificação ou rejeição das hipóteses

mediante uma recolha rigorosa de dados, sujeitos a uma análise estatística (Carmo e Ferreira, 1998).

De forma a avaliar a saúde mental dos assistentes sociais portugueses, utilizámos o questionário desenvolvido por Goldberg e Hillier (1979), denominado *General Health Questionnaire-28* (GHQ-28). É um inventário de autorresposta, onde o indivíduo classifica o grau em que cada problema o afetou nas últimas semanas. Trata-se, de um recurso avaliativo da saúde mental (apropriado para avaliar a saúde mental ou o bem-estar psicológico). Nas palavras dos autores do questionário (Goldberg e Hillier, 1979), o GHQ foi concebido para identificar quer a incapacidade para realizar as atividades que são usuais numa pessoa saudável, quer o aparecimento de fenómenos stressantes novos. Não visa detetar traços estáveis, mas sim quebras no funcionamento usual. De acordo com os autores da escala, este questionário não permite, por si só, estabelecer um diagnóstico clínico. A versão por nós selecionada é a que foi estudada por Ribeiro e Antunes (2003). É constituída por 28 itens que analisam várias dimensões da saúde mental, distribuídos por quatro fatores que avaliam os distúrbios psiquiátricos não psicóticos: sintomas somáticos, ansiedade e insónia, disfunção social e depressão grave.

No que respeita à consistência interna, o nosso estudo apresenta, para o total da escala, um *Alpha de Cronbach* de 0.94; um coeficiente de Guttman Split-half de 0.77; e um coeficiente de Spearman-Brown de 0.81. Relativamente aos valores de *Alpha de Cronbach* com um dos itens excluídos, os valores variam entre 0.938 (item 14) e 0.943 (item 25). Assim, a eliminação destes itens não traz grandes alterações, mantendo-se o valor de *Alpha*.

No quadro seguinte podemos analisar a comparação do nosso estudo com outros dois estudos portugueses, relativamente aos resultados da fiabilidade da escala.

**QUADRO 1.** Coeficientes Alpha de Cronbach para GHQ-28

Coeficiente de fiabilidade do GHQ-28	Ribeiro e Antunes (2003) n=60	Monteiro (2011) n=171	Estudo atual n=550
Escala Total	0.94	0.92	0.94
Sintomas Somáticos	0.85	0.83	0.88
Ansiedade e Insónia	0.88	0.87	0.91
Disfunção Social	0.83	0.87	0.87
Depressão Grave	0.89	0.84	0.88

Os três fatores apresentam bom índice de consistência interna. O fator Sintomas Somáticos apresenta um *Alpha* de *Cronbach* de 0.88, a Ansiedade e Insónia 0.91, a Disfunção Social 0.87 e a Depressão Grave 0.88.

As correlações entre as subescalas revelaram-se estatisticamente significativas ( $p < .001$ ). No nosso estudo, as correlações entre as dimensões apresentam valores moderados, como se pode comprovar no quadro abaixo.

**QUADRO 2.** Coeficientes de correlação para as subescalas do GHQ-28

	Sintomas Somáticos	Ansiedade e Insónia	Disfunção Social	Depressão Grave
Sintomas Somáticos	1			
Ansiedade e Insónia	0.735	1		
Disfunção Social	0.559	0.537	1	
Depressão Grave	0.497	0.554	0.446	1

Relativamente à validade do constructo, foi realizada uma análise fatorial confirmatória. Estudámos o valor de medida de adequabilidade através do *Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy* (KMO) e do teste de *Bartlett*. Encontramos um KMO de 0.94 e, no teste de *Bartlett*, um valor significativo inferior a 0.001. Assim, uma vez que ambos apresentam valores aceitáveis, existem condições para a realização de uma análise fatorial.

Foi, então, realizada uma análise fatorial confirmatória dos 4 fatores do GHQ-28 que explicam 61.52% da variância total, com o Fator I a explicar uma variância de 39.93% e com um *Eigenvalue* de 11.182; o Fator II explica uma variância de 9.63%, com um *Eigenvalue* de 2.69; o Fator III explica uma variância de 7.73%, com um *Eigenvalue* de 2.164; por fim, o Fator 4 explica uma variância de 4.23%, com um *Eigenvalue* de 1.18. Desta forma, confirmam-se as 4 subescalas constituintes do GHQ-28.

Fez-se a rotação *varimax* dos componentes principais, o que permitiu confirmar a estrutura dos itens pelos fatores, o que é coincidente com o *General Health Questionnaire – 28*. O Fator I engloba todos os itens da subescala Ansiedade e Insónia; o Fator II engloba todos os itens da subescala Disfunção Social; e o Fator III coincide com a subescala Sintomas Somáticos; e o IV com a Depressão Grave.

Desta forma, concluímos que o GHQ-28 apresenta boas características psicométricas, uma boa consistência interna, com a confirmação da análise fatorial.

A recolha de dados foi realizada através de questionários *online*, utilizando a ferramenta *GoogleDocs* (formulários) para o inquérito *online*. Para a constituição do grupo de estudo, começámos por contactar a Associação de Profissionais de Serviço Social (APSS) para a colaboração na recolha de dados. A APSS aceitou associar-se a este projeto de investigação pelo que demos início à recolha dos dados junto dos assistentes sociais.

Num primeiro momento, datado de 14 de janeiro de 2014, a APSS procedeu ao envio de mensagem eletrónica a todos os seus associados a solicitar àqueles que se encontravam a exercer a profissão que até 31 de janeiro respondessem ao preenchimento do inquérito *online* elaborado no âmbito desta investigação. Em 10 de fevereiro tinham respondido ao inquérito 186 sujeitos. Perante o insuficiente número de respostas obtidas, a 11 de fevereiro, a APSS solicita a todos os assistentes sociais que se encontram a exercer a profissão em Portugal, através da sua página de *Facebook*, que respondam ao nosso inquérito. Com a partilha deste estudo por várias páginas do *Facebook*, recorreu-se à técnica bola de neve, em que se solicita aos assistentes sociais que preencheram o inquérito que o divulguem a outros, que, por sua vez, poderão também levar a outros elementos, formando cadeias (Frank e Snidjers, 1994). Cada indivíduo ativa as suas redes sociais, solicitando-se que facilite o contacto com o próximo assistente social a inquirir. Em 14 de março tinham respondido ao inquérito 571 sujeitos, pelo que nessa data se encerrou o inquérito. Assim, a recolha da amostra decorreu no período compreendido entre 14 de janeiro e 14 de março de 2014.

A amostra utilizada para o presente estudo é constituída por assistentes sociais que se encontram a exercer em Portugal (único critério de inclusão na amostra). Não se conhecendo o número dos assistentes sociais portugueses, recorreremos à prospeção realizada por Branco (2009). De acordo com este autor, em 2009, os diplomados e licenciados em Serviço Social em Portugal totalizavam 14.875. Com base neste número, procedemos à aplicação da fórmula para populações finitas e para a variável qualitativa, para obter uma dimensão mínima da amostra. Neste sentido, o tamanho mínimo da amostra obtida através da fórmula para populações finitas e variável qualitativa<sup>3</sup> é de 375

<sup>3</sup>  $n = \frac{Z^2 p(1-p) N}{(e^2(N-1) + Z^2 p(1-p))}$ , onde  $N$  representa o tamanho da população,  $Z$  é a abcissa da normal padrão (1.96 para um grau de confiança de 95%), e indica o erro amostral e  $p$  é a estimativa

assistentes sociais. Este número está de acordo com aquele que é considerado como adequado por Tabachnick e Fidell (2007), nomeadamente 300 sujeitos. Trata-se de uma amostra de conveniência ou acidental (Fortin, 2000; Polit et al., 2006), tentando-se ter uma representação significativa, com o maior número possível de inquiridos (Polit & Hungler, 1995).

Dos 571 inquéritos recebidos, 21 foram considerados nulos pelo facto de os inquiridos, apesar de se intitularem assistentes sociais, afirmarem não serem licenciados em Serviço Social. Sendo assim, a amostra deste estudo é constituída por 550 assistentes sociais.

A amostra é maioritariamente constituída por sujeitos do género feminino (94.2%), cujas idades se situam entre os 21 e os 61 anos, com uma média 35 anos. Predominam os casados/união de facto (com 57.3%), seguidos dos solteiros, com 36.4%. Os divorciados e viúvos são relativamente pouco representados (5.8% e 0.5%, respetivamente). Face às habilitações literárias, a maioria dos sujeitos da amostra apresenta como habilitações literárias a licenciatura (61.1%), seguida da pós-graduação (23.1%). Somente 15.8% prosseguem os estudos para além da pós-graduação e 1.1% efetuou o doutoramento. Relativamente ao serviço em que os assistentes sociais trabalham, 59.6% trabalham no setor privado e os restantes 40.4% trabalham no setor público.

Cerca de 44% dos assistentes sociais portugueses referem sentir uma pressão elevada ou muito elevada para terminar o trabalho, enquanto somente 9.6% refere sentir nenhuma, muito baixa ou baixa pressão temporal. Sensivelmente 35% dos assistentes sociais referem sentir uma pressão temporal média para terminar o trabalho. Face ao nível de burocracia a que estão sujeitos, 43% consideram que é elevado, 33.1% consideram que é médio, enquanto 19.6% consideram que é muito elevado. Isto é, 62.9% dos assistentes sociais consideram que o nível de burocracia a que estão sujeitos é elevado ou muito elevado, enquanto somente 4% considera que este é baixo ou muito baixo.

Somente 8.9% dos assistentes sociais portugueses afirmam estar satisfeitos com o salário, 22.7% encontram-se razoavelmente satisfeitos e 68.4% afirmam não se sentir satisfeitos com o salário auferido. Relativamente à satisfação com os objetivos institucionais, constatamos que 35.5% dos assistentes sociais portugueses se encontram satisfeitos com os objetivos institucionais, 34.9% encontram-se razoavelmente satisfeitos e 29.6% não se encontram satisfeitos com os objetivos institucionais.

---

da proporção de um dos níveis da variável de referência (Pocinho, 2009).

Face à questão relativa ao desejo de mudança de local de trabalho, 56.4% respondeu afirmativamente e os restantes negativamente. Relativamente ao desejo de mudança de profissão, cerca de 26% respondeu afirmativamente. Se comparamos estes dados com os dos enfermeiros, constatamos que 22.2% dos enfermeiros pretende mudar de local de trabalho e somente 9.4% é que pretende mudar de profissão, apresentado, assim, este grupo profissional percentagens mais baixas do que o dos assistentes sociais (Queirós, 2005).

### **3. Resultados e sua discussão**

Como já analisámos anteriormente, o General Health Questionnaire é constituído por 28 itens que analisam várias dimensões da saúde mental, distribuídos por quatro fatores que avaliam os distúrbios psiquiátricos não psicóticos: sintomas somáticos, ansiedade e insónia, disfunção social e depressão grave. Cada fator engloba sete itens, integrando cada um deles uma escala ordinal de quatro posições, tendo nós optado pela variação de 0 a 3 pontos. Desta forma, a pontuação de cada subgrupo varia entre 0 e 21 e a pontuação total da escala pode variar entre 0 e 84 pontos. Quanto mais a pontuação se aproxima de 0, menor é a probabilidade de deterioração psicológica, logo maior será o bem-estar psicológico dos assistentes sociais portugueses (isto é, menores são os problemas de funcionamento normal na realização das tarefas do dia a dia). Para os pontos de corte utilizámos os valores sugeridos pelos autores da escala, facilitando, também, a comparação com outros estudos – valor 5/6. Procedemos à soma dos valores dos itens (valores totais) e dividimos pelo número de itens de cada dimensão (7). Assim, uma nota acima do ponto de corte 5/6 é indicadora da probabilidade de se tratar de um caso de psiquiatria. Os resultados deste questionário podem ser analisados pelos scores totais da escala e pelos valores das 4 subescalas. No entanto, não é possível fazer um diagnóstico psiquiátrico específico das subescalas, apenas sendo possível identificar as subescalas que são proporcionalmente mais elevadas do que as outras.

Como podemos constatar no quadro seguinte, a sintomatologia que apresenta um valor mais elevado é a Disfunção Social seguida da Ansiedade e Insónia (com valores similares de 8.15 e 8.14 respetivamente). Com o valor de 7.11 surge os Sintomas Somáticos e com um valor mais diminuto a Depressão Grave (2.94).

**QUADRO 3.** Distribuição Estatística do GHQ-28

G.H.Q.-28	Média	Desvio-Padrão	Amplitude Possível
Sintomas Somáticos	7.11	4.43	0-21
Ansiedade e Insónia	8.14	4.97	0-21
Disfunção Social	8.15	3.24	0-21
Depressão Grave	2.94	3.83	0-21
Escala Total	26.00	13.59	0-84

De forma a melhor interpretar os dados, comparamos no quadro seguinte os dados obtidos no nosso estudo com o de outros dois: (1) estudo efetuado por Ribeiro e Antunes (2003), cujas subamostras são constituídas por indivíduos da população geral (não doentes) e por indivíduos doentes (grupo com tuberculose); (2) e o estudo de Sá (2008) realizado com uma amostra de 416 enfermeiros.

**QUADRO 4.**

Médias das subescalas avaliadas pelo GHQ-28 nos estudos de Ribeiro e Antunes (2003), e Sá (2008)

Subescalas do GHQ-28	Média			
	No nosso estudo n = 550	Em enfermeiros (Sá, 2008) n = 416	Grupo não doentes (Ribeiro e Antunes, 2003) n = 30	Grupo de doentes (Ribeiro e Antunes, 2003) n = 30
Sintomas Somáticos	7.11	6.0	5.00	10.36
Ansiedade e Insónia	8.14	5.8	5.04	9.66
Disfunção Social	8.15	6.9	7.93	11.33
Depressão Grave	2.94	1.6	2.23	7.20

Os assistentes sociais portugueses apresentam valores mais elevados de somatização, de ansiedade e insónia, disfunção social e depressão grave do que o grupo profissional de enfermeiros portugueses. Comparativamente com a população geral (grupo de não doentes), os assistentes também apresentam valores mais elevados em todas as subescalas (embora os valores de

depressão grave sejam próximos). Já relativamente à subamostra de doentes, os assistentes sociais apresentam valores mais diminutos em todas as subescalas, embora os valores da ansiedade e insónia se aproximem. O valor obtido no nosso estudo para a escala total foi de 26, sendo este valor mais elevado quando confrontado com o dos enfermeiros (Sá, 2008), que apresenta um valor de 20.3.

Relembrando, uma nota acima do ponto de corte 6 é indicadora da probabilidade de se tratar de uma pessoa perturbada emocionalmente. Conforme podemos observar no quadro seguinte, 18.4% (101) dos assistentes sociais parecem encontrar-se perturbados. Se compararmos esta taxa com a encontrada por Sá (2008) no grupo profissional dos enfermeiros (11%), constatamos que os assistentes sociais apresentam uma maior percentagem de profissionais com sintomatologia compatível com perturbação emocional.

**QUADRO 5.** Descrição estatística para as subamostras de pessoas com sintomatologia e sem sintomatologia psicopatológica

	N	%	Média da sintomatologia	Desvio-Padrão
Com Sintomatologia Psicopatológica	101	18.40	49.01	7.82
Sem Sintomatologia Psicopatológica	449	81.6	21.25	8.43

As variáveis socioprofissionais que apresentam diferenças estatisticamente significativas com todas as sintomatologias e a escala total são o desejo de mudar de local de trabalho, o desejo de mudar de profissão, a satisfação salarial, a satisfação com os objetivos institucionais, o nível de burocracia a que estão sujeitos e a pressão temporal. Médias mais baixas nestas variáveis correspondem a níveis mais baixos em todas as sintomatologias e escala total. De referir que muitos trabalhadores que apresentam sintomatologias psicopatológicas expõem que se sentem, nas palavras da OCDE (2015, p. 108), «*overwhelmed by the pressures of time at work*».

São vários os autores que associam a satisfação do trabalho à saúde mental, em que os profissionais mais satisfeitos com o seu trabalho apresentam melhor qualidade de saúde e menor ocorrência de doenças (Locke, 1976; Peterson & Dunnagan, 1998; Zalewska, 1999a, 1999b;). Takeda et al. (2002) realizaram um estudo no Japão, cuja amostra era constituída por assistentes

sociais, tendo identificado a satisfação no trabalho como apresentando uma forte associação negativa com o *burnout* e a depressão. Também Ramirez et al. (1996), num estudo realizado com médicos do Reino Unido, verificaram que a satisfação no trabalho estava inversamente associada com a exaustão emocional, a despersonalização e a morbilidade psiquiátrica. Não poderíamos deixar de ressaltar que uma das maiores fontes de insatisfação no trabalho são os salários inadequados (Elovainio et al., 2000; O'Driscoll & Beehr, 2000). Por exemplo, Cruz (1988) concluiu que, entre os professores que manifestavam o desejo de abandonar o ensino, 35% fá-lo-iam por causa do baixo salário. Este, por vezes, acarreta a necessidade de um duplo emprego e a consequente degradação do estatuto socioprofissional.

Também em Sá (2008), que utilizou o mesmo instrumento que usámos no nosso estudo, se verifica que os enfermeiros que desejavam mudar de local de trabalho apresentavam médias superiores de ansiedade e insónia, de disfunção social e, de igual forma, na escala global.

O número de faltas ao serviço no último ano apresenta diferenças estatisticamente significativas com a ansiedade e insónia, a disfunção social e a escala total. As médias destas sintomatologias aumentam à medida que aumenta o número de faltas. O teste de Tukey encontrou diferenças estatisticamente significativas nos pares: nunca/raramente e nunca/algumas vezes e nunca/muitas vezes para os sintomas somáticos, ansiedade e insónia e escala total; e entre algumas vezes/muitas vezes na disfunção social, pelo que as médias da somatização, da ansiedade e insónia, da disfunção social e da escala total são maiores no grupo que falta algumas e muitas vezes do que nos que raramente faltam. Na Europa, estima-se que o absentismo laboral ronda os 3% a 6% e calcula-se que o seu custo atinja cerca de 2.5% do PIB. Harrison e Martocchio (1998) referem que os trabalhadores que apresentam uma perturbação psicopatológica são os mais propensos ao absentismo, o que confirma os dados obtidos no nosso estudo. «*Workers who suffer from mental ill-health take sick leave more frequently and more absent for longer than those who are mentally healthy*» (OCDE, 2015, p. 105).

O género também apresenta diferenças estatisticamente significativas com a somatização, a ansiedade e insónia e com a escala total (bem-estar psicológico), apresentando as mulheres valores mais elevados do que os homens. Cabral (2002), citando Annandale, refere que na população britânica também são as mulheres que apresentam mais perturbações mentais. De igual forma, a comorbilidade é mais frequente entre as mulheres, ocorrendo simultanea-

mente as perturbações somatoformes (OMS, 2002). De acordo com o Instituto Nacional de Saúde, as mulheres portuguesas apresentam níveis mais elevados de provável sofrimento psicológico quando comparadas com os homens em todas as faixas etárias (Vintém, 2008). Fazemos, no entanto, a ressalva, de que estes dados poderão não querer dizer que as mulheres são mais vulneráveis à doença, mas antes, que manifestam mais os seus sintomas, isto é, podem ser mais externalizadoras do que os homens.

A idade apresenta diferenças estatisticamente significativas unicamente na disfunção social, sendo que o teste de Tukey encontrou diferenças nos pares: 20/29 anos e 30/39 anos, experienciando este último grupo médias mais elevadas nesta sintomatologia. Este resultado era por nós esperado na medida que também alguns estudos que compararam a saúde mental de cuidadores mais novos e mais velhos (Lewis et al., 2008; Fletcher et al., 2008) verificaram nos mais velhos uma maior frequência de distúrbios mentais.

Também nos casos com pior saúde mental encontrámos diferenças estatisticamente significativas com as variáveis desejo de mudar de local de trabalho, desejo de mudar de profissão, número de faltas ao serviço no último ano, satisfação com os objetivos institucionais, nível de burocracia a que está sujeito, satisfação salarial e pressão temporal. Quem revela desejo de mudar de local de trabalho, desejo de mudar de profissão, um maior número de faltas ao serviço, insatisfação com os objetivos institucionais, um maior nível de burocracia, insatisfação salarial e um maior nível de pressão temporal, apresenta uma maior probabilidade de desenvolver uma sintomatologia psicopatológica. No estudo relativo aos piores casos com saúde mental concluímos que a frequência dos assistentes sociais perturbados emocionalmente não varia em função das características demográficas, mas sim, unicamente, das características socioprofissionais. Estes dados eram esperados uma vez que, tal como analisámos, as condições de trabalho influenciam a saúde mental. Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas com os anos de trabalho no atual serviço, anos de serviço enquanto assistente social, ano de conclusão da licenciatura, distância a casa, número de filhos, habilitações literárias, estado civil, situação contratual, categoria profissional, áreas/público-alvo e serviço em que trabalha.

A primeira das variáveis preditivas em todas as sintomatologias e na escala total é a satisfação com os objetivos institucionais (ansiedade e insónia –  $r^2=0,034$ ; sintomas somáticos –  $r^2=0,053$ ; disfunção social –  $r^2=0,083$ ); depressão –  $r^2=0,065$ ; escala total –  $r^2=0,074$ ); a segunda é a pressão temporal,

à exceção da depressão que é a distância do trabalho a casa. Encontramos, ainda, como variáveis preditivas dos sintomas somáticos a burocracia e o género; na ansiedade e insónia o género, a idade e a situação contratual; na disfunção social o serviço; na depressão a satisfação salarial e, na escala total, o serviço a que pertence e a satisfação salarial.

#### **4. Considerações finais**

Relembrando a revisão da literatura, as transformações complexas do trabalho, inseridas na especialização flexível, são fonte geradora de tensão e sobrecarga física e psíquica e, neste processo, o indivíduo é invadido de diversos distúrbios comportamentais e psicossomáticos<sup>[4]</sup> (Dejours, 2007; Lhuilier, 2009).

Os elevados níveis de burocracia, os problemas sociais cada vez mais complexos, a carga de trabalho (fazer mais em menos tempo e com menos recursos), geram tensões, contradições, dificuldades e paradoxos com os quais é muito difícil aos assistentes sociais lidarem na prática (Dominelli, 2004; Dominelli & Hackett, 2011:). Mais, as condições que se encontram na prática não estão em consonância com os ideais, com os valores e com os objetivos do Serviço Social (Powell, 2001).

De acordo com o nosso estudo parece que 18% dos assistentes sociais manifestam sintomatologia compatível com a perturbação emocional. Os assistentes sociais, tal como afirma Ander-Egg (1985), iniciam a sua prática profissional com muitas expectativas, movidos pela vontade de ajudar o *outro*, e despendendo muita energia. O que encontram é uma elevada burocracia, pressão temporal, insatisfação com os objetivos institucionais, uma elevada carga de trabalho, juntamente com uma baixa autonomia e baixa participação na tomada de decisões, o que culmina na insatisfação laboral.

Tal como abordámos, os assistentes sociais ficam sujeitos às tarefas administrativas, relegando-se para um segundo plano o aspeto relacional, empurrando a profissão para uma direção totalmente oposta aos princípios e valores do Serviço Social. Também o aumento da individualização na sociedade moderna (que contribuiu para que os problemas dos cidadãos sejam essencialmente resolvidos pelos profissionais em detrimento das redes sociais pessoais)

---

<sup>4</sup> Para Lhuilier (2009), estas patologias podem ser divididas em três grupos: as patologias da atividade «aprimada» e da atividade impedida; as patologias da solidão; e as patologias dos maus-tratos e da violência. A estas patologias podemos acrescentar ainda a patologia do ideal (Dejours, 2007), respeitante aos sentimentos de incompetência experienciados quando não são atingidos os padrões de excelência que lhe são exigidos, ou que são expectáveis.

e a não contratação de mais recursos humanos aumentam consideravelmente a carga de trabalho.

No presente estudo é patente a importância da relação entre as condições de trabalho e as perturbações psicopatológicas, que nos parece realçada pela ausência de relação significativa com as variáveis que não são específicas com as condições de trabalho. A satisfação no trabalho possui um efeito de proteção à saúde mental (Ramirez et al., 1996).

É importante sublinhar a associação entre as condições de trabalho e as sintomatologias psicopatológicas, assim como é fundamental tê-la em conta no desenvolvimento de estratégias terapêuticas a ter com estes profissionais. Sem patologizar excessivamente cada uma das situações é, no entanto, necessário não subestimar o nível de perturbação que alguns destes profissionais podem apresentar, permitindo-lhes compreender alguma da sintomatologia e, dessa forma, permitindo-lhes, também, libertar-se dela.

## Referências

- Adams, R., Dominelli, L. e Payne, M. (2005). Engaging with social work futures. In *Social work futures: Crossing boundaries, transforming practise*. Palgrave Macmillan. New York.
- Amaro, I. (2005). *Contextos de Instabilidade no Mundo Globalizado: tecnologia, trabalho e laço social*. Dissertação de mestrado em Comunicação, Cultura e Tecnologias da Informação, ISCTE, Lisboa. Texto policopiado.
- Amaro, I. (2009). Identidades, incertezas e tarefas do serviço social contemporâneo. *Locus SOCI@L*, 2: 29-46.
- Amaro, I. (2012). *Urgências e emergências do serviço social contemporâneo: Fundamentos da profissão na contemporaneidade*. Universidade Católica Portuguesa. Lisboa.
- Amaro, I. (2008). O trabalho como direito humano? *Janus Online*. 20.
- Ander-Egg, E. (1985). *Metodologia del trabajo social*. 3.<sup>a</sup> edição Ateneo. México.
- Banks, S. (2001). Ética em fragmentos. In Mouro, H. e Simões, D. (coords.). *100 anos de serviço social*. Quarteto. Coimbra.
- Blaikie, N. (2000). *Designing social research*. Polity Press. Cambridge.
- Branco, F. (2009). A profissão de assistente social em Portugal. *Locus SOCI@L*, 3: 61-89.
- Cabral, M. (coord.) (2002). *Saúde e doença em Portugal*. Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa. Lisboa.

- Carmo, H. & Ferreira, M. (1998). *Metodologia da investigação: Guia para auto-aprendizagem*. Universidade Aberta. Lisboa.
- Cruz, J. (1988). Stress e ansiedade nos professores. In Actas do I Encontro sobre Educação em Ciências. Universidade do Minho. Braga.
- Dejours, C. (2007). *A banalização da injustiça social*. Fundação Getúlio Vargas. Rio de Janeiro.
- Dominelli, L. e Hackett, S. (2011). The changing contexts of practice. *International social work*, 54: 731-733.
- Dominelli, L. (2002). Values in social work: Contested entities with enduring qualities. In Adams, R., Dominelli, L. e Payne, M. *Critical practice in social work*. Palgrave Macmillan. New York.
- Dominelli, L. (2004). *Social work – Theory and practise for a changing profession*. Polity Press. Cambridge.
- Dominelli, L. (2010). Globalization, contemporary challenges and social practice. *International Social Work*, 53(5): 599-612.
- Duarte, J. (2010). Cotidiano profissional do assistente social: Exigências profissionais, identidade e autonomia relativa nas ONGs. *Textos & Contextos*, 9 (1): 66-76.
- Dustin, D. (2007). *The McDonaldization of social work*. Ashgate. Aldershot.
- Elovainio, M. (2000). Organizational and individual factors affecting mental health and job satisfaction: A multilevel analysis of job control and personality. *Journal of Occupational Health Psychology*, 5 (2): 269-277.
- Faleiros, V. (2001). Desafios do serviço social na era da globalização. In Mouro, H. e Simões, D. (coords.). *100 anos de serviço social*. Quarteto. Coimbra.
- Fletcher, B.; Paul, S.; Dodd, M.; Schumacher, K.; West, C.; Cooper, B.; Lee, K.; Aouizerat, B.; Swift, P.; Wara, W. e Miaskowski, C. (2008). Prevalence, severity, and impact of symptoms on female family caregivers of patients at the initiation of radiation therapy for prostate cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 26(4): 599-605.
- Flick, U. (2005). *Métodos qualitativos na investigação científica*. Monitor. Lisboa.
- Fortin, M. (2000). *O processo de investigação: Da concepção à realização*. Lusociência. Lisboa.
- Frank, O. e Snijders, T. (1994). Estimating the size of hidden populations using snowball sampling. *Journal of Official Statistics*, 10: 53-67.
- Goldberg, D. e Hillier, V. (1979). A scaled version of the general health questionnaire. *Psychological Medicine*, 9. 139-145.

- Harrison, D. e Martocchio, J. (1998). Time for absenteeism: 20-year review of origins, offshoots and outcomes. *Journal of Management*, 24 (3): 305-351.
- Hoven, R. (2002). O trabalho social comunitário. In Henríquez, A. e Farinha, M. (orgs.). *Serviço social: Unidade na diversidade – Encontro com a identidade profissional*. APSS. Lisboa.
- Iamamoto, M. (2000). *Renovação e conservadorismo no serviço social. Ensaios críticos*. 6.<sup>a</sup> edição. Cortez Editora. São Paulo.
- Jordan, B. e Jordan, C. (2000). *Social work and the third way – Tough love as social policy*. Sage Publications. London.
- Lewis, F.; Fletcher, K.; Cochrane, B. e Fann, J. (2008). Predictors of depressed mood in spouses of women with breast cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 26(8): 1289-1295.
- Lhuilier, D. (2009). Travail, management et santé psychique. *Connexions*. 91: 85-101.
- Locke, E. (1976). The nature and causes of job satisfaction. In Dunnette, M.D. (ed.). *Handbook of industrial and organizational psychology*. pp. 1297-1349. Rand McNally. Chicago.
- Midgley, J. (2001). Issues in the international social work: Resolving critical debates in the profession. *Journal of Social Work*, 1 (1): 21-35.
- Montaño, C. (1997). O Serviço Social frente ao Neoliberalismo. Mudanças na sua base de sustentação funcional-ocupacional. *Revista Serviço Social & Sociedade*, 53.
- Monteiro, A. (2011). Assessment of the factor structure and reliability of the Portuguese version of the General Health Questionnaire - 28 among adults. *Journal of Mental Health*, 20 (1): 15-20.
- Munro, E. (2004). The impact of audit on social work practice. *British Journal of Social Work*, 34 (8): 1075-1095.
- Noble, C. (2004). Postmodern thinking: Where is it taking social work? *Journal of Social Work*, 4: 289-304.
- OECD (2015). Fit mind, fit job: From evidence to practice in mental health and work. *Mental Health and Work*. OECD Publishing. Paris.
- O’Driscoll, M. e Beehr, T. (2000). Moderating effects of perceived control and need for clarity on the relationship between role stressors and employee affective reactions. *The Journal of Social Psychology*, 140 (2): 151-159.
- Parton, N. e O’Byrne, P. (2000). *Constructive social work: Towards a new practice*. Palgrave. Basingstoke.
- Parton, N. (1996). *Social theory, social change and social work*. Routledge. London.

- Peterson, M. e Dunnagan, T. (1998). Analysis of a worksite health promotion program's impact on job satisfaction. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 40 (11): 973-979.
- Pocinho, M. (2009). *Amostras – teoria e exercícios passo a passo*. [online]. Recuperado de: <http://ismt.pt>
- Draelants, H., & Maroy, C. (2007). L'analyse des politiques publiques: Un panorama. *Revue de la littérature (partie 1)*, pp.3-28. Project KNOW & POL. [online]. Recuperado de: <<http://www.knowandpol.eu>>.
- Polit, D. e Hungler, B. (1995). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem*. 3.<sup>a</sup> edição. Artes Médicas. Porto Alegre.
- Polit, D.; Beck, C. e Hungler, B. (2006). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem – Métodos, avaliação e utilização*. Artmed. São Paulo.
- Powell, F. (2001). *The politics of social work*. Sage Publications. London.
- Ramirez, A. J., Graham, J., Richards, M. A., Cull, A. e Gregory, W. M. (1996). Mental health of hospital consultants: The effects of stress and satisfaction at work. *The Lancet*, 347: 724-728.
- Ribeiro, J. e Antunes, S. (2003). Contribuição para o estudo de adaptação do Questionário de Saúde Geral de 28 Itens (General Health Questionnaire-GHQ28). *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 5 (1): 37-45.
- Sá, L. (2008). *O assédio moral e o burnout na saúde mental dos enfermeiros*. Tese de Doutoramento apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto.
- Tabachnick, B. e Fidell L. (2007). *Using Multivariate Statistics*. Allyn and Bacon. Boston.
- Takeda, F.; Yokoyama, E.; Miyake, T. e Ohida, T. (2002). Mental health and job factors in social workers at social welfare offices. *Journal of Occupational Health*, 44: 385-390.
- Vintém, J. (2008). Inquéritos nacionais de saúde: Auto-percepção do estado de saúde: Uma análise em torno da questão de género e da escolaridade. *Revista Psicologia da Saúde*, 26 (2).
- Webb, S. (2007). Social work in a risk society: Social and political perspectives. *Journal of Social Work*, 8 (4): 431-442.
- Wilson, K.; Ruch, G.; Lymbery, M. e Cooper, A. (2011). *Social work: An introduction to contemporary practice*. Longman. New York.
- Zalewska, A. M. (1999a). Achievement and social relations values as conditions of the importance of work aspects and job satisfaction. *International Journal of Occupational Safety and Ergonomics*, 5 (3): 395-416.

Zalewska, A. M. (1999b). Job satisfaction and importance of work aspects related to predominant values and reactivity. *International Journal of Occupational Safety and Ergonomics*, 5 (4): 485-511.



## Pesquisa como forma de resistência dos assistentes sociais e resposta às políticas neoliberais

ALINE DE CARVALHO MARTINS<sup>a</sup>  
CAMILA REBOUÇAS FERNANDES<sup>b</sup>  
GÉSSICA MARTINS MORORÓ<sup>c</sup>

### Resumo

As políticas neoliberais de austeridade impactam os serviços públicos. Neste contexto, a atividade de pesquisa no exercício profissional é apresentada como uma atividade dispensável e dispendiosa de recursos. Este texto resgata uma experiência realizada pelo Serviço Social em uma unidade de saúde pública, federal, de referência para a saúde materno-infantil, em uma capital federal no Brasil. Buscou-se pensar uma estratégia de formação profissional que incorporasse a pesquisa como parte integrante do fazer profissional. A vivência da pesquisa desde os momentos iniciais da formação profissional (estágio e residência) contribui para a incorporação da intervenção pautada na investigação das reais necessidades dos usuários e possibilita uma atuação profissional que ultrapassa a forma mais imediata como as questões se apresentam, contribuindo para uma atuação crítica.

**Palavras-chave:** Formação de recursos humanos em saúde, Pesquisa sobre serviços de saúde, Política informada por evidências, Condições de trabalho.

### Abstract

*Neoliberal austerity policies impact public services. In this context, research activity within professional practice is presented as an expendable and costly activity of resources. This text recollects a social work experience carried out in a federal public health unit, a reference for maternal and child health, at a federal capital in Brazil. We sought to think of a vocational training strategy that incorporated research as an integral part of professional work. Experience of research since the initial stages of professional training (internship and residence) contributes to an incorporation of the intervention based on research of the actual needs of the users and enables a professional action that goes beyond the here and now of the issues presented, thus contributing to critical action.*

**Keywords:** *Healthcare human resources training, Health services research, Evidence-informed policy, Working conditions.*

---

<sup>a</sup> Doutorada em Serviço Social pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Tecnologista em Saúde Pública no Instituto Fernandes Figueira Fiocruz (IFF/Fiocruz). Coordenadora da linha de pesquisa "Questões e expectativas que atravessam o cotidiano de mulheres em idade materna avançada" no Instituto Nacional da Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira /Fiocruz. Membro do Comitê de Ética em Pesquisa na mesma instituição. E-mail: rjalinemartins@yahoo.com.br

<sup>b</sup> Mestranda em Políticas Públicas em Direitos Humanos pelo Núcleo de Estudos de Políticas Públicas em Direitos Humanos da Universidade Federal do Rio de Janeiro – NEPP-DH/UFRJ. Integrante da linha de pesquisa "Questões e expectativas que atravessam o cotidiano de mulheres em idade materna avançada" no Instituto Nacional da Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira /Fiocruz.

<sup>c</sup> Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Criança e do Adolescente Cronicamente Doentes no Instituto Nacional da Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira /Fiocruz. Integrante da linha de pesquisa "Questões e expectativas que atravessam o cotidiano de mulheres em idade materna avançada" no Instituto Nacional da Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira /Fiocruz. Assistente Social pela Pontifícia Universidade Católica (PUC/RIO).

## 1. Introdução

As políticas neoliberais de austeridade impactam diretamente nos serviços públicos ofertados à população e nas condições de trabalho de diversos setores profissionais (Ceolin, 2014). Esta realidade se apresenta em todas as áreas das políticas sociais, onde a mercantilização dos serviços submete os direitos sociais às orientações propostas pela racionalidade do capital (Silva, Beserra, Alves, Morais e Pinheiro, 2013).

Uma das expressões destas adversidades se apresenta através do desmonte das condições de trabalho dos assistentes sociais, que são cada vez mais chamados a serem meros executores de políticas restritivas de direitos (Iamamoto, 2008). Ilustrativos deste fato são a explícita redução de investimentos na formação profissional, através do seu aligeiramento e a implantação em larga escala de cursos à distância, o sucateamento das universidades públicas, a ênfase no treinamento e menos nas descobertas científicas (Iamamoto, 2014) e a precarização dos espaços ocupacionais, dificultando as atividades de ensino e pesquisa articuladas à prática profissional.

Romper com esta lógica é um desafio presente nos espaços de trabalho e de formação profissional do Serviço Social. No Brasil — âmbito em que se desenvolveu esta experiência — é emblemática esta realidade. A produção científica do Serviço Social neste país, embora seja bastante significativa, está associada às universidades e programas de pós-graduação desenvolvidos majoritariamente em universidades públicas (CAPES, 2013). As experiências mais tradicionais de pesquisa raramente estão associadas às atividades do exercício profissional. Esta realidade colide com as discussões reiteradas em diferentes espaços profissionais, que afirmam que o debate acerca do exercício profissional não pode ser desvinculado do debate da formação e vice-versa (ABEPSS, 1996 e Moraes, 2015).

Trata-se, portanto, de um contexto adverso à incorporação de práticas de pesquisa. De fato, interessa muito mais à ofensiva atual do capital uma formação profissional voltada para o mercado (Moraes, 2015), acrítica, disposta a disciplinar a população e atender somente suas demandas mais imediatas (Iamamoto, 2008), que são apresentadas aos usuários como benesses ou ajudas, descoladas da concepção política de direitos (Martins, 2012).

## 2. Pesquisa e qualificação do assistente social nos espaços de intervenção

Para o exercício profissional nem sempre se vê um estímulo à investigação científica, apesar de esta questão estar prevista no Código de Ética do Serviço

Social brasileiro<sup>[1]</sup> (CFESS, 1993) e nas Diretrizes Gerais para o Curso de Serviço Social (ABEPSS, 1996) como um princípio capaz de garantir a unidade entre o pensar e o agir.

A falta de condições objetivas de trabalho, a sobrecarga de atividades, os vínculos múltiplos e precários, bem como o não reconhecimento institucional da relevância da pesquisa como base para a intervenção profissional, tendem a intensificar este distanciamento. Nos serviços de atendimento direto, a pesquisa é considerada uma prática complementar, a ser realizada quando possível. Nesse contexto, é necessário partir do:

[...] suposto básico: de que a pesquisa longe de ser um luxo intelectual é uma necessidade de realização consequente da profissão e condição de possibilidade de rupturas com atitudes e práticas voluntaristas, tópicas e impensadas. Isso porque a pesquisa é parte integral e intrínseca da profissão; por isso, não pode ser dispensada, sob pena de esvaziar o Serviço Social de pertinência científica e, portanto, de *status* de profissão de nível superior que se apoia em embasamento teórico nutrido por contínuas e sistemáticas investigações da realidade. (Pereira, 2005, p. 18)

Assim, se a pesquisa científica pautada na realidade do serviço apresenta dificuldades concretas para ser incorporada ao cotidiano profissional, ela não deve ser negligenciada, pois é parte integrante do processo de trabalho do Serviço Social, diretamente ligado ao interesse dos usuários, com relevância institucional e social, à medida que qualifica a intervenção e potencializa o trabalho efetivado. Ao indicar de maneira qualificada dados da realidade articulados ao projeto de profissão, o assistente social objetiva sua prática profissional, evidenciando elementos que fortalecem a implementação de práticas institucionais e sociais comprometidas com os direitos dos usuários (Moraes, 2015).

Experiências de pesquisa acarretam novos conhecimentos e novas qualificações profissionais, gerando tanto benefícios teóricos, quanto valorização da categoria e qualificação da atenção ao usuário.

Vale dizer: é só pela investigação que se poderá conhecer, com clareza, as possibilidades e os limites da intervenção, bem como o sentido que deverá ser dado a novas investigações. Isso por-

<sup>1</sup> «Art.º 2.º- Constituem direitos do/a assistente social: (...) i - liberdade na realização de seus estudos e pesquisas, resguardados os direitos de participação de indivíduos ou grupos envolvidos em seus trabalhos» (CFESS, 1993).

que: a) a investigação não é uma atividade antagonista à intervenção. Se esse antagonismo ocorre, é devido a deformações profissionais que precisam ser urgentemente superadas, pois, sem investigação a intervenção torna-se cega e sem intervenção a investigação torna-se inútil; b) a prática não corresponde a uma ação mecânica e intuitiva. Como forma de ação pensada, não impõe fronteiras entre atividade material e intelectual e representa um conjunto de atividades, inclusive a teórica. É, pois na unidade entre teoria-prática e investigação-intervenção que o Serviço Social poderá encontrar a via alternativa, de sentido dialético, que o tornará mais crítico e enriquecedor (Pereira, 2005, p. 27).

No âmbito da saúde, esta realidade tende a se repetir, especialmente quando se considera a busca agressiva do projeto privatista em impor um modelo de atenção voltado para o enfrentamento pontual e individualizado de doenças, em detrimento de um entendimento da saúde como produto das condições de vida e trabalho da população.

O entendimento da saúde de forma restrita ao enfrentamento individual de doenças não se dá sem profundas repercussões no modo como o cidadão é visto. Em uma dinâmica de culpabilização, o sujeito passa a ser responsabilizado por sua condição de saúde, uma vez que pretensamente não teria tomado as medidas preventivas capazes de evitar o seu adoecimento. Esta lógica cria bases para a redução de recursos para saúde, uma vez que se difunde que a política social não deveria se responsabilizar pelos supostos erros ou irresponsabilidades dos sujeitos. É este movimento que permite a redução dos recursos para as políticas sociais e a liberação de recursos para o capital privado (Martins, 2012). Nesta conjuntura, a pesquisa profissional passa a ser desestimulada, uma vez que é vista como um desperdício de dinheiro e também como uma possibilidade de explicitação desta realidade culpabilizante, individualista e desarticulada de contextos mais amplos.

### **3. Vivências de pesquisa e formação profissional em uma unidade de saúde**

Dadas as questões acima, verificou-se a urgência de desenvolver uma prática que pudesse romper com as acima, propondo a pesquisa como parte do exercício profissional, capaz de fornecer um atendimento de melhor qualidade para os usuários e também de propiciar esta vivência a outros assistentes sociais em períodos de formação.

A experiência em questão foi desenvolvida pela equipe de Serviço Social em uma unidade de saúde pública, federal, de referência para a Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente, em uma capital federal brasileira. Trata-se de uma unidade voltada para o ensino, pesquisa e atenção direta em saúde, desenvolvida em ambulatório de pré-natal especializado em gestação de alto risco fetal. Este ambulatório atende aproximadamente a mil gestantes por ano. Como se trata de uma unidade de alta complexidade em saúde, são as questões biológicas que condicionam o acesso ao serviço. Esta realidade tem, por consequência, a valorização da biologia em detrimento da integralidade em saúde.

Considerando o fato de ser uma unidade de ensino em diferentes momentos da formação profissional (estágio, residência, especialização, mestrado e doutorado), a unidade possui, articulado aos espaços de atendimento, a presença regular de estagiárias e residentes e é a partir desta realidade que se buscou a estratégia de utilização da pesquisa como base de atendimento e de formação profissional.

Buscou-se atuar em dois momentos-chave da formação profissional: o estágio curricular e a residência multiprofissional, devido ao entendimento que os períodos de formação e de início da trajetória profissional são bastante propícios para a incorporação de valores que serão levados ao longo da carreira profissional. A vivência positiva de uma experiência de pesquisa associada ao exercício profissional constitui um estímulo para que esta realidade seja reproduzida imediata e futuramente.

O estágio curricular é uma etapa obrigatória para a formação do assistente social e se caracteriza como um aspecto central para o aprendizado teórico-prático do trabalho profissional (Pereira, Holanda, Soares e Silva, 2015). Já a residência se constitui como uma modalidade de pós-graduação *lato sensu* com carga horária total de 5760 horas, caracterizando-se também, pelo treinamento em serviço, proporcionando ao pós-graduando a atuação direta na ponta do atendimento, sob preceptoria e tutoria de outros profissionais, que irão oferecer-lhe suporte (Ministério da Saúde, 2006).

Considerando as características destes distintos modos de formação profissional, optou-se por desenvolver um projeto de capacitação de assistentes sociais em início de carreira — na residência e no estágio curricular — voltada para a realização de pesquisas articuladas à intervenção profissional. Assim, constituíram público-alvo desta ação profissional, tanto os usuários do serviço (que foram beneficiados com a melhora da qualidade do trabalho),

quanto os profissionais de Serviço Social formados por esta experiência e os demais profissionais de saúde que passaram também a ter acesso aos conhecimentos gerados pela equipe de Serviço Social.

A inserção das profissionais no serviço deu-se através de processo seletivo público para seleção de estágio ou de residência, de modo que a equipe final foi composta por uma assistente social doutorada (supervisora da estagiária e tutora/preceptora/orientadora da residente), uma estagiária de Serviço Social e uma residente multiprofissional com formação em Serviço Social<sup>2</sup>.

A proposta propriamente dita, aconteceu em nove diferentes fases: a primeira fase foi introdutória e dizia respeito às capacitações relacionadas com a inserção da profissão na área da saúde, análise institucional e perfil da unidade de saúde. Nesta fase, as profissionais em regime de formação ingressaram simultaneamente no setor e receberam bibliografia para leitura e discussão sobre análise institucional e conhecimento do processo de trabalho do Serviço Social na área em questão (trata-se de um ambulatório de pré-natal de alto risco fetal, de modo que era preciso discutir sobre questões teórico-metodológicas, técnico-instrumentais e ético-políticas do Serviço Social na área da saúde em geral, e nas especificidades de saúde sexual e reprodutiva e saúde da criança cronicamente adoecida). Além disso, foram-lhes dadas ferramentas de trabalho sobre as questões que perpassam o campo de atuação, o projeto de trabalho do Serviço Social, para que se pudesse analisar como a pesquisa poderia ser utilizada como elemento de qualificação do trabalho profissional e melhoria do atendimento aos usuários.

A segunda fase ocorreu em forma de orientações (ora individuais, ora coletivas, em forma de oficinas), considerando-se a particularidade de se ter uma profissional já formada e outra em formação, e seminários de discussão acerca de temáticas de pesquisa, capazes de garantir a apreensão de conteúdos essenciais.

Neste processo, as temáticas abordadas foram:

- Técnicas de elaboração de artigo científico;
- Pesquisa com seres humanos;
- Metodologia e ética em pesquisa;
- Elaboração de um projeto de pesquisa;

---

<sup>2</sup> Cabe ressaltar que a residente não estava exclusivamente vinculada à supervisora em questão. A residente estava inserida em um programa com característica diversa, de modo que passou dois meses integralmente neste campo e depois mais um ano e meio na condição de orientanda.

- E submissão de projetos de pesquisa com seres humanos à Plataforma Brasil<sup>3</sup>.

A terceira fase foi, então, a definição do tema da pesquisa, associando a necessidade do serviço, os interesses dos usuários e os produtos finais de conclusão dos ciclos de formação, os quais as alunas — inseridas em programas formais de graduação e pós-graduação — deveriam apresentar. Assim, optou-se por desenvolver um projeto de pesquisa único, sobre a temática da idade materna avançada, articulado em três subprojetos, cada um sob a responsabilidade de uma profissional e/ou aluna.

Definida esta questão, passámos para a quarta fase, onde foram realizados levantamentos bibliográficos a fim de subsidiar a elaboração do projeto de pesquisa. A partir deste estudo teórico, buscou-se identificar lacunas de conhecimentos e demandas de pesquisa para o trabalho profissional do Serviço Social. Verificou-se que, embora seja explícita a centralidade das mulheres brasileiras nos cuidados com crianças — e especificamente com aquelas que têm condições crônicas de saúde (Barbosa et al., 2012) — e que se identifique empiricamente uma piora da qualidade de vida das mulheres para cuidar de filhos com necessidades específicas de saúde em uma conjuntura de insuficiência de políticas públicas de suporte à maternidade (Martins, 2014), as produções científicas brasileiras vêm se pautando principalmente nas condições biológicas do parto (Gonçalves e Monteiro, 2012; Gravena, Sass, Marcon e Pelloso, 2012; Brito et al., 2010) e não nas repercussões de gênero, vida, saúde e condições de trabalho das mulheres. Isso acontece, inclusive, em estudos voltados para mulheres em idade materna avançada, que estatisticamente constituem grupos com maiores chances para a gestação de crianças com necessidades complexas de saúde (Gonçalves e Monteiro, 2012; Gravena et al., 2012).

A partir de então, deu-se início à quinta fase, que foi a elaboração do projeto de pesquisa propriamente dito e sua submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa da unidade, partindo da ideia de que se trata de um estudo com vista a explicitar esta realidade, contribuir para a formulação de políticas públicas, melhorar a qualidade do serviço ofertado diretamente às mulheres.

<sup>3</sup> A Plataforma Brasil é um instrumento criado pelo Conselho Nacional de Saúde para a submissão dos projetos de pesquisa com seres humanos aos Comitês de Ética em Pesquisa. A Plataforma tem acesso público e constitui também um banco de dados sobre todas as pesquisas com seres humanos em desenvolvimento no Brasil. Seu endereço eletrônico é <[www.saude.gov.br/plataformabrasil](http://www.saude.gov.br/plataformabrasil)>.

A sexta fase se caracterizou pela coleta e análise dos dados. Neste momento, os subprojetos foram definidos a partir de temáticas específicas, a saber: gestação de uma criança com diagnóstico suspeito ou confirmado de malformação fetal na idade materna avançada, maternidade recorrente após os 35 anos e a experiência da maternidade pela primeira vez após os 35 anos.

Foram entrevistadas um total de 31 mulheres. Seus relatos indicam um desejo de ser ouvidas e contar suas histórias. Também foi identificada a valorização dos espaços educativos e coletivos (dado que nos causou surpresa, pois a maior faixa etária está mais associada aos maiores níveis de escolaridade), com destaques para demandas relacionadas com informações sobre direitos trabalhistas disseminadas nestes espaços, que inclusive reverteram demissões de gestantes.

Outro fator apontado pela pesquisa refere-se à existência de tensões quanto à participação do pai nos cuidados dos filhos com diagnóstico suspeito ou confirmado de malformação e expectativas de resolução da reprodução social de maneira privada, pois as gestantes entrevistadas não identificaram os aparatos públicos como elementos acessíveis para os cuidados de seus filhos.

Com base nestes dados, deu-se início à sétima fase, que foi a elaboração das produções científicas propriamente ditas. Estes resultados geraram, até ao momento, como resultados da pesquisa *strictu sensu* um Trabalho de Conclusão de Curso (Mororó, 2016), um Trabalho de Conclusão de Residência (Fernandes, 2017) e a apresentação de trabalhos em eventos científicos (Fernandes e Mororó, 2017; Martins, Fernandes, e Mororó, 2016), um deles, inclusive contemplado com a premiação em 2.º lugar na I Jornada de Residência Multiprofissional do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho, da Universidade Federal do Rio de Janeiro (HUCFF/UFRJ).

A partir destes resultados, iniciou-se a oitava fase, voltada para o âmbito da atuação profissional direta, na qual foi possível redimensionar alguns aspectos da atuação profissional com base nos dados produzidos pela pesquisa. Entender as especificidades destas usuárias nos permite repensar nossas estratégias de atuação, da qual a mais flagrante foi a intensificação dos trabalhos de grupo, pois a pesquisa demonstrou que, quando se trata de mulheres em idade materna avançada, a situação financeira não é o principal elemento a expressar demandas, visto que a maior parte delas já possui uma carreira estabelecida.

Verificou-se também que as mulheres atendidas demandavam muito mais por orientações interdisciplinares atualizadas em saúde no que se refere aos

bons tratos com as crianças, principalmente compartilhando esses cuidados com os homens-pais, caracterizando a importância da reflexão e da desconstrução dos papéis tradicionais de gênero. Este foi um achado significativo, que chamou a atenção para uma reflexão sobre um fazer profissional direcionado à promoção da cidadania, dos cuidados e dos direitos em detrimento de um trabalho de reversão das condições de violação da classe trabalhadora, que muitas vezes é associado à prática profissional do assistente social.

A partir desta leitura da realidade, foram traçadas novas estratégias de intervenção profissional (Cardoso, 2016). Nesse sentido, os trabalhos coletivos tradicionalmente desenvolvidos foram redefinidos, para incorporar estas questões e atendê-las de uma maneira que melhor contemple suas especificidades. No âmbito dos atendimentos individuais, também se observou que é preciso discutir junto às famílias com bebês malformados as possíveis repercussões sobre o compartilhamento desta notícia com familiares, conhecidos e amigos, para que estes possam, de forma mais informada, fazer suas próprias escolhas.

Também foi revisto o material educativo impresso, que foi atualizado, com o objetivo de orientar as mulheres e seus acompanhantes no conhecimento de seus direitos.

Por fim, a nona e última fase deste trabalho consistiu em convidar todas as participantes da pesquisa para uma devolutiva dos resultados da pesquisa e agradecimento por sua participação.

#### **4. Discussão**

A vivência da pesquisa no exercício profissional e a capacitação para a realização da mesma contribuíram para uma intervenção capaz de ultrapassar a forma mais imediata como as questões se apresentam e para a incorporação destes valores nas experiências futuras, possibilitando uma intervenção que ultrapassa o imediatismo e contribuindo para um fazer profissional crítico e reflexivo.

O impacto imediato do trabalho é empiricamente verificável: uma maior qualificação no atendimento aos mais de mil usuários anuais, valorização do saber qualificado do assistente social frente à equipe de saúde, e a divulgação de dados que também possam fundamentar a ação dos outros profissionais que conjuntamente atendem estas famílias.

Este trabalho contribui para a qualificação do trabalho profissional, com a utilização de referências teóricas para os atendimentos realizados e a ponde-

ração de questões específicas para os grupos de mulheres atendidas, em detrimento de um discurso mais geral sobre os direitos.

Pensando a formação profissional voltada para a atuação técnico-instrumental, tanto a estagiária quanto a residente tiveram a oportunidade de liderar grupos com gestantes que apresentavam alto risco fetal e seus acompanhantes, participando com outros membros da equipe multiprofissional em saúde, da construção do trabalho, caracterizando um espaço coletivo democrático e com práticas de relações horizontais. Além disso, as mesmas participaram de outros grupos direcionados para as gestantes e seus familiares, com temas transversais a esta discussão como cuidados com as crianças, questões de gênero e saúde, qualidade de vida e acesso aos direitos que terão rebatimentos diretos na vida das mulheres, independente de sua faixa etária.

Verifica-se aí tanto um compromisso com a qualidade dos serviços prestados (CFESS, 1993; Moraes, 2015), quanto um compromisso em criar condições de desvelamento das reais condições de vida e trabalho da classe trabalhadora.

## **5. Considerações finais**

A afirmação de um compromisso profissional com a classe trabalhadora e a luta pelos direitos de cidadania balizados em princípios como justiça social, equidade e democracia (Silva, 2010) consta nos princípios estabelecidos pelo Código de Ética Profissional (CFESS, 1993). Assim, o exercício da profissão extrapola sua dimensão técnico-operativa (Silva, 2010) e precisa estar atento à busca de elementos da realidade que possam contribuir para um descortinamento das demandas da classe trabalhadora e para as estratégias para efetivação de seus direitos, apontando para uma articulação entre projetos societários e projetos profissionais (Silva, 2010).

A pesquisa se caracteriza como um elemento que pode contribuir de maneira positiva com essa realidade, configurando-se como uma estratégia de visibilidade de demandas e de levantamento de pautas para a implementação de direitos da classe trabalhadora. Ao realizar investigações e produzir dados articulados à realidade e ao projeto ético-político profissional, o assistente social passa a realizar um trabalho com processos emancipatórios (Moraes, 2015).

Pretendeu-se, com o desenvolvimento desta experiência, apresentar como o cotidiano profissional pode se utilizar da pesquisa como um fator de qualificação do trabalho profissional, superando as práticas de pesquisas basea-

das em técnicas pontuais de conhecimento da realidade (Moraes, 2015), bem como as práticas tradicionais de utilização da sistematização e investigação do trabalho profissional associados quase que exclusivamente aos momentos de inserção dos profissionais nos cursos de pós-graduação (Moraes, 2013).

A realização deste processo em momentos-chave da formação profissional (estágio e residência), também propiciam a formação de profissionais que integrem esta perspectiva ao seu fazer profissional, contribuindo para a incorporação desta prática em seus trabalhos futuros (Cardoso, 2016). A formação de profissionais competentes, capazes de realizar articulações teórico-metodológicas, ético-políticas e técnico-operativas, para efetivar leituras aprofundadas da realidade é um desafio atual (Pereira et al., 2015) para o qual as práticas pautadas em experiências de pesquisa podem colaborar expressivamente. É possível, assim, a apropriação das diretrizes gerais da ABEPSS, que afirma que a pesquisa é um princípio e também condição da formação profissional (ABEPSS, 1996).

Pretende-se, ainda, que este trabalho motive outros profissionais de Serviço Social a reproduzir esta prática, gerando repercussões positivas para o conjunto da categoria e para os usuários atendidos.

## Referências

- Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social [ABEPSS] (1996). *Diretrizes gerais para o curso de Serviço Social – 1996*. Recuperado de: <[http://www.abepss.org.br/arquivos/anexos/04-a-caderno-abess-n-7-diretrizes-gerais-para-o-curso-de-servico-social-\(com-base-no-curriculo-minimo-aprovado-em-assembleia-geral-extraordinaria-de-8nov-2017\)2011415372855610.pdf](http://www.abepss.org.br/arquivos/anexos/04-a-caderno-abess-n-7-diretrizes-gerais-para-o-curso-de-servico-social-(com-base-no-curriculo-minimo-aprovado-em-assembleia-geral-extraordinaria-de-8nov-2017)2011415372855610.pdf)>.
- Barbosa, D. C., Sousa, F. G. M., Silva, A. C. O., Silva, I. R., Silva, T. P., e Paiva, M. C. M. (2012). Sobrecarga do cuidado materno à criança com condição crônica. *Cogitare Enfermagem*, 17 (3): 492-497. Recuperado de: <<http://dx.doi.org/10.5380/ce.v17i3.25830>>.
- Brito, V. R. S., Sousa F. S., Gadelha, F. H., Souto, R. Q., Rego, A. R. F., e França, I. S. X. (2010). Malformações congênitas e fatores de risco materno em Campina Grande – Paraíba. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, 11 (2): 27-36.
- Cardoso, P. F. G. (2016). 80 anos de formação em serviço social: Uma trajetória de ruptura com o conservadorismo. *Serviço Social & Sociedade*, 127: 430-455. Recuperado de: <<https://dx.doi.org/10.1590/0101-6628.079>>.

- Ceolin, G. F. (2014). Crise do capital, precarização do trabalho e impactos no serviço social. *Serviço Social & Sociedade*, 118: 239-264. Recuperado de: <<https://dx.doi.org/10.1590/S0101-66282014000200003>>.
- Comissão de Aperfeiçoamento de Pessoal do Nível Superior [CAPES] (2013). *Documento de área 2013 – Serviço Social*. Recuperado de: <[https://www.capes.gov.br/images/stories/download/avaliacaotrienal/Docs\\_de\\_area/Servi%C3%A7o\\_Social\\_doc\\_area\\_e\\_comiss%C3%A3o\\_16out.pdf](https://www.capes.gov.br/images/stories/download/avaliacaotrienal/Docs_de_area/Servi%C3%A7o_Social_doc_area_e_comiss%C3%A3o_16out.pdf)>.
- Conselho Federal de Serviço Social [CFESS] (1993). *Código de ética do serviço social*. Recuperado de: <[http://www.cfess.org.br/arquivos/CEP\\_CFESS-SITE.pdf](http://www.cfess.org.br/arquivos/CEP_CFESS-SITE.pdf)>.
- Fernandes, C.R. (2017) «*Quem se ferra é a mãe, né?!*» *Expectativas de mulheres em idade materna avançada que gestam bebês com diagnóstico suspeito ou confirmado de malformação fetal*. Monografia de curso de especialização. Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira. IFF/Fiocruz. Rio de Janeiro. Brasil.
- Fernandes, C. R. e Mororó, G. M. (2017). Direitos reprodutivos: Analisando a escolha contraceptiva de mulheres em idade materna avançada. *Efetividade dos Direitos Humanos e Direito Internacional*, 1(1): 221-235.
- Gonçalves, Z. R., e Monteiro, D. L. M. (2012). Complicações maternas em gestantes com idade avançada. *Femina*, 40 (5): 275-279.
- Gravena, A. A. F., Sass, A., Marcon, S. S., e Pelloso, S. M. (2012). Resultados perinatais em gestações tardias. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 46 (1): 15-21. Recuperado de: <<https://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342012000100002>>.
- Iamamoto, M. V. (2014). A formação acadêmico-profissional no serviço social brasileiro. *Serviço Social & Sociedade*, 120: 608-639. Recuperado de: <<https://dx.doi.org/10.1590/0101-6628.001>>.
- Iamamoto, M. V. (2008). *Serviço social em tempo de capital fetiche: Capital financeiro, trabalho e questão social*, 2.<sup>a</sup> edição. Cortez Editora. São Paulo.
- Martins, A. C., Fernandes, C. R., Mororó, G. M. (2016, julho). *A pesquisa como base de atuação em serviço social: Formando profissionais que desenvolvam a assistência a partir da investigação científica*. Caderno de Resumo da XII Jornada de Intercâmbio de Trabalhos de Serviço Social na Área da Saúde do Estado do Rio de Janeiro / V Mostra de Produção Técnico-Científica da Residência Multiprofissional em Saúde, Rio de Janeiro (paginação irregular).

- Martins, A. C. (2014). *Maternidade adolescente e (des)proteção pública: Contribuições para a crítica ao risco social*. 1.<sup>a</sup> edição. Novas Edições Acadêmicas. Rio de Janeiro.
- Martins, A. C. (2012). *Risco social: Terminologia adequada para a proteção social e garantia de direitos?* Em Pauta. Rio de Janeiro.
- Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde (2006). *Residência multiprofissional em saúde: Experiências, avanços e desafios*. Ministério da Saúde. Brasília. Recuperado de: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/residencia\\_multiprofissional.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/residencia_multiprofissional.pdf)>.
- Moraes, C. A. S. (2015). A particularidade da dimensão investigativa na formação e prática profissional do assistente social. *Serviço Social & Sociedade*, 122: 294-316. Recuperado de: <<https://dx.doi.org/10.1590/0101-6628.024>>.
- Moraes, C. A. S. (2013). A «viagem de volta»: Significados da pesquisa na formação e prática profissional do assistente social. *Serviço Social & Sociedade*, 114: 240-265. Recuperado de: <<https://dx.doi.org/10.1590/S0101-66282013000200003>>.
- Mororó, G. M. (2016). *Vivenciando a maternidade tardia: Percepções de um grupo de gestantes em idade materna avançada atendidas pelo Serviço Social do Pré-Natal do Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira (IFF/Fiocruz), RJ*. Trabalho de Conclusão de Curso. Departamento de Serviço Social. PUC RIO. Rio de Janeiro. Brasil.
- Pereira, E. M., Holanda, D. A. S., Soares, R. V., e Silva, S. E. S. (2015). Educação, «neodesenvolvimentismo» e serviço social: Os IFs em questão. *Serviço Social & Sociedade*, 122: 317-340. Recuperado de: <<https://dx.doi.org/10.1590/0101-6628.025>>.
- Pereira, P. A. P. (2005). A utilidade da pesquisa para o serviço social. *Serviço Social e Saúde*, 4 (1): 17-28. Recuperado de: <<http://dx.doi.org/10.20396/sss.v4i1.8634975>>.
- Silva, N. L., Beserra, I. K. N., Alves, S., Morais, A., e Pinheiro, R. (2013). *O desmonte da saúde e seus impactos para o serviço social – a privatização dos hospitais universitários*. Artigo da VII Jornada Internacional de Políticas Públicas, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, Maranhão, Brasil. Recuperado de: <http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2013/JornadaEixo2013/anais-eixo16-impasse-desafios-das-politicas-daseguridade-social/pdf2/odesmonte-da-saude-e-seus-impactos-nos-servicos-social.pdf>>.

Silva, R. S. (2010). A formação profissional crítica em serviço social inserida na ordem do capital monopolista. *Serviço Social & Sociedade*, 103: 405-432. Recuperado de: <<https://dx.doi.org/10.1590/S0101-66282010000300002>>.





## INFORMAÇÃO AOS AUTORES

A *Ciências e Políticas Públicas* é uma revista científica publicada pelo Centro de Administração e Políticas Públicas, um Centro de Investigação do Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas da Universidade de Lisboa.

As publicações submetidas são apreciadas num regime de revisão por pares em duplo anonimato (*double blind peer-review*), reservando-se o Conselho Editorial a não publicar os artigos recebidos quando esta decisão se encontre apoiada pelo parecer dos revisores. O processo é dividido em três etapas:

1. Apreciação inicial dos artigos por parte dos Editores de Área, que decidem sobre a passagem dos artigos à fase de revisão.
2. Apreciação pormenorizada dos artigos selecionados num sistema de revisão por pares em duplo anonimato. Os revisores poderão sugerir aos autores alterações nos artigos propostos.
3. Os Editores de Área terão a palavra final sobre a publicação dos artigos mediante os pareceres produzidos pelos revisores.

### Submissão de artigos

A revista aceita a submissão de artigos para publicação em todas as áreas das Ciências Sociais, devendo as submissões estar de acordo com as seguintes normas:

1. Os artigos submetidos deverão estar escritos preferencialmente em Português ou Inglês, sendo publicados numa destas línguas. A clareza e qualidade do texto são condição essencial para a sua publicação.
2. Os artigos devem obrigatoriamente incluir um *abstract* em Português e outro em Inglês, com um limite máximo de 150 palavras e quatro palavras-chave.
3. Os artigos não deverão exceder as 7500 palavras, em letra Times New Roman, corpo 12, espaçamento entre linhas de 1,5.
4. As citações e referências bibliográficas deverão respeitar as regras de formatação da American Psychological Association.
5. Elementos como gráficos e tabelas deverão ser incluídos no seu formato original. Estes elementos deverão ser formatados de modo a serem inteligíveis em impressão a preto e branco.
6. Os artigos submetidos deverão ser acompanhados de uma curta nota biográfica sobre o autor que inclua primeiro e último nome, um máximo de duas afiliações institucionais. Pelo menos um dos autores de cada artigo deverá indicar uma morada de correio eletrónico, como autor de contacto
7. Os artigos submetidos estarão sujeitos a um processo de *double-blind peer review*.

Os artigos podem ser apresentados às seguintes secções:

1. Investigação Pública e em Políticas Públicas: artigos de fundo decorrentes de pesquisa bibliográfica sistemática ou resultado de uma pesquisa empírica concreta, face a uma área específica relevante em Investigação Pública e/ou Políticas Públicas.
2. Redes em Investigação Pública & Políticas Públicas: apresentam-se conferências a realizar na área, assim como protocolos já realizados e outras pequenas notícias.
3. Recensões de livros: apresentações de listas bibliográficas temáticas com relevância para as áreas ou análises críticas de livros recentes.

### Submissão de recensões e relatos de pesquisa

A revista encontra-se também disponível para receber outros tipos de submissões, nomeadamente:

- a) Recensões críticas de obras relevantes.
- b) Relatos de consultoria e pesquisa científica, incluindo pesquisa empírica.
- c) Relatos de desenho e implementação de políticas públicas.

As submissões para esta seção deverão respeitar as seguintes indicações:

1. As recensões e relatos submetidos deverão estar escritos preferencialmente em Português ou Inglês, sendo publicados numa destas línguas. A clareza e qualidade do texto são condição essencial para a sua publicação.
2. As recensões e relatos não deverão exceder as 3000 palavras, em letra Times New Roman, corpo 12, espaçamento entre linhas de 1,5.
3. As recensões e relatos deverão fazer-se acompanhar de quatro palavras-chave em português e quatro palavras-chave em inglês.
4. Não poderão ser incluídas notas de rodapé, tabelas ou gráficos exceto no caso de relatos de pesquisa empírica, não excedendo no total três gráficos ou tabelas que deverão ser enviados no seu formato original.

### Envio de submissões

As submissões deverão ser enviadas em formato word (.doc ou .docx) ou Rich Text Format (.rtf), por correio eletrónico sob a forma de anexo para [cappedicoes@iscsp.ulisboa.pt](mailto:cappedicoes@iscsp.ulisboa.pt).

A revista inclui ainda uma secção intitulada "Investigação em Diálogo", constituída por entrevistas com investigadores de diferentes áreas.



## INFORMATION FOR AUTHORS

*Public Sciences & Policies* is an academic journal published by the Centre for Public Administration and Public Policies, Institute of Social and Political Sciences, Universidade de Lisboa.

The submitted papers will be reviewed in a double blind peer review process, and the Editorial Board reserves the right not to publish the articles received when this decision is supported by the evaluation of the reviewers. The process is divided into three stages:

1. Initial assessment by the Editorial Board, who will decide on the advancement of submitted articles to the peer-review stage.
2. Detailed evaluation of the selected articles by reviewers in a double-blind process. Reviewers may suggest changes to authors.
3. The Editorial Board has the final decision over the publication of the selected articles, supported by the evaluations from reviewers.

### Article Submission

The journal accepts submissions from all fields of the Social Sciences that conform to the following set of standards:

1. Articles should be preferably written in Portuguese or English, and will be published in one of these languages. The clarity and quality of the text are an essential prerequisite for publication.
2. Articles must include an abstract in Portuguese and a second one in English, with no more than 150 words each and four keywords.
3. Articles should not exceed 7500 words, in Times New Roman, size 12 and 1.5 spacing.
4. References and citations must follow the American Psychological Association standards.
5. Elements such as graphics and tables must be included in their original formats. These elements must also be formatted to be intelligible when printed in black and white.
6. Submitted articles must be accompanied of a short author biographical note including first name and surname, along with no more than two institutional affiliations. At least one of the authors must provide a valid e-mail address as a contact author.
7. Submitted papers will be subject to a process of double-blind peer review.

Articles can be submitted to the following sections:

1. Public Research and Public Policy: articles resultant from systematic literature research or result of a solid empirical research, face to a specific relevant area on Public Research and / or public policy;
2. Networks in Public Research and Public Policy: Conferences to be held in the area, as well as protocols already made and other small news;
3. Book reviews: submissions for bibliographical lists with relevance to the areas or critical analysis of recent books.

*Public Sciences & Policies* is also accepting other kinds of submission, such as:

- a) Consultancy and scientific research reports, including reports on empirical research.
- b) Reports on the design and implementation of public policies.

### Submission of research reports

Submissions for these sections must follow the following standards:

1. Submissions should be preferably written in Portuguese or English, and will be published in one of these languages. The clarity and quality of the text are an essential prerequisite for publication;
2. Submissions should not exceed 3000 words, in Times New Roman, size 12 and 1.5 spacing;
3. Submissions will need to include four keywords;
4. Submissions for these sections cannot include footnotes, tables or images, except for empirical research reports. For empirical research reports, no more than three images or tables are permitted. These must be submitted in their original format.

The journal also includes a section titled "*Research in Dialogue*" with interviews with researchers in different fields.



1. Representação Política,  
Eleições e Sistemas Eleitorais  
*Manuel Meirinho*
2. A União Europeia como Actor Global  
*Carla Costa, Andreia Soares,  
Marcos Ferreira, Maria João Pereira*
3. Economia do Desenvolvimento  
*António Rebelo de Sousa*
4. Economia Pública  
*José Albano Santos*
5. Comunicação Estratégica:  
As Relações Públicas  
*Sónia Sebastião*
6. Introdução ao Serviço Social  
*Maria José Silveira Núncio*
7. Os Conflitos Étnicos e Interculturais  
*Marina Pignatelli*
8. Gestão Financeira  
*António Rebelo de Sousa*
9. Cidadania e Participação Política  
*Manuel Meirinho Martins*
10. Temas de Relações Económicas  
Internacionais  
*Carla Costa*
11. Instituições e Políticas de Regulação  
*Eduardo Lopes Rodrigues*
12. Sociologia do Consumo  
– aplicada ao Marketing e à Comunicação  
*Raquel Barbosa Ribeiro*
13. Sociedade e Cultura na Área Islâmica  
*Teresa de Almeida e Silva*
14. Ciência Política – Estudo da Ordem  
e da Subversão (6.ª edição)  
*António de Sousa Lara*
15. Subversão e Guerra Fria  
*António de Sousa Lara*
16. Sociologia Política e Eleitoral  
(2.ª edição)  
*Paula do Espírito Santo*
17. Princípios de Economia  
*Carla Costa, Armando Cruz,  
Elvira Pereira, José Dantas Saraiva  
e Jorge Rio Cardoso*
18. [www.CulturasDigitais.com](http://www.CulturasDigitais.com)  
*Coord. Cláudia Vaz*
19. Teoria da Política Social  
*Hermano Carmo*
20. Sociologia da Comunicação  
*Maria João Cunha Silvestre*
21. Teorias das Relações Internacionais  
*Victor Marques dos Santos  
e Maria João M. Ferreira*
22. Sociedade Civil Transnacional  
*Victor Marques dos Santos  
e Maria João M. Ferreira*
23. Elementos de Análise Política Externa  
*Victor Marques dos Santos*
24. Cultura Contemporânea  
*Sónia Sebastião*
25. Estudos de Área: América Latina  
*Raquel Patrício*
26. Economia Pública (2.ª edição)  
*José Albano Santos*
27. Políticas da Família e Intervenção Social  
com Famílias  
*Maria José Silveira Núncio*
28. Ciência Política – Estudo da Ordem  
e da Subversão (7.ª edição)  
*António de Sousa Lara*

29. Teoria Fiscal (2.<sup>a</sup> edição)  
*José Albano Santos*
30. Teoria Organizacional  
– Estruturas e Pessoas (7.<sup>a</sup> edição)  
*João Abreu de Faria Bilhim*
31. Ciência da Administração  
– Fundamentos da Administração Pública  
*João Abreu de Faria Bilhim*
32. Parentalidade: um contexto de mudanças  
*Margarida Mesquita*
33. Marketing Político  
*Jorge de Sá*
34. Fundamentos de Comunicação Integrada  
Organizacional e de Marketing  
*Sónia Sebastião*
35. Intervenção Social com Grupos  
*Hermano do Carmo, Ana Esgaio  
e Carla Pinto*
36. Desenvolvimento Comunitário  
*Hermano do Carmo, Ana Esgaio,  
Carla Pinto e Paula Campos Pinto*
37. Parentalidade(s) nas Famílias Nucleares  
Contemporâneas  
*Margarida Mesquita*
38. Introdução ao Serviço Social  
(2.<sup>a</sup> edição)  
*Maria José Silveira Núncio*
39. História da Administração Pública  
Portuguesa  
*Joaquim Croca Caeiro*
40. Estado Social, Políticas Públicas  
e Política Social  
*Joaquim Croca Caeiro*
41. Ciência Política – Estudo da Ordem  
e da Subversão (8.<sup>a</sup> edição)  
*António de Sousa Lara*
42. Representação Política, Eleições  
e Sistemas Eleitorais (2.<sup>a</sup> edição)  
*Manuel Meirinho*
43. Gestão Estratégica de Recursos Humanos  
(5.<sup>a</sup> edição)  
*João Bilhim*
44. A União Europeia  
e as Dinâmicas da Europeização  
*Maria João Militão Ferreira*
45. História e Conjuntura  
nas Relações Internacionais  
*Nuno Canas Mendes*
46. Ciência Política – Estudo da Ordem  
e da Subversão (9.<sup>a</sup> edição)  
*António de Sousa Lara*
47. Gestão de Recursos Humanos  
TOMO I – Gestão e Economia  
*Coord. Miguel Pereira Lopes*
48. Gestão de Recursos Humanos  
TOMO II – Ciências Sociais  
*Coord. Miguel Pereira Lopes*
49. Gestão de Recursos Humanos  
TOMO III – Recursos Humanos  
*Coord. Miguel Pereira Lopes*
50. Agenda Internacional  
– Os *Media* e as Relações Internacionais  
*Maria João Militão Ferreira*
51. Manual de Ciência Política  
– Teoria Geral da República  
*José Adelino Maltez*
52. História da Administração Pública  
Portuguesa – Volume II:  
Do Liberalismo ao Estado Novo  
*Joaquim Croca Caeiro*

EDIÇÕES  
**ISCSP**

— Coleção —  
**ESTUDOS POLÍTICOS E SOCIAIS**

1. Abecedário de Teoria Política  
– Pela Santa Liberdade I  
*José Adelino Maltez*
2. Biografia do Pensamento Político  
– Pela Santa Liberdade II  
*José Adelino Maltez*
3. Mecanismo de Partilha de Poder  
e Acomodação das Elites  
*Miguel Bembe*
4. Colonização Moderna,  
Descolonização e Dependência  
*António de Sousa Lara*
5. Secularismo Pan-Indiano  
vs. Fundamentalismo Hindu  
*Pedro Matias*
6. Conceito Estratégico Nacional  
*Ângelo Correia*
7. Guiné-Bissau: Um Caso  
de Democratização Difícil (1998-2008)  
*Álvaro Correia de Nóbrega*
8. Políticas de Saúde: Fundamentação,  
Prioridades, Opções e Resultados  
*Ana Paula Harfouche*

EDIÇÕES  
**ISCSP**

— Edições de —  
**ANIVERSÁRIO**

1. Valorizar a Tradição  
– Orações de Sapiência no ISCSP
2. Uma Vida ao Serviço do ISCSP  
– Homenagem ao Professor Óscar Soares Barata
3. Do Império por Cumprir – I  
Portugal e o seu d'além.  
Entre o ter e o estar (1820-1925)  
*José Adelino Maltez*
4. Do Império por Cumprir – II  
Portugal e o regresso ao d'aquém (1926-1976)  
*José Adelino Maltez*
5. Paz e Guerra: Contributo para o diálogo entre  
Direito Internacional e Relações Internacionais –  
Homenagem ao Professor Luís Oliveira Fontoura

EDIÇÕES  
**ISCSP**

———— Coleção ————  
**ESTUDOS SOBRE A CPLP**

1. Comunidade dos Países de Língua Portuguesa: A afirmação global das culturas de expressão portuguesa  
*Sónia Pedro Sebastião (coord.)*
2. Comunidade dos Países de Língua Portuguesa: A afirmação global das culturas de expressão portuguesa (volume 2).  
Cidadania Lusófona  
*Sónia Pedro Sebastião (coord.)*

EDIÇÕES  
**ISCSP**

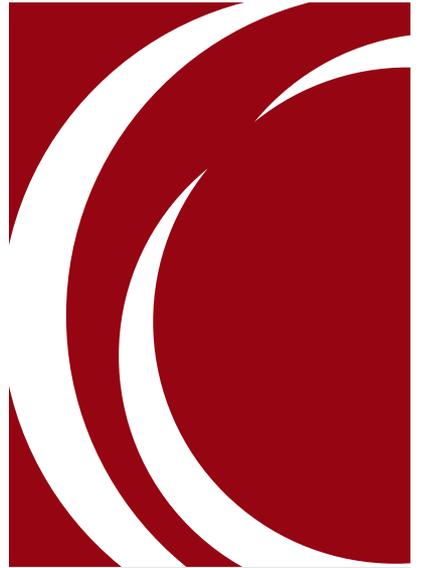
———— Coleção ————  
**ESTUDOS DO ORIENTE**

1. Antologia Sobre a Ásia Contemporânea:  
Perspetivas de Investigação  
no Instituto do Oriente  
*Carlos Piteira, Nuno Canas Mendes,  
Irene Rodrigues, Teresa de Almeida e Silva (coord.)*

EDIÇÕES  
**ISCSP**

———— Coleção ————  
**ESTUDOS DE GÉNERO**

1. Violências de Género  
*Sofia Neves e Dália Costa (coord.)*



**ISCSP**

INSTITUTO SUPERIOR DE  
CIÊNCIAS SOCIAIS E POLÍTICAS  
UNIVERSIDADE DE LISBOA

